

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

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

MART | MARCH
NİSAN | APRIL
2017 | 2017
CİLT 26 | VOLUME 26
SAYI 2 | ISSUE 2

2





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.

Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570
Maltepe/Ankara
Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | sted@ttb.org.tr

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 Tarihi: Mayıs 2017



Merhaba,

Levent Çetinkaya **“Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Eğitim-Öğretim Süreçlerinde Anlık Mesajlaşma Uygulamaları Kullanımı: WhatsApp Örneği”** isimli çalışmada uygulamanın her zaman ve her yer de öğrenme ile işbirlikli öğrenme kapsamında faydalı bir araç olarak kullanılabileceğini ve yapılandırılmamış öğrenme ortamı sağlama potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Emine Sınlık ve arkadaşlarının **“Tıp Fakültesinde Tıp Öğrencileri ve Tıp Doktorları Arasında Kendi Kendine Tanı ve Tedavi Sıklığının Değerlendirilmesi”** isimli çalışmalarında ülkemizde kendi kendine tanı ve tedavi hem tıp doktorları arasında hem de tıp öğrencileri arasında oldukça yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir. Bu durumun nedeni olarak ön planda kendi kendine tedavinin daha kolay gelmesi ve zaman sorunu nedeniyle doktorların kendi sağlıkları için zaman harcamamayı tercih etmeleri öne çıkmaktadır.



Fotoğraf: **“Ev”** Kamile Kurt
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2016 Sergi Ödülü

Demet Güneş ve Emine Kıyak **“Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”** isimli çalışmalarında ilacın adını bilmede eğitim, meslek ve gelirin, ilacı neden kullandığını bilmede gelirin, fazla doz ilaç almada eğitimin, doz formunda değişiklik yapmada eğitimin, ilacın yiyeceklerle etkileşimini bilmede eğitim, meslek, gelir ve sağlık güvencesinin, ilaç almayı unutmada eğitim, meslek ve gelirin son kullanma tarihine dikkat etmede eğitim, gelir, yaş ve birlikte yaşanan aile üyelerinin, ilacı başkasına önermede birlikte yaşanan aile üyelerinin istatistiksel olarak etkili olduğu saptanmıştır.

Zeynep Daşkan, Ümran Sevil **“Kadınlarda Jinekolojik Muayeneyi Engelleyen Psikososyal Faktörler”** isimli çalışmalarında jinekolojik muayene, üreme sağlığı ve cinsel sağlığın korunması için düzenli olarak yapılması gereken bir değerlendirme olduğu vurgulanıyor. Yapılan çalışmalarda her üç kadından birisinin düzenli jinekolojik muayene olduğu, diğerlerinin ise genelde bir şikâyeti olduğunda muayeneye gittiği belirtilmektedir.

Nursan Çınar ve Ebru Kaya Bayıroğlu **“Prenatal Dönemden Altı Yaşa Kadar Ağız Diş Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi”** isimli çalışmalarında çocuklarda ağız ve diş sağlığı korunması ve geliştirilmesi üzerine öneriler geliştirmektedirler. Ebeveynlerin konu ile ilgili bilgi eksikliği ve yanlış tutumları çocuklar da ağız ve diş sağlığıyla ilgili sorunlara yol açabilmektedir. Sağlıklı ağız diş yapısı için gebelik döneminde annenin beslenmesine özen göstermesi, doktor kontrolü dışında ilaç kullanmaması gerektiği gibi doğumdan sonra da bebeğe ilk 6 ay hiçbir ek gıda verilmeden sadece anne sütü verilmesi konusunda ailelere eğitim verilmelidir. Anne sütü içerik bakımından bebeğin tüm ihtiyaçlarını karşılamakla birlikte ağız diş sağlığını da korumaktadır. Çocuklar ebeveynlerini rol model aldıkları için ebeveynlerin çocuklarına örnek olacak davranışlar göstermesi önemlidir.

Bilimsel ve dostça kalın.

Araştırma / Research

- Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Eğitim-Öğretim Süreçlerinde Anlık Mesajlaşma Uygulamaları Kullanımı: WhatsApp Örneği 45
The Use of Instant Messaging Applications in the Education of Medical Students: WhatsApp Case
Dr. Levent Çetinkaya
- Tıp Öğrencileri ve Tıp Doktorları Arasında Kendi Kendine Tanı ve Tedavi Sıklığının Değerlendirilmesi 54
The Assessment of the Incidence of Self-diagnosis and Self-treatment Among the Medical Students and the Physicians
Emine Sınlık, Nisa Zülal Sarı, Dr. Volkan Hancı, Dr. Şule Özbilgin, Dr. Dilek Ömür, Dr. Bülent Serhan Yurtlu
- Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi 66
The Knowledge of the Elderly on Drug Use and the Evaluation of the Factors Affecting Their Knowledge Level
Demet Güneş, Emine Kıyak

Derleme / Review Article

- Kadınlarda Jinekolojik Muayeneyi Engelleyen Psikososyal Faktörler 75
Psychosocial Factors Restraining Gynecological Examinations In Women
Dr. Zeynep Daşıkın, Dr. Ümran Sevil
- Prenatal Dönemden Altı Yaşa Kadar Ağız Diş Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi 84
Protection and Promotion of Oral and Dental Health of the Children from Prenatal Period to the Age of Six
Dr. Nursan Çınar, Ebe Ebru Kaya Bayıroğlu

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Kamile Kurt "Turuncu"
STED Fotoğraf Yarışması 2016 Başarı Ödülü

Kamile Kurt

1970 Söke doğumluyum. Aslen Amasya Gümüşhacıköylüyüm. 1994'te Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2001 yılında 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde patoloji ihtisasımı tamamladım. AÖF Fotoğrafçılık ve Kameramanlık bölümü mezunuyum. 2013-2015 yılları arasında Manisa Tabip Odası yönetim kurulu üyesi olarak çalıştım ve kadın kollarında aktif olarak halen çalışmaktayım. Aynı zamanda Türk Tabipleri Birliği Edebiyat kolu üyesiyim. Şu anda Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde patoloji uzmanlığı görevimi sürdürmekteyim. Fotoğrafgezginleri.wordpress.com sitesinde gezi yazıları yazmaktayım. Dört kişisel resim sergisi açtım. 30'dan fazla karma resim sergisine, 10 karma fotoğraf sergisine katıldım. Resim ve fotoğraf yarışmalarında ödülleri var. Bir çocuk annesiyim.



Dr. Levent Çetinkaya¹

Geliş/Received : 03.10.2016

Kabul/Accepted: 21.03.2017

Öz

Tıp fakültelerinde öğrenimlerine devam eden öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, anlık mesajlaşma uygulaması WhatsApp'ın tercih edilme nedenleri ve eğitim-öğretim sürecinde kullanımının belirlenmesi amaçlanmıştır. Tarama modelinde tasarlanan araştırmada, 23 öğrenciyle açık uçlu soru formu ve 6 öğrenciyle yarı-yapılandırılmış görüşme tekniği birlikte kullanılarak yöntemsel çeşitleme yapılmıştır. Böylece farklı nitelikteki verilerin birbirini denetlemesine, karşılaştırılmasına ve doğrulamasına olanak sağlanmıştır. Elde edilen verilerin içerik analizi ve fenomenolojik analiz yöntemiyle çözümlendiği çalışmada, verilerin ve öğrenci paylaşımlarına yönelik ekran görüntülerinin bir kısmı olduğu gibi verilmiştir. Bu çerçevede gerçekleştirilen araştırma sonucunda WhatsApp uygulamasının Tıp Fakültesi öğrencileri tarafından tercih edilmesinde; kullanım kolaylığı, maliyetinin olmaması, kolay erişilebilir olması, iletişimde hızlı olması ve güvenli olmasının etkili olduğu belirlenmiştir. Uygulamanın eğitim-öğretim sürecinde ise; öğrenciler arası etkileşim, her zaman ve her yerde etkileşim, kaynak ve materyal paylaşımı, işbirlikli çalışma ortamı sağlamak ve akademik destek amacıyla kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen sonuçlar uygulamanın, her zaman ve her yer de öğrenme ile işbirlikli öğrenme kapsamında faydalı bir araç olarak kullanılabileceğini ve yapılandırılmamış öğrenme ortamı sağlama potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Tıp eğitimi, Anlık mesajlaşma, WhatsApp, Mobil iletişim platformları, Sosyal ağ

Abstract

This study aimed to find out the use of WhatsApp instant messaging application among the medical students and the reasons why they prefer WhatsApp for educational purposes. In the survey research triangulation technique was adopted; an open-ended questionnaire was conducted among 23 students along with semi-structured interviews with 6 students. Thus, the data obtained by using different methods could be crosschecked, compared and validated. Content and phenomenological analysis methods were employed in the analysis of the data and some of the screenshots including the data and posts by the students were given as they are. The results of the research show that medical students prefer WhatsApp, because it's friendly, free of charge, easily accessible, fast and safe. The educational inferences from the study suggest that WhatsApp has been used among students for interaction anywhere and anytime, sharing resources and materials, providing collaborative work environment and academic support. The results also demonstrated that WhatsApp could be useful for learning anywhere and anytime and for collaborative learning; it has the potential to provide unstructured learning environment.

Key words: Medical education, Instant messaging, WhatsApp, Mobile communication platforms, Social network

Giriş

Sosyal ağlar bireylerin sosyalleşmeye yönelik gereksinimlerine yanıt verebilen ve bireyi merkez alan yapılarıyla hızla yaygınlaşmaktadır. Her ne kadar bazı yapısal farklılıklarla sosyal ağ siteleri birbirlerinden ayrılsa da (1,2), etkileşimin yeni aracı olan bu yapılara katılımın bu kadar yoğun olması, insanların bu duruma olan gereksinimlerinin büyüklüğünün bir göstergesidir. Bu ihtiyaçlar neticesinde gerçek yaşamdaki sosyal yapıyı sanal ortama taşıyan sosyal ağların, zaman ve mekan sınırlamasını ortadan kaldıran mobil versiyonlarının geliştirilmesi kaçınılmaz olmuştur. Özellikle yaygın olarak kullanılan web temelli sosyal ağlar (Facebook, Twitter, vb.) ile başlayan bu süreç mobil telefonlara özgü geliştirilen ve kaynağı mobil telefonlar olan mesajlaşma uygulamalarının (WhatsApp, BBM, Line, vb.) geliştirilmesiyle birlikte çok daha farklı boyutlarda ele alınmaya başlanmıştır.

Sosyal ağların bireysel ve kültürel etkilerinin yanı sıra, eğitim ve mesleki birliktelik gibi özel amaca yönelik ve daha çok içeriğe odaklı kullanımları da araştırmacılarca incelenmeye başlanmıştır. Daha çok genç kitleler tarafından kısa zaman içinde benimsenip kullanılmaya başlanan sosyal ağların, eğitim-öğretim süreçlerine de dahil olması çok fazla zaman almamıştır. Formal ve informal eğitim kapsamında sıklıkla incelenen sosyal ağların, eğitim-öğretim süreçlerinde hızla etkin bir rol almaya başladığı görülmektedir. Bu noktada gerçekleştirilen çalışmaların büyük bir çoğunluğunda, sosyal ağların öğrenme-öğretme süreçlerine ve çıktılara katkı sağlayabildiği sonucuna ulaşıldığı görülmektedir.

Sosyal ağların içeriğe odaklı ve özel amaca yönelik kullanımında diğer bir araştırma konusu olan mesleki birliktelikler ve bu süreçteki etkileşime ilişkin çalışmaların ise gençler ve eğitim-öğretim süreçlerine ilişkin çalışmalara göre daha sınırlı olduğu görülmektedir. Daha çok yetişkinler üzerinde gerçekleştirilmesinden kaynaklanabilecek bu durumun sağlık alanı çalışmalarında ve özellikle de anlık mesajlaşma uygulamalarına yönelik çalışmalarda ise tam tersidir. Özellikle Tıp alanında anlık mesajlaşma uygulamalarının kullanımına yönelik çalışmalar incelendiğinde, doktorların anlık mesajlaşma uygulamaları aracılığıyla mesleki birlikteliklerine yönelik sınırlı da olsa çalışmaların yapıldığı ve etkilerinin araştırmacılar tarafından incelendiği görülmektedir. Örneğin Johnston ve ark. (2015)

tarafından gerçekleştirilen WhatsApp ile mesajlaşma hizmetinin acil servis ekibince kullanımının değerlendirilmesine yönelik çalışmada, 636 hasta ile ilgili 1.100 saatten fazla, 1.495 görüşme kaydedilmiş ve değerlendirilmiştir (3). Yapılan çalışma sonucunda uygulama aracılığıyla kıdemli doktorların, ekipleri doğrudan girişimde bulunmadan sürekli izledikleri ve böylece klinik anlamda özgürlük sağlandığı belirlenmiştir. Ayrıca WhatsApp'ın, ekip içerisinde hiyerarşiyi ortadan kaldırdığı ve uygulamanın etkili bir iletişim teknolojisi temsil ettiği belirtilmiştir. Giordano ve ark. (2015) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise WhatsApp uygulaması aracılığıyla tıbbi olgulara ilişkin görüntülerin paylaşımı yapılmış ve uzmanlar arasındaki değerlendirme süreci incelenmiştir (4). Çalışma sonucunda uygulamanın Tıbbi vakaların görüntülenmesi, paylaşılması ve değerlendirme sürecinde, hızlı, geçerli ve etkili bir araç olduğunu belirlemişlerdir. Wani ve ark. (2013) tarafından plastik ve estetik cerrahi bölümü personeli arasında akıllı telefon ve WhatsApp uygulamasının etkililiğini değerlendirildiği çalışma sonucunda ise, bu yeni tip iletişim yönteminin klinik ve akademik onay açısından etkili, ucuz, hızlı ve kullanımı kolay bir yöntem olduğu belirlenmiştir (5).

WhatsApp uygulamasının sağlık alanında kullanılmasına yönelik yapılan benzer diğer çalışmalarda da uygulamanın (6-10); vaka paylaşımlarında, tanıda, tedavide ve ekip çalışmalarında kullanıldığı görülmektedir. Uygulamanın benimsenmesinde ise, kullanımının kolaylığı, her zaman ve her yerde iletişime fırsat sağlaması, materyal paylaşımına olanak sağlaması, ucuz, hızlı ve güvenli olmasının etkili olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda genel olarak uygulamanın sağlık alanında kullanımının faydalı olacağı ve özellikle işbirlikli problem çözmek için uygun ortam sağladığı belirtilmiştir. Ancak, yapılan çalışmaların bir kısmında uygulamanın katkılarının yanı sıra, vaka tartışmaları, klinik fotoğraflar, hasta kimliği gibi etik kurallar gereği paylaşılmaması gereken özel verilerin açığa çıkması gibi kaygıların varlığı da vurgulanmaktadır (örn., 11-13). Bu noktada etik ilkeler çerçevesinde hasta kimliklerinin gizliliğine özen gösterildiği takdirde, akademik ve sağlık kurumlarında, tıp eğitiminde ve cerrahi iletişimde bu uygulamaların kullanımının desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir.

Sosyal ağlar ve anlık mesajlaşma uygulamalarının, eğitim-öğretim ve mesleki etkileşim süreçlerine yönelik son yıllarda yapılan birçok çalışma olmasına karşın, sağlık alanında ve özellikle de anlık mesaj uygulamalarına yönelik çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Gerçekleştirilen çalışmaların ise, daha çok sağlık sektörü çalışanlarının etkileşim süreçlerinin incelendiği ve çok az bir kısmının Tıp alanına yönelik olduğu görülmektedir. Tıp alanında yapılan çalışmalarda ise daha çok doktorların mesleki etkileşim süreçlerine odaklanılmış ve bu kapsamda da acil tıp, klinik tanı ve tedavi süreçlerinde anlık mesajlaşma uygulamalarının kullanımı araştırılmıştır. Ancak anlık mesajlaşma uygulamalarının, geleceğin doktorları olan tıp fakültesi öğrencileri ve tıp eğitiminde kullanımına yönelik kapsamlı bir çalışmaya ulaşılmamıştır. Bu noktada gerçekleştirilen çalışmada; mobil ve sosyal ağlar üzerinden öğrenme kavramlarını karşılayabilecek niteliklere sahip anlık mesajlaşma uygulamalarından WhatsApp'ın, tıp fakültesi öğrencileri tarafından tercih edilme nedenleri ve eğitim-öğretim sürecinde kullanımının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu bölümde, araştırmanın modeli, çalışma grubu, verilerin toplanması ve elde edilen verilerin analizi konularında açıklamalar yer almaktadır.

Araştırma modeli

Araştırma Tıp fakültelerinde öğrenim gören öğrencilerin, anlık mesajlaşma uygulamalarından WhatsApp'ı, tercih etme nedenleri ve eğitim-öğretim sürecinde kullanımının belirlenmesi amacıyla, tarama modelinde tasarlanmıştır. Tarama modelleri, olayları ve olguları geçmişte ya da halen var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan yaklaşımlardır (Karasar, 2008). Araştırmada, açık uçlu soru formu ve yarı-yapılandırılmış görüşme tekniği birlikte kullanılarak yöntemsel çeşitleme yoluna gidilmiştir. Böylece, aynı araştırma sorusunun yanıtlanmasında farklı nitelikteki verilerin birbirini denetlemesine, karşılaştırılmasına ve doğrulamasına olanak sağlanmıştır (14).

Çalışma Grubu

Çalışmanın nitel veri toplama aşamasının birinci boyutunu oluşturan çevrimiçi "açık uçlu soru formu" uygulaması, bir devlet lisesinden mezun olan ve tıp eğitimi almak üzere 11 farklı ilde

öğrenimlerine devam eden 21 öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Çalışmanın bu boyutu, 15 farklı üniversite de öğrenimlerine devam eden 11'i kız, 10'u erkek olmak üzere, 18-25 yaş aralığında ve tıp fakültelerinin tüm kademelerinden öğrenciler ile gerçekleştirilmiştir. İkinci aşaması olan "fenomenolojik görüşme" boyutu ise, çevrimiçi açık uçlu soru formunu yanıtlayan öğrenciler içerisinden ve tıp fakültesinin her kademesinden 1 öğrenci olmak üzere, 6 öğrenciyle gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Toplanması

Çalışmada, nitel veri toplama sürecinde birden fazla veri toplama yöntem ve tekniği bir arada kullanılarak, "sistemik hata" yapma riski ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır (15). Bu çerçevede temel veri toplama yöntemi olarak açık uçlu soru formu, destekleyici veri toplama yöntemi olarak ise fenomenolojik görüşme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin toplanması aşamasında, öncelikle araştırmaya katılan öğrenciler araştırmanın amacı ve beklentilere yönelik olarak yazılı olarak bilgilendirilmişlerdir. Daha sonra, öğrencilere çalışmanın amacı doğrultusunda;

1. WhatsApp uygulamasını tercih etme nedenleriniz?.
2. WhatsApp uygulamasını eğitim-öğretim sürecinde kullanım amaçlarınız?

Sorularını yanıtlamaları istenmiştir. Sorular, öğrenci düşüncelerini serbestçe ve detaylı bir biçimde ifade etmelerine olanak sağlamak amacıyla yazılı olarak yanıtlanmak üzere verilmiştir. Araştırmacı tarafından tasarlanmış düzenlenebilir PDF dokümanı şeklinde hazırlanarak, email aracılığıyla gönderilen soruların yanıtlarını öğrenciler yazılı olarak vermişler ve yine email aracılığıyla araştırmacıya ulaştırmışlardır. Öğrencilerden gelen verilerin incelenmesi ve analiz edilmesinden sonra, çalışmanın ikinci veri toplama aşaması olan fenomenolojik görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından yüzyüze gerçekleştirilen bu süreç, öğrencilerin yaşamış oldukları şehirlerin farklılığından dolayı yaklaşık 3 ay sürmüştür.

Verilerin Analiz Edilmesi

Çalışmanın iki aşamalı veri toplama sürecinin ilk aşamasında açık uçlu soru formundan elde edilen veriler içerik analizi yöntemiyle, yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen

veriler ise fenomenolojik analiz yöntemiyle çözümlenmiştir. İçerik analizi, metindeki değişkenleri ölçmek amacıyla, sistematik, tarafsız ve sayısal olarak yapılan bir analizi ifade etmektedir (16). Araştırma katılımcılarının açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlardan elde edilen verilerin analizi aşamasında, içerik analiz türlerinden *kategorisel analiz* ve *frekans analizi* tekniklerinden yararlanılmıştır. Çalışmanın kategorisel analiz sürecinde; verilerin kodlanması, kategorilerin oluşturulması, kategorilerin düzenlenmesi, bulguların tanımlanması ve yorumlanması aşamaları izlenmiştir (17). Çalışmada kullanılan frekans analizi ile birimlerin nicel olarak görülme sıklığı ortaya koyularak, belirli bir ögenin yoğunluğu ve önemi belirlenmiştir (18, 19). Bu doğrultuda çalışmada, araştırmaya katılan öğrencilerin görüşlerinin sıklığını belirtmek amacıyla frekans (*f*) ve yüzde (%) değerleri karşılaştırmalı olarak gösterilmiştir. Böylelikle, nitel veriler sayısallaştırılarak verilerin güvenilirliği artırılmış, yanlılık azaltılmış ve veriler arasında karşılaştırma olanağı sağlanmıştır (20). Çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda araştırmacı tarafından gerçekleştirilen kodlamalar, nitel kodlama deneyimi olan iki araştırmacıya sunulmuş tutarlılığı incelenmiş ve Cohen's Kappa katsayısı hesaplanmıştır. Yapılan hesaplama sonucunda, Kodlayıcılar arası güvenilirliği ifade eden ve bir tutarlılık ölçüsü kabul edilen Cohen's Kappa katsayısında kodlamaların tutarlılığının yeterli olduğunu gösteren, 1.00 gibi bir tam uzlaşma yüzdesine ulaşılmıştır.

Açık uçlu sorulara verilen yanıtlardan elde edilen verilerin analiz edilmesinden sonra çalışmanın ikinci aşamasında araştırmacı fenomenolojik analiz yöntemiyle, kişilerin söylediklerine dayalı olarak onların duygu ve düşüncelerini anlamaya ve yorumlamaya çalışmıştır (21). Yüz yüze, farklı zaman ve mekanlarda yürütülen görüşmeler, öğrencilerin onayı ile sesli olarak kayıt altına alınmış ve sonrasında yazılı duruma getirilerek analize tabi tutulmuştur. Ayrıca çalışmanın bu aşamasında katılımcıların açık uçlu sorulara verdikleri cevaplar ile görüşme sırasında sorulara verdikleri cevapları algılama ve tanımlamadaki tutarlılığı incelenmiştir. Böylelikle açık uçlu sorulardan elde edilen veriler ve analiz sonuçları katılımcıların kontrolüne sunulmuş, araştırma bulguları doğrulanmıştır. Ayrıca çalışmada, gerekli görülen yerlerde paylaşımlara yönelik ekran görüntülerinden, yazılı ve görüşme metinlerden

doğrudan alıntılar yapılarak, inandırıcılık sağlanmaya çalışılmıştır.

Bulgular ve Yorumlar

Tıp fakültesi öğrencileri tarafından WhatsApp uygulamasının tercih edilme nedenleri ve eğitim-öğretim süreçlerinde kullanımının belirlendiği bu çalışmada, açık uçlu sorular ve yarı yapılandırılmış görüşme aracılığıyla elde edilen veriler analiz edilerek, ulaşılan bulgular başlıklar altında sunulmuştur. Ayrıca bu bölümde öğrencilerin kendi ifadelerine (yazılı veriler="KY", görüşme verileri="KG") ve öğrencilerin oluşturmuş olduğu WhatsApp gruplarındaki görüşmelere ilişkin ekran görüntülerine yer verilmiştir.

WhatsApp uygulamasının tercih edilme nedenleri

Çalışma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda öğrencilerin WhatsApp uygulamasını tercih etme nedenleri Tablo 1'de, açıklamaları ise kategoriler halinde verilmiştir.

Kategoriler	f	%
Kullanım kolaylığı	21	100
Maliyetinin olmaması	18	85,7
Çokluortam desteği	16	76,1
İletişimde hızlı olması	15	71,4
İletişimde güvenli olması	12	57,1

Kullanım kolaylığı, WhatsApp uygulamasının tercih edilmesindeki en önemli avantajlardan biri olarak görülmektedir. Uygulamanın kullanım kolaylığına yönelik 3 yıldır WhatsApp kullanıcısı olan 6. Dönem öğrencisi, KY4 "*WhatsApp'ın kullanımını kolay ve iletişim için gerekli tüm ortamları da destekliyor*" şeklindeki ifadesiyle kullanım kolaylığı ile birlikte çokluortam desteğine de vurgu yapmaktadır.

Maliyetinin olmaması ya da maliyetin internet erişiminin ücretli olduğu durumlarla sınırlı olması, uygulamanın tercih edilmesinde önemli etkenlerdendir. 4. dönem öğrencisi KY1'in "*Fakültede ve yurttan WIFI sayesinde, arkadaşlarımla ve ailemle rahatlıkla iletişim kurabiliyorum. ...yurtdışındaki arkadaşlarımla da bedava görüşüyorum.*" ve KG12'in "*ücretli olsaydı bu kadar sık kullanmazdım*" şeklindeki ifadelerinde de görüleceği üzere, maliyet uygulamanın benimsenmesi ve kullanımında önemli bir etmendir.

Uygulamanın çokluortam desteği, sağlanması sayesinde çeşitli türdeki (metin, görüntü, ses,

video, vb.) bilgi kaynakları bir arada bulunabilmekte ve paylaşılabilir. KY2' nin "yalnızca yazılı olarak değil, resimli ve sesli iletişim kurabiliyoruz. Hemen hemen tüm uzantıları destekliyor." ve KY16'nın "derslere ilişkin yazılı ya da görsel tüm dokümanları rahatlıkla paylaşabiliyoruz" şeklindeki ifadelerin de belirttikleri üzere, uygulamanın çoklu ortam desteği, uygulamanın benimsenmesi ve eğitim-öğretim süreçlerinde kullanımını da etkileyen önemli unsurlardan biridir. Özellikle, eğitim-öğretim süreçlerinde öğrencilerin kaynak ve materyal paylaşımlarına olanak sağlayan bu destek, uygulamanın akademik paylaşımlarda da kullanımını artıran önemli bir unsur olarak görülmektedir.

İletişimde hızlı olması, öğrencilerin uygulamanın özellikle diğer sosyal ağlarla karşılaştırma yaparak değerlendirdikleri önemli avantajlarından biridir. KY3'ün "örneğin Facebook' a girmek ve mesaj yollamak yerine WhatsApp ile çok daha hızlı ve kolay bir biçimde mesaj yollayabiliyorum." ve KY14'ün "...göre hızlı ve güvenli" şeklindeki ifadelerinde de görüldüğü üzere, uygulamanın hızlı olmasının yanı sıra kullanım kolaylığı ve güvenliğine de vurgu yapılmaktadır.

İletişimde güvenli olması, iletişimde hızlı olması gibi uygulamanın diğer sosyal ağlarla karşılaştırılan unsurlarından biridir. KG18'in "kullandığım diğer uygulamalara göre daha güvenli" şeklinde yazılı, KY21'in "Telefon rehberimdeki bildiğim kişilerle iletişime geçiyorum. ...hesabımın başkaları tarafından çalınma riski yok." şeklindeki görüşme ifadelerinden de anlaşılacağı üzere, WhatsApp diğer sosyal ağlar ve uygulamalara göre daha güvenli bulunmaktadır. Ayrıca 12. dönem öğrencisi, KY7'nin "...uygulamalarda çözemediğimiz bazı problemler konusunda gruptan yardım istiyoruz ve bazen özel bilgilerde paylaşabiliyoruz. ...grup içinde gizlilik çok önemli, diğer uygulamalara göre WhatsApp daha güvenli" şeklinde ifade ettiği gibi gizliliğin sağlanmasında da, güvenli bir ortam olarak görülmektedir.

WhatsApp uygulamasının eğitim-öğretim sürecinde kullanımı

Çalışma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda öğrencilerin WhatsApp uygulamasının eğitim-öğretim süreçlerinde

Tablo 2. WhatsApp uygulamasının eğitim-öğretim sürecinde kullanımı

Kategoriler	f	%
Öğrenciler arası etkileşim	20	95,2
Her zaman ve her yerde etkileşim	19	90,5
Kaynak ve materyal paylaşımı	19	90,5
İşbirlikli çalışma ortamı	18	85,7
Akademik destek	17	81,0

kullanım amaçları Tablo 2'de, açıklamaları ise kategoriler halinde verilmiştir.

Öğrenci-öğrenci iletişimine katkı sağlaması, uygulamanın eğitim-öğretim sürecindeki en önemli avantajlarından biri olarak görülmektedir ve diğer avantajlarında belirleyicisi konumundadır. KY20 "ücretsiz ve hızlı olması, arkadaşlarımızla sürekli iletişim içinde kalmamızı sağlıyor" ve KY19'un "aynı stajdaki arkadaşlarımız arasındaki iletişim, hastane dışında da devam edebiliyoruz." ifadelerinde uygulamanın her zaman ve her yerde iletişime olanak sağlamasına vurgu yapılarak, iletişime katkısı belirtilmektedir. KY8'in "...yüz yüze çok iyi tanımadığım arkadaşlarımla bazılarını grup içi iletişim sayesinde daha iyi tanıyabildim" ve KG12'nin "...hatta bazı arkadaşlar WhatsApp'ta yüz yüze olduğumuzdan daha iyi kendilerini ifade edebiliyorlar" şeklinde belirttikleri gibi, uygulama aracılığıyla kurulan iletişimin birbirlerini tanımaları ve kendilerini ifade etmelerine de katkı sağladığı görülmektedir.

Her zaman ve her yerde etkileşime olanak sağlaması, zaman ve mekan sınırlaması olmaksızın öğrencilerin birbirleriyle etkileşimde bulunmaları için önemli bir unsur ve avantaj olarak görülmektedir. KG7'in "özellikle sınav zamanı kafama bir şey takıldığında, istediğim zaman gruptan yardım isteyebiliyorum", KY10'un "...beklemek zorunda kalmıyorum ve çoğunlukla fotoğrafını çekip yolluyorum." ifadelerinde de belirttikleri gibi, uygulamanın zaman ve mekan sınırlamasını ortadan kaldırdığı belirtilmektedir. Yine ifadelerde belirtildiği gibi, uygulamanın zaman ve mekan sınırlamasını ortadan kaldırmasının, akademik amaçlı paylaşımların yanı sıra birbirlerinden yardım almalarında da önemli bir etken olduğunu görülmektedir.

Kaynak ve materyal paylaşımı, uygulamanın çoklu ortam desteği sayesinde, öğrencilere ders materyallerini kolay ve hızlı paylaşma olanağı sağladığı görülmektedir. Derslere yönelik KY5 "ders notunun fotoğrafını alabiliyorum", KG1

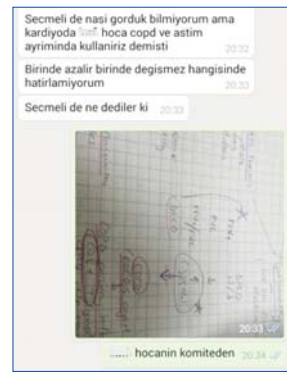
"...anatomi kitabından fotoğrafı yolladı." ve KY15'in "...dersi sesli olarak kaydedip, WhatsApp üzerinden bana yolladı." ifadelerinde de belirttikleri gibi, çoklu ortam desteği sayesinde uygulama aracılığıyla kaynak ve materyal paylaşımları kolaylıkla yapılabilmektedir. Öğrencilerin kaynak ve materyal paylaşımlarında çoğunlukla fotoğrafını çekip yolladıkları görülmektedir. Bu durumla ilgili KG5'in görüşme sırasında "...fotoğraf çekip yollamak daha kolay ve hızlı..." olduğuna dair ifadesi, birçok öğrenci (f=12) tarafından belirtilen önemli unsurlardan biridir.

Uygulamanın işbirlikli çalışma ortamı sağlaması, 8. dönem ve sonrasında öğrenim gören öğrencilerin özellikle vurguladığı ve tüm dönemlerde farklı tanımlansa da uygulamanın kullanımında önemli unsurlardan biridir. 6. dönem öğrencisi KY5'in "özellikle sınavlar öncesi, arkadaşlarla birlikte grupta çalışabiliyoruz." ve 2. dönem öğrencisi KY3'ün "birkaç arkadaş ... dersine birlikte çalışmak için grup oluşturduk." şeklinde belirttikleri gibi akademik amaçlı grup oluşturma ve işbirlikli öğrenme amacıyla uygulamayı kullandıkları görülmektedir. Diğer taraftan 8. Dönem öğrencisi KY17 "...kliniğinde arkadaşlarla grup oluşturduk ve destekleri sayesinde kliniği bitirdim. Grup içi paylaşımlar çok işime yaradı." ve 12. dönem öğrencisi KG21'in "daha önce acil stajı yapmış arkadaşlarımda da olduğu grup sayesinde staj çok rahat ettim ve problem yaşadığımda çok destek oldular" şeklindeki ifadelerinde de görüldüğü üzere, daha çok mesleki uygulama sürecindeki işbirliğine vurgu yapılmaktadır.

Akademik destek, öğrencilerin birbirleriyle ders ve içeriklerine yönelik, problem çözme ve dayanışma süreçlerinde okul içinde, klinik uygulamalarında ve okul dışında sıklıkla kullandıklarını belirttikleri uygulamanın, zaman ve mekan sınırlaması olmaksızın akademik desteğe katkı sağladığı görülmektedir. Uygulamaya yönelik KG9'un görüşme sırasında, "...bazen hayat kurtarıcı olabiliyor. En zor durumda gruptan destek alıyorum", KY10'un "her an destek alabileceğim bir grubun varlığı, insanı rahatlatıyor" ifadelerinde de belirttikleri gibi, uygulama aracılığıyla bireysel ya da gruptan yardım ve destek istenebilmektedir. Ayrıca, bu desteğin zaman ve mekan sınırlaması olmaksızın her an sağlanabileceği duygusunun vermiş olduğu rahatlık hissi de öğrencilerin

vurguladığı önemli unsurlardan biridir. KG13'ün "...gruba özellikle karşılaşılan problemler yollanıyor ve bende cevap vermeye çalışıyorum. ... en güzel tarafı ihtiyaç anında birilerinin var olduğunu bilmek büyük bir kolaylık ve rahatlık sağlıyor." şeklinde ifade ettiği gibi, problem durumunda destek ihtiyacına cevap verilebilecek birilerinin varlığı ayrıca olumlu duyuşsal katkı sağlayabilmektedir.

Çalışmada elde edilen veriler çerçevesinde WhatsApp uygulamasının benimsenmesi ve eğitim öğretim sürecindeki kullanımına yönelik bulgular, genel olarak değerlendirildiğinde tüm unsurların birbiriyle ilişkili ve tamamlayıcı nitelikte olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili K11'in "WhatsApp kolayca yüklenip kullanılabilir. ...istediğimiz her şeyi yollayıp alabiliyoruz. İnternet olduğu sürece ...konuşmada dahil bütün iletişim için yeterli, ...bedava... sosyal ağlara göre daha hızlı ve bana göre daha güvenli" şeklinde uygulamanın benimsenmesi ve K3'ün "istediğim zaman arkadaşlarımdan yardım alabiliyorum. ...gerekirse fotoğrafını çekip yolluyorlar. ...birlikte çözüyoruz. Yalnızca okumak bile yetebiliyor" şeklindeki ifadeleri ise eğitim-öğretim sürecinde uygulamanın kullanımına yönelik çalışma sonucunda elde edilen bulguları özetler niteliktedir. Diğer taraftan KG15'in uygulama üzerindeki görüşmelerinden örnek olarak alınan ekran görüntüsü de, özellikle eğitim-öğretim süreçlerinde kullanımına yönelik bulguları destekler niteliktedir (Şekil 1).



Şekil 1. WhatsApp uygulaması üzerinden öğrenciler arası etkileşim süreci örneği

Örnekte; Tıp Fakültesi öğrencileri arasındaki görüşmede, öğrenciler arasında derse yönelik iletişimin zaman ve mekan sınırlaması olmaksızın sürdürüldüğü, ekran desteğiyle birlikte materyal paylaşımının da yapıldığı görülmektedir.

Yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgular, öğrencilerin

bireysel iletişimlerinin yanında, uygulama aracılığıyla ders ve içeriğe yönelik grup oluşturma eğiliminde olduğunu göstermektedir. K11'in "...her staj için, staj arkadaşlarımızla grup oluşturuyoruz" şeklinde ifade ettiği gibi, birçok öğrencinin de benzer ifadelerle eğitim-öğretim

süreçlerinde grup oluşturarak paylaşımda bulduklarını belirtmektedirler. K11'in uygulama üzerindeki görüşmelerinden örnek olarak alınan ekran görüntülerinde de görüldüğü üzere, eğitim-öğretim süreçlerinde farklı içeriklere yönelik farklı gruplar oluşturulduğu görülmektedir (Şekil 2 a/b).



Şekil 2. WhatsApp uygulaması üzerinden öğrencilerin oluşturmuş oldukları grup örnekleri

Örnekte, aynı öğrencinin bulunduğu iki farklı gruba ilişkin ekran görüntüleri yer almaktadır. Şekil 2a'da öğrencilerin staj dersi kapsamındaki paylaşımları yer almaktadır. Şekil 2b'de ise, dönem arkadaşları arasındaki derslere yönelik bilgilendirme ve sürece ilişkin tartışmaları yer almaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Tıp fakültelerinde öğrenimlerine devam eden öğrencilerle gerçekleştirilen çalışmada, anlık mesajlaşma uygulamalarından WhatsApp'ın tercih edilme nedenleri ve eğitim-öğretim sürecinde kullanımının belirlenmesi amaçlanmıştır. Tarama modelinde tasarlanan araştırmada, açık uçlu soru formu ve yarı-yapılandırılmış görüşme tekniği birlikte kullanılarak yöntemsel çeşitleme, birden fazla araştırmacı kontrolünde yürütülerek araştırmacı çeşitlemesi ve veriler farklı zamanlarda toplanarak veri çeşitlemesi yoluna gidilmiştir. Bu doğrultuda çalışmada elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara dayalı öneriler aşağıda sunulmuştur.

Sonuçlar

Kullanım nedenleri ve biçimleri değişse de başta mobil teknolojiler ve birlikteliğinde geliştirilen uygulamalar hayatımızın önemli bir parçası haline gelmiş ve bunun doğal sonucu olarak da günlük yaşantımızda kullandığımız teknoloji ve uygulamalar, eğitim-öğretim ortamlarında etkileşimde yeni boyutlar kazandırmaya başlamıştır. Özellikle gençlerin günlük yaşamlarındaki iletişimde önemli bir yer tutan ve sosyal ağ olarak kabul edilebilecek niteliklere sahip olan WhatsApp uygulaması günlük

iletişimin, eğitim teknolojisi formu haline gelmiştir. Böylesine yeni bir uygulamanın öğrenciler ve eğitim-öğretim süreçlerine ne türlü bir etki bırakacağını bilmek için henüz oldukça erkendir. Ancak WhatsApp uygulamasının, diğer sosyal ağlarla (Facebook, Twitter, vb.) üzerinde yapılan çalışmalar ve öngörüler üzerinden eğitim-öğretim süreçlerine etkilerinin neler olabileceği kestirilebilir gözükmemektedir. Bu çerçevede yürütülen çalışmada WhatsApp uygulamasının tercih edilme nedenleri ve eğitim-öğretim süreçlerinde kullanımı başlıklar altında toplanmıştır.

WhatsApp uygulamasının tercih edilme nedenleri:

WhatsApp uygulamasının Tıp Fakültesi öğrencileri tarafından tercih edilmesinde; kullanım kolaylığı, maliyetinin olmaması, kolay erişilebilir olması, iletişimde hızlı olması ve güvenli olmasının etkili olduğu belirlenmiştir. Herhangi bir eğitime gerek duyulmaksızın rahatlıkla kullanılabilen uygulama aracılığıyla, kolaylıkla bir ya da birden fazla kişiyile iletişim kurulabilmesi önemli bir unsur olarak görülmektedir. Kullanım kolaylığının yanında uygulamanın, maliyetinin olmaması ya da varsa bile bunun internet erişim ücretiyle sınırlı kalması ve kolay erişilebilir olması öğrencilerin uygulamayı benimsemeleri ve kullanmalarında önemli etmenler arasında yer almaktadır. Diğer taraftan uygulamanın çoklu ortam desteği sayesinde ses, video, resim gibi medya unsurlarının desteklenmesi ve bu unsurların maliyetsiz ve kolaylıkla paylaşılabilir olması öğrencilerin, günlük iletişiminin yanı sıra eğitim-öğretim süreçlerinde de uygulamadan faydalanmalarında önemli olduğu görülmektedir. Tüm bunların hızlı ve güvenli bir biçimde yapılabilir olması ya da diğer sosyal ağlarla ile karşılaştırıldığında bu biçimde algılanması da uygulamanın benimsenmesi ve kabulünde önemli bir etkidir. Her ne kadar hız ve güvenlik daha çok kullanılan internet ve mobil cihazla ilgili bir unsur olarak görülüyor olsa da; gönderinin takip edilebilir olması, uygulamanın mobil hat üzerinden ve hesabın hatta bağlı işlemesi, öğrencilerin uygulamaya yönelik hız ve güvenlik algısını güçlendirmektedir.

Uygulamanın kullanım ve benimsenmesinde, önemli olduğu belirtilen bu unsurların daha çok diğer sosyal ağlara ve özellikle de Facebook ve Instagram uygulamalarıyla kıyaslandığı görülmektedir. Her ne kadar bu sosyal ağların mobil uygulamaları olsa da, WhatsApp uygulamasının diğer sosyal ağlara göre kullanımın

kolaylığı, iletişimde hızlı ve güvenli olduğu görüşünün hakim olduğu belirlenmiştir. WhatsApp uygulamasına yönelik yapılan çalışmalarda da (3,22,23) belirlenen bu avantajların, sosyal ağların kabulünü ve eğitimde kullanımına yönelik yapılan çalışmalarda da (24,25) önemli unsurlar olarak görüldüğü, kullanım ve kabulde etkili olduğu belirlenmiştir.

WhatsApp uygulamasının eğitim-öğretim sürecinde kullanımı: WhatsApp uygulamasının eğitim-öğretim sürecinde kullanım nedenleri; öğrenciler arası etkileşim, her zaman ve her yerde etkileşim, kaynak ve materyal paylaşımı, işbirlikli çalışma ortamı ve akademik destek olarak belirlenmiştir. Öğrenciler, birbirleriyle etkileşim içinde kalmalarını destekleyen uygulama aracılığıyla, gündelik ve akademik etkileşimlerine zaman ve mekan sınırlaması olmaksızın devam edebildiklerini belirtmişlerdir. Diğer taraftan zaman ve mekan sınırlamasını ortadan kaldıran uygulamanın, çokluortam desteği sayesinde akademik amaçlı kaynak ve materyal paylaşımlarının yapılabilirdiği ve bu durumun akademik desteğe de olumlu katkı sağladığı görülmektedir. Bireysel ve grup paylaşımları aracılığıyla gerçekleştirilen akademik destek süreci, uygulama aracılığıyla amaca yönelik kurulan gruplar aracılığıyla genişlemekte ve işbirlikli akademik çalışma ortamı haline gelmektedir. Öğrencilerin birbirleriyle ders ve içeriklerine yönelik problem çözme ve dayanışma süreçlerini destekleyen işbirlikli çalışma gruplarının, okul içinde ve dışında sürdürülebilirliğin sağlanmasında önemli rolünün olduğu belirlenmiştir. Hatta işbirlikli çalışma gruplarının, süreç içerisinde farkında olarak ya da olmayarak öğrenme üzerinde de olumlu katkı sağlayabildiği görülmektedir.

Araştırmalar, sosyal ağların, ders materyali hakkında yardımlaşma, işbirliği ve içerik paylaşımını desteklediğini (26), öğrenciler için yapılandırılmamış öğrenme ortamı sağladığını göstermektedir (27-31). Uygulama üzerinde yapılan çalışmalarla da (22,23,32) desteklenen bu avantajlar sayesinde, WhatsApp uygulamasının her zaman ve her yer de öğrenme ile işbirlikli öğrenme kapsamında oldukça faydalı bir araç olarak kullanılabilirdiği görülmektedir. Diğer taraftan çalışmanın yürütüldüğü grubun geleceğin doktorları olacağı düşünüldüğünde, anlık mesajlaşma uygulamalarının doktorların mesleki etkileşim süreçlerinde kullanımına yönelik gerçekleştirilen çalışmalardan elde edilen sonuçların da göz önün bulundurulması doğru bir

yaklaşım olacaktır. Bu doğrultuda gerçekleştirilen çalışmalarda da uygulamanın; kullanımının kolay olduğu, her zaman ve her yerde iletişime fırsat sağladığı, işbirlikli çalışma ortamı sağladığı, materyal paylaşımına olanak sağladığı, ucuz, hızlı ve güvenli olarak tanımlandığı görülmektedir. Bu çerçevede geleceğin doktorları olan Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiş olan bu çalışmadan elde edilen sonuçlarla da tutarlılık gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca çalışma sonucunda elde edilen veriler ve öğrencilerden alınan ekran görüntüleri birbirlerini desteklemekte ve uygulamanın eğitim-öğretim sürecinde aktif bir biçimde kullanıldığı göstermektedir.

Öneriler: Gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlarına dayalı olarak geliştirilen öneriler aşağıda sunulmuştur.

- Herhangi bir eğitim gerektirmeden kullanılabilen WhatsApp ve benzeri uygulamaların, öğrencilerin eğitim-öğretim süreçlerinde kullanımları desteklenmelidir.

- Hali hazırda kullanılan ve geniş kitlelerce kabul görmüş WhatsApp ve benzeri uygulamaların eğitim-öğretim ortamlarında kullanımı konusunda eğitimcilerinde görüşleri alınmalı ve sürece dahil olmaları sağlanmalıdır.

- WhatsApp uygulamasının tıp fakültesi öğrencileri arasında yaygın olarak kullanıldığı göz önünde bulundurularak, akademisyenlerinde bulunduğu gruplar üzerinde benzer çalışmalar yapılmalıdır.

İletişim: Dr. Levent Çetinkaya

E-posta: lctinkaya@ankara.edu.tr

Kaynakça

1. Boyd D M, Ellison N B.. Social network sites: Definition, history, ve scholarship. Journal of Computer-Mediated Communication, October 2007; 13(1), 210-230.
2. Taylor D, Lewin J, Strutton D. Friends, Fans, and Followers: Do Ads Work on Social Networks?. Journal Of Advertising Research [serial online]. March 2011;51(1):258-275.
3. Johnston M, King D, Arora S, Behar N, Athanasiou T, Sevdalis N, Darzi A. Smartphones let surgeons know WhatsApp: an analysis of communication in emergency surgical teams. American Journal Of Surgery [serial online]. January 2015;209(1):45-51.
4. Giordano V, Koch H, Mendes C, Bergamin A, de Souza F, do Amaral N. WhatsApp Messenger is useful and reproducible in the assessment of tibial plateau fractures: inter- and intra-observer agreement study. International Journal Of Medical Informatics [serial online]. February 2015;84(2):141-148.
5. Wani S, Rabah S, Alfadil S, Dewanjee N, Najmi Y. Efficacy of communication amongst staff members at plastic and reconstructive surgery section using smartphone and mobile WhatsApp. Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of The

- Association of Plastic Surgeons of India [serial online]. September 2013;46(3):502-505.
6. Dhuvad J, Dhuvad M, Kshirsagar R. Have Smartphones Contributed in the Clinical Progress of Oral and Maxillofacial Surgery?. *Journal Of Clinical & Diagnostic Research* [serial online]. September 2015;9(9):22-24.
 7. Shin H, Kim D, Ryu H, Yoon S, Jo S. Teledermatology consultation using a smartphone multimedia messaging service for common skin diseases in the Korean army: a clinical evaluation of its diagnostic accuracy. *Journal Of Telemedicine And Telecare* [serial online]. March 2014;20(2):70-74.
 8. Jamal A, Temsah M, Khan S, Al-Eyadhy A, Koppel C, Chiang M. Mobile Phone Use Among Medical Residents: A Cross-Sectional Multicenter Survey in Saudi Arabia. *JMIR Mhealth And Uhealth* [serial online]. May 19, 2016;4(2):e61.
 9. Sidhoum N, Sandy D, Abeer A, Assaf N, Herlin C, Raphael S. WhatsApp: Improvement tool for surgical team communication. *Journal Of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery: JPRAS* [serial online]. June 16, 2016.
 10. Nardo B, Cannistrà M, Diaco, V., Naso, A., Novello, M., Zullo, A, Ruggiero M., Grande R. Sacco R. Optimizing Patient Surgical Management Using WhatsApp Application in the Italian Healthcare System. *Telemedicine Journal And E-Health: The Official Journal Of The American Telemedicine Association*[serial online]. September 2016;22(9):718-725.
 11. Kaliyadan F, Ashique K, Jagadeesan S, Krishna B. What's up dermatology? A pilot survey of the use of WhatsApp in dermatology practice and case discussion among members of WhatsApp dermatology groups. *Indian Journal Of Dermatology, Venereology And Leprology* [serial online]. January 2016;82(1):67-69.
 12. Drake T, Claireaux H, Khatri C, Chapman S. WhatsApp with patient data transmitted via instant messaging?. *American Journal Of Surgery* [serial online]. January 2016;211(1):300-301.
 13. Watson L, Pathiraja F, Depala A, O'Brien B, Beyzade S. Ensuring safe communication in health care: a response to Johnston et al on their paper "Smartphones let surgeons know WhatsApp: an analysis of communication in emergency surgical teams". *American Journal Of Surgery* [serial online]. January 2016;211(1):302-303.
 14. Patton M Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd ed. Newbury Park, California: Sage Publications; 1990.
 15. Maxwell J A. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. California: SAGE Publications; 1996.
 16. Wimmer R D., Dominick J R. *Mass Media Research: An Introduction*. 7th ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2003.
 17. Corbin J M, Strauss A C. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication; 2007.
 18. Ryan G, Bernard H. R. Data management and analysis methods. In Denzin N. & Lincoln Y., eds. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000. p.769-802.
 19. Tavşancıl E, Aslan E A. *İçerik analizi ve Uygulama Örnekleri*. Ankara: Epsilon Yayınları; 2001.
 20. Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. 6.Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008.
 21. Smith J A, Eatough V. Interpretative Phenomenological Analysis. In: Lyons E. & Coyle A., eds. *Analysing Qualitative Data In Psychology*. Los Angeles: SAGE Pub.; 2007. p.35-50.
 22. Bouhnik D, Deshen M. WhatsApp Goes to School: Mobile Instant Messaging between Teachers and Students. *Journal Of Information Technology Education: Research* [serial online]. January 1, 2014;13:217-231.
 23. Church K, de Oliveira R. What's up with whatsapp? Comparing mobile instant messaging behaviors with traditional SMS. In *Proceedings of the 15th international conference on Human-computer interaction with mobile devices and services (MobileHCI '13)*. New York, NY: ACM; 2013. p.352-361.
 24. Arteaga Sánchez R, Cortijo V, Javed U. Students' perceptions of Facebook for academic purposes. *Computers & Education*[serial online]. January 2014;70:138-149.
 25. Mazman S, Usluel Y. Modeling Educational Usage of Facebook. *Computers & Education* [serial online]. September 1, 2010;55(2):444-453.
 26. Rosen L D. *Rewired: Understanding the i-generation and the way they learn*. NewYork, N.Y: Palmgrave Macmillan; 2010.
 27. Cain J, Policastro A. Using Facebook as an informal learning environment. *American Journal Of Pharmaceutical Education* [serial online]. December 15, 2011;75(10):207.
 28. Grosbeck G, Bran R, Tiru L. Dear teacher, what should I write on my wall? A case study on academic uses of Facebook. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [serial online]. January 1, 2011;15(3rd World Conference on Educational Sciences - 2011):1425-1430.
 29. Lampe C, Wohn D, Vitak J, Ellison N, Wash R. Student Use of Facebook for Organizing Collaborative Classroom Activities. *International Journal of Computer-Supported Collaborative Learning* [serial online]. September 1, 2011;6(3):329-347.
 30. Madge C, Meek J, Wellens J, Hooley T. Facebook, social integration and informal learning at university: 'It is more for socialising and talking to friends about work than for actually doing work'. *Learning, Media & Technology* [serial online]. June 2009;34(2):141-155.
 31. Towner T T, Muñoz C L. Facebook and education: A classroom connection?, In: Wankel C, ed. *Educating Educators with Social Media (Cutting-edge Technologies in Higher Education, Volume 1)*. Emerald Group Publishing Limited; 2011. p.33-57.
 32. Nguyen D, Fussell S. Effects of Conversational Involvement Cues on Understanding and Emotions in Instant Messaging Conversations. *Journal Of Language & Social Psychology* [serial online]. January 2016;35(1):28-55.

Tıp Öğrencileri ve Tıp Doktorları Arasında Kendi Kendine Tanı ve Tedavi Sıklığının Değerlendirilmesi*

The Assessment of the Incidence of Self-diagnosis and Self-treatment Among the Medical Students and the Physicians

Araştırma



Research

Emine Sınlık¹, Nisa Zülal Sarı¹, Dr. Volkan Hancı², Dr. Şule Özbilgin³,
Dr. Dilek Ömür⁴, Dr. Bülent Serhan Yurtlu⁴

Geliş/Received :13.12.2016
Kabul/Accepted: 17.02.2017

Öz

Doktorlar, genellikle alışıldık kanallardan sağlık yardımı almaya isteksizdirler ve kendi kendine tanı ve tedaviye eğilimlidirler. Dünya’da Tıp Doktorları ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin kendi kendine tanı ve tedavinin sıklığı ve buna etki eden etmenleri inceleyen pek çok çalışma bulunmasına karşın, yaptığımız literatür analizinde ülkemizde bu konuda yapılmış hiç bir çalışmaya rastlayamadık.

Metod

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde 18-67 arası yaş grubunda, Tıp Fakültesi Dönem 1-6 öğrencileri, Tıpta uzmanlık öğrencileri, uzman doktorlar, öğretim üyelerine uygulandı. Katılımcıların demografik verileri, kendi kendine tanı ve tedavi verileri, doktorların sağlık durumları ile ilgili olarak düzenlenmiş çeşitli önermelere katılma oranları 15 soruluk bir anket formu aracılığı ile yüz yüze görüşme tekniği ile sorgulandı.

Bulgular

Katılımcıların akut durumlarda kendi kendine tanı ve tedavi sıklıkları Tıp Doktorları için sırasıyla %93,3 ve %89,5 oranında bulunurken, Tıp Fakültesi Öğrencilerinde bu oran sırasıyla %74,3 ve %66,4 olarak bulunmuştur. Katılımcılar arasında kendi kendine tanı ve tedavi davranışının en sık nedenlerini “Kendi kendime tedavi olmak bana daha kolay gelmekte” (%56) ve “Doktora gitmek için yeterli zamanım yok” (%35) olarak belirttiler.

Sonuç

Ülkemizde kendi kendine tanı ve tedavi hem Tıp doktorları arasında hem de Tıp öğrencileri arasında oldukça yüksek oranda görülmektedir. Bu durumun nedeni olarak ön planda kendi kendine tedavinin daha kolay gelmesi ve zaman sorunu nedeniyle doktorların kendi sağlıkları için zaman harcamamayı tercih etmeleri öne çıkmaktadır.

Anahtar sözcükler: Tıp öğrencileri, Tıp doktorları, Kendi kendine tanı, Kendi kendine tedavi

Abstract

Background: In general, physicians are reluctant to get medical care from usual sources and they tend to diagnose and treat themselves. Although there are numerous studies around the world about the incidence and associated factors of self-diagnosis and self-treatment among physicians and medical students, we couldn't find any study on this subject in our country through our analysis of literature.

Method: This study has been performed among grade 1-6 students, residents, specialist physicians and faculty members aged 18-67 years at Dokuz Eylül University Medical School. The demographic characteristics of the participants, the data on their performances of self-diagnosis and self-treatment and the rates of agreement with certain statements about physicians' health status have been investigated through face-to-face interviews using a 15-questions survey form.

Findings: Self-diagnosis and self-treatment incidences for acute situations among the physicians participated in the study were 93,3 % and 89,5% respectively, whereas these rates were 74,3% and 66,4% among the medical students. The most commonly stated reasons by the participants for self-diagnosis and self-treatment were “ease of self-treatment” (56%) and “lack of time to see a doctor” (35)

Conclusion: Self-diagnosis and self-treatment are quite commonly seen among both the physicians and the medical students in our country. The reason for this is that they most commonly find it easier to treat themselves and choose not to spend time for their own health due to the lack of time.

Key words: Medical students, Physicians, Self-diagnosis, Self-treatment

*Bu çalışmanın bir kısmı 21.09.2016 tarihinde İzmir’de yapılan X.ÖÇM Sempozyumunda poster olarak sunulmuştur.

1 Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Dönem 2 Öğrencisi, İzmir

2 Doç.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD. Yoğun Bakım BD. İzmir

3 Uzm.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD. İzmir

4 Doç.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD. İzmir

Giriş

Tıp Doktorları ve Tıp Fakültesi Öğrencileri, kendi sağlıkları söz konusu olduğunda çoğu zaman aldıkları eğitime ters olacak şekilde gerçekçi yaklaşımlar dışında hareket etmeye eğilim gösterebilirler (1-5). Doktorlar, genellikle alışıldık kanallardan sağlık yardımı almaya isteksizdirler ve kendi kendine tanı ve tedaviye eğilimlidirler. Tıp öğrencileri de eğitimleri sırasında klinisyenleri rol model alarak, aynı davranışları ve değerleri geliştirir (6). Bununla birlikte, kendi kendine tedavi, arkadaş tedavisi ve akraba tedavisi oldukça tartışmalı bir konudur. Profesyoneller arasında bu konuyu destekleyenler olduğu gibi, karşı çıkanlar da bulunmaktadır (7) Ne yazık ki doktorlar ve tıp öğrencileri hasta olduklarında meslektaşlarına tanı ve tedavi için gitmeyi çoğunlukla erteler (8-12). Avustralya Tıp Birliği, ülkede her doktorun bir genel pratisyen tarafından tıbbi olarak takibini önermesine karşın, Avustralya'da 358 doktor üzerinde yapılan bir anket çalışmasında ankete katılan doktorların yalnızca %55'inin bir genel pratisyene kayıtlı olduğu, %71'inin ise sağlık sorunları için başka bir doktora danışmaktan çekindiği belirtilmiştir (4). Yapılan diğer bir çalışma genç doktorların 3'de birinin genel pratisyen sistemine kayıt olmadığı ve bir genel pratisyen tarafından tıbbi olarak takip edilmediği belirlemiştir (13). Bu nedenle Tıp Doktorları ve Tıp Fakültesi Öğrencileri arasında kendi kendine tanı koymak ve tedavi etmek oldukça yaygın bir davranıştır (7, 8, 12-15). Tıp Doktorları ve Tıp Fakültesi Öğrencileri arasında kendi kendine tanı ve tedavi sıklığını değerlendiren bir derleme, sorunun ciddiyetini ortaya koymuştur. Derlemede kendi kendine tanı ve tedavinin Tıp Doktorları ve Tıp Fakültesi Öğrencileri için önemli bir sorun olduğu vurgulanmıştır. Derleme, kendi kendine tanı ve tedavi sıklığının farklı ülkelerde yapılan farklı yayınlarda %12 ile %99 arasında değiştiğini ve ortalama sıklığının %50'nin üzerinde olduğunu belirlemiştir (1).

Batı ülkelerinin pek çoğunda, doktorların kendi hastalıklarını kendileri tedavi etmeye yöneldikleri ve aile hekimliği sistemine kayıt olmayıp, aile hekimliği sisteminden bağımsız hareket ettikleri belirlenmiştir (16). Doktorların kendi-kendine tanı ve tedavisi basit bir şekilde değerlendirilemeyecek kadar ciddi bir konudur (13, 14). Doktorların kendi kendine tanı ve tedavi davranışı, açık bir

biçimde doktorların kötü sağlık bakımına maruz kalmasını bir belirti olarak değerlendirilmektedir (13,14).

Bu davranış kalıplarına yönelik sıklığı araştıran çalışmaların yapılması ve bu davranış kalıbının oldukça sık görüldüğünün belirlenmesi ardından Kanada, Birleşik Krallık, Amerika, Avustralya ve İrlanda gibi pek çok ülkede Tıp Birlikleri, Tıp Doktorlarının sağlık bakımını iyileştirebilmek amacıyla çeşitli kurumlar kurmuşlardır. Örneğin Kanada Tıp Birliği "Doktor Sağlığı ve İyiliği Merkezi (Centre for Physician Health and Well Being)", İrlanda Genel Pratisyen Koleji "Pratik Programda Sağlık (Health in Practice Programme)" ve İngiliz Tıp Birliği "Doktorlar için Doktorlar Birimi (Doctors for Doctors Unit)" isimli organizasyonlar oluşturmuştur (16). Bu Tıp Birlikleri ek olarak kendi kendine tanı ve tedavi konusuna ilgili fikirlerin değiştirilmesine ve doktorların sağlık durumlarının iyileştirilmesi amacıyla klavuzların oluşturulmasına ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (13).

Dünya'da Tıp Doktorları ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin kendi kendine tanı ve tedavinin sıklığı ve buna etki eden etmenleri inceleyen pek çok çalışma bulunmasına karşın, Türkçe ve İngilizce literatürü inceleyerek yaptığımız literatür analizinde ülkemizde bu konuda yapılmış hiç bir çalışmaya rastlayamadık. Çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde çalışan Tıp Doktorları ve Tıp Fakültesi Öğrencileri arasında kendi kendine tanı ve tedavi sıklığının ve ülkemiz özelinde bu davranış kalıbının oluşmasına etki eden etmenlerin anket formu aracılığı ile araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul kararı (Karar no: 2015/28-24; Tarih: 17.12.2015) alındıktan sonra; İzmir İli, Balçova İlçesi Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde, 18-67 arası yaş grubunda, Tıp Fakültesi Dönem 1-6 öğrencileri, Tıpta uzmanlık öğrencileri, uzman doktorlar ve öğretim üyelerine uygulandı. Çalışmaya katılmayı reddeden kişiler çalışmamıza dahil edilmedi. Katılımcıların demografik verileri, kendi kendine tanı ve tedavi verileri, doktorların sağlık durumları ile ilgili olarak düzenlenmiş çeşitli önermelere katılma oranları 15 soruluk bir anket formu aracılığı ile yüz yüze

görüşme tekniği ile sorgulandı. Ankette kendi kendine tanı ve tedavi verileri; başka hiçbir doktora danışmadan, akut ve kronik bir hastalığında kendi kendine ve/veya herhangi bir aile bireyine tanı koyup koymadığı; başka hiçbir doktora danışmadan, akut ve kronik bir hastalığı için kendi kendine ve/veya herhangi bir aile bireyine ilaç başlayıp başlamadığı; kendi kendine herhangi bir tetkik isteyip istemediği; kendi kendine tedavi olması ve/veya ilaç başlamasının sebebi/sebepleri sorgulandı.

Güç analizi: Geçmiş çalışmalarda Davidson SK ve ark (4) doktorlar arasında akut durumlarda kendi kendine tedavi oranının %90 olduğunu bildirmiştir. Bu sıklık kullanılarak, %95 güven; \pm %5 sapma değeri alındığında çalışmamıza en az 134 kişinin alınması gerektiği belirlendi.

İstatistik analiz: Çalışmanın verileri SPSS 15.0 paket programına girilerek analiz edildi. Sıklık gösteren veriler sayı (n) ve yüzde (%) ile, diğer veriler ortalama \pm standart sapma ile gösterildi.

Sıklık belirten verilerin analizinde ki kare testi kullanıldı. p değerinin 0.05'in altında olması anlamlı farklılık olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamıza 152 Tıp Fakültesi Öğrencisi ile 105 tıp doktoru olmak üzere toplam 257 Tıp Doktoru ve Tıp Fakültesi Öğrencisi dahil edildi. Katılan Tıp Doktorları ve Tıp Fakültesi öğrencilerinin cinsiyet dağılımı Tablo 1'de yaş ortalamaları ve doktor olarak çalıştıkları süre Tablo 2'de yer almaktadır. Çalışmamıza katılanların doktorların bölümlere göre dağılımı Tablo 3'te yer almaktadır.

Çalışmamıza alınan katılımcıların kendi kendine tanı ve tedavi sıklıkları değerlendirildiğinde, akut durumlarda kendi kendine tanı ve tedavi oranı Tıp Doktorları için sırasıyla %93,3 ve %89,5 oranında bulunurken, Tıp Fakültesi Öğrencilerinde bu oran sırasıyla %74,3 ve %66,4 olarak bulunmuştur. Aile bireylerine akut hastalıklarda tanı ve tedavi oranı ise Tıp Doktorları için sırasıyla %94,3 ve %88,6; Tıp Fakültesi Öğrencileri için ise sırasıyla %50 ve %27,6 olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Çalışmamıza katılan tıp doktoru ve tıp fakültesi öğrencilerinin dağılımı, n(%)

Katılımcı	Kadın (%)	Erkek (%)	Toplam (%)
Tıp Fakültesi Öğrencisi			
Dönem 1	16 (%53,3)	14 (%46,7)	30 (%11,7)
Dönem 2	16 (%64,0)	9 (%36,0)	25 (%9,7)
Dönem 3	21 (%61,8)	13 (%38,2)	34 (%13,2)
Dönem 4	9 (%45,0)	11 (%55,0)	20 (%7,8)
Dönem 5	11 (%55,0)	9 (%45,0)	20 (%7,8)
Dönem 6	9 (%39,1)	14 (%60,9)	23 (%8,9)
Toplam	82 (%53,9)	70 (%46,1)	152 (%59,1)
Doktor			
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	37(%52,9)	33(%47,1)	70 (%27,2)
Uzman	6(%54,5)	5(%45,5)	11 (%4,3)
Öğretim Üyesi	12(%50,0)	12(%50,0)	24 (%9,3)
Toplam	55 (%52,4)	50 (%47,6)	105 (%40,9)
Toplam Katılımcı	137 (%53,3)	120 (%46,7)	257 (%100)

Tablo 2. Çalışmamıza katılan tıp doktoru ve tıp fakültesi öğrencileri yaş ve doktor olarak çalıştığı süre (Ort \pm SD)

Katılımcı	Yaş (Ort \pm SD)	Doktor Süre (Ort \pm SD)
Tıp Fakültesi Öğrencisi	21,31 \pm 2,20	0,00 \pm 0,00
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi	28,84 \pm 4,00	2,27 \pm 1,16
Uzman	37,27 \pm 5,95	4,27 \pm 4,29
Öğretim Üyesi	47,08 \pm 7,41	17,21 \pm 8,58
Toplam	26,45 \pm 8,69	2,35 \pm 5,56

Tablo 3. Çalışmamıza katılan tıp doktorlarının bölümlere göre dağılımı	
Katılımcı	n (%)
Temel Bilimler	7 (%6.73)
Dahili Bilimler	49 (%47.11)
Cerrahi Bilimler	48 (%46.15)
Toplam	104 (%100)¥

¥: Bir katılımcı bölümünü bildirmemiştir

Tıp doktorları ve Tıp Fakültesi öğrencilerinde kronik durumlarda kendi kendine tanı ve tedavi oranları ise daha düşük olarak belirlenmiştir. Tıp doktorları arasında kendi kendine tetkik isteme oranı ise %77,1 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamıza alınan katılımcıların akut ve kronik durumlarda kendi kendine tanı ve tedavi sıklıkları ile ilgili verileri Tablo 4, Tablo 5 ve Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 4. Çalışmamıza alınan katılımcıların kendi kendine tanı ve tedavi sıklıkları			
Katılımcı	Tıp Fakültesi Öğrencisi n (%)	Tıp Doktoru n (%)	Toplam n (%)
Akut Durumda			
Kendi Kendine Tanı	113 (%74,3)*	98 (%93,3)	211 (%82,1)
Kendi Kendine Tedavi	101 (%66,4)*	94 (%89,5)	195 (%75,9)
Kronik Durumda			
Kendi Kendine Tanı	37 (%24,3)	34 (%32,4)	71 (%27,6)
Kendi Kendine Tedavi	27 (%17,8)*	33 (%31,4)	60 (%23,3)
Tetkik			
Kendi Kendine Tetkik	35 (%23,0)*	81 (%77,1)	116 (%45,1)
Aileye Tanı ve Tedavi			
Akut Durumda			
Aileye Tanı	76 (%50,0)*	99 (%94,3)	175 (%68,1)
Aileye Tedavi	42 (%27,6)*	93 (%88,6)	135 (%52,5)
Kronik Durumda			
Aileye Tanı	24 (%15,8)*	46 (%43,8)	70 (%27,2)
Aileye Tedavi	9 (%5,9)*	32 (%30,5)	41 (%16,0)

*:p<0.05; Tıp Fakültesi Öğrencisi ile Tıp doktorları arasında; Ki kare testi.

Katılımcıların kendi kendine tanı koyma ve tedavi olma nedenleri değerlendirildiğinde, en yüksek oranda verilen cevabın hem Tıp Doktorları hem de Tıp Fakültesi Öğrencileri için "Kendi kendime tedavi olmak bana daha kolay gelmektedir" olarak belirtildiği görülmüştür. İkinci sıklıkta verilen cevap ise "Doktora gitmek için yeterli zamanım yok" cevabıdır ve ironik bir şekilde kendileri de Tıp Doktoru olan katılımcılarımızın %41,0 gibi büyük bir oranı, kendi kendine tanı ve tedavi uygulamalarının nedeni olarak bu cevabı vermişlerdir. Üçüncü sıklıkta verilen cevap "Doktor muayenesi ve diğer işlemler için SGK kesintisi / ücretlerinin yüksek olması" olarak bildirilmiştir ve katılımcı Tıp Doktorlarımızın %9.5'i bu yanıtı vermişlerdir. Çalışmaya katılanların kendi kendine tanı koyma ve tedavi olma nedenleri dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Katılımcıların verilen önermeler için katılma oranları değerlendirildiğinde, akut minör

hastalıkta kendi kendine tanı ve tedavinin benimsenme oranının hem Tıp Doktorları hem de Tıp Fakültesi Öğrencileri için yüksek olduğu, fakat kronik hastalıklar söz konusu olduğunda bu oranın her iki grup için de düştüğü dikkati çekmektedir. Katılımcıların psikotropik, hipnotik ve opioid ilaçların kendi kendine kullanılması konusunda çekinceleri olduğu da dikkat çekmektedir. Katılımcılarımızın verilen çeşitli önermelere katılma sıklıkları Tablo 8'de yer almaktadır.

Tartışma

Çalışmamızda, ülkemizde de hem Tıp Doktorları hem de Tıp Fakültesi Öğrencileri arasında akut durumlarda kendi kendine tanı ve tedavi sıklığı, farklı ülkelerde yapılan çalışmalara benzer ve oldukça yüksek bulunmuştur.

Chen ve ark. (16) Hong Kong'da 4198 doktor üzerinde yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların

Tablo 5. Katılımcıların akut ve kronik durumlarda tanılarının dağılımları n (%)

Katılımcı	Tıp Fakültesi Öğrencisi n (%)	Tıp Doktoru n (%)	Toplam n (%)
Akut Durumda			
ÜSYE	97 (%63.8)*	92 (%87.6)	189 (%73.5)
Baş ağrısı	68 (%44.7)	49 (%46.7)	117 (%45.5)
Gastroenterit	30 (%19.7)*	69 (%65.7)	99 (%38.5)
Allerji	42 (%27.6)*	46 (%43.8)	88 (%34.2)
Bel ağrısı	33 (%21.7)*	42 (%40.0)	75 (%29.2)
Gastrit	21 (%13.8)*	46 (%43.8)	67 (%26.1)
ASYE	25 (%16.4)*	30 (%28.6)	55 (%21.4)
Aritmi	4 (%2.6)†	13 (%12.4)	17 (%6.6)
Astım	4 (%2.6)†	11 (%10.5)	15 (%5.8)
Kronik Durumda			
Baş ağrısı	16 (%10.5)	12 (%11.4)	28 (%10.9)
Bel ağrısı	6 (%3.9)*	18 (%17.1)	24 (%9.3)
Allerji	10 (%6.6)	11 (%10.5)	21 (%8.2)
Gastrit	6 (%3.9)	10 (%9.5)	16 (%6.2)
Anksiyete/Fobi	8 (%5.3)	5 (%4.8)	13 (%5.1)
Gastrointestinal sistem hastalıkları	5 (%3.3)	6 (%5.7)	11 (%4.3)
Depresyon	5 (%3.3)	6 (%5.7)	11 (%4.3)
Enfeksiyon	3 (%2.0)	6 (%5.7)	9 (%3.5)
Uyku Bozuklukları	6 (%3.9)	3 (%2.9)	9 (%3.5)
Migren	2 (%1.3)	6 (%5.7)	8 (%3.1)
Hipertansiyon	1 (%0.7)†	5 (%4.8)	6 (%2.3)
Aritmi	0 (%0)	2 (%1.9)	2 (%0.8)
Astım	2 (%1.3)	0 (%0.0)	2 (%0.8)
Kronik Bronşit	1 (%0.7)	1 (%1.0)	2 (%0.8)
Diyabetes Mellitus	0 (%0.0)	2 (%1.0)	2 (%0.8)
Hiperlipidemi	0 (%0.0)	1 (%1.0)	1 (%0.4)

* $p < 0.05$; Tıp Fakültesi Öğrencisi ile Tıp doktorları arasında; Ki kare testi

† $p < 0.05$; Tıp Fakültesi Öğrencisi ile Tıp doktorları arasında; Fisher kesinlik testi

üçte ikisinin en son hastalıklarında kendi kendini tedavi ettiğini belirlemiştir. Çalışmaya katılanların %62'sinin reçeteli ilaçlar ile kendi kendini tedavi ettiği bildirilmiştir. Çalışmaya katılan doktorların %70'i, kendilerini tedavi ve takip edecek bir doktora ihtiyacı olmadığını bildirmiştir. Çalışmacılar diğer ülkelere benzer şekilde Hong Kong'lu doktorların çok büyük bir oranının hastalıklarının yönetimini kendilerinin yaptığını, kendi kendilerine ilaç reçete edip kullandıklarını ve kişisel doktora ihtiyaçları olmadığını inandıklarını bildirmişlerdir (16). Rosvold ve ark (14) da Norveçli doktorlar üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında katılımcıların %75'inin son üç yıl içinde kendi kendine tedavi

uyguladığını ve %73'ünün kendi kendine reçete yazdığını bulmuşlardır. Aynı çalışmada katılımcılar eşlerine, arkadaşlarına ve meslektaşlarına da sıklıkla tedavi uyguladıklarını bildirmişlerdir. Bununla birlikte ironik bir şekilde çalışmacılar çalışmaya katılan doktorların %13'ünün kendi kendine tedavide ileus, peptik ülser, ülseratif kolit, pre-eklamsi ve depresyon gibi durumlarda olumsuz deneyimleri ve yetersizlikleri olduğunu bulmuşlardır. Çalışmacılar doktorların kendi kendine tanı ve tedavi uygulamalarının, tanınal girişimler ve tedavide gecikmelere neden olduğunu özellikle vurgulamaktadırlar (14). Christie ve ark (8) 316 asistan doktoru değerlendirdikleri çalışmalarında, asistan

Tablo 6. Katılımcıların akut durumlarda kullandıkları ilaçların dağılımları n (%)

Katılımcı	Tıp Fakültesi Öğrencisi n (%)	Tıp Doktoru n (%)	Toplam n (%)
Akut Durumda			
NSAID	82 (%53.9)*	85 (%81.0)	167 (%65.0)
Antibiyotik	42 (%27.6)*	81 (%77.1)	123 (%47.9)
PPI	31 (%20.4)*	62 (%59.0)	93 (%36.2)
Kas Gevşetici	42 (%28.3)*	45 (%42.9)	88 (%34.2)
Antihistaminik	16 (%10.5)*	46 (%43.8)	62 (%24.1)
H2 Bloker	5 (%3.3)*	25 (%23.8)	30 (%11.7)
Uyku ilaç.	5 (%3.3)	9 (%8.6)	14 (%5.4)
Migren ilaç.	6 (%3.9)	6 (%5.7)	12 (%4.7)
Antihipertansif	4 (%2.6)	4 (%3.8)	8 (%3.1)
Astım ilaç.	3 (%2.0)	5 (%4.8)	8 (%3.1)
Antiaritmik	0 (%0.0)*	6 (%5.7)	6 (%2.3)
Kronik Durumda			
NSAID	10 (%6.6)*	22 (%21.0)	32 (%12.5)
PPI	6 (%3.9)*	16 (%15.2)	22 (%8.6)
Antibiyotik	6 (%3.9)*	13 (%12.4)	19 (%7.4)
Kas Gevşetici	5 (%3.3)*	14 (%13.3)	19 (%7.4)
Antihistaminik	6 (%3.9)*	11 (%10.5)	17 (%6.6)
H2 Bloker	1 (%0.7)†	10 (%9.5)	11 (%4.3)
Antidepresan	3 (%2.0)	6 (%5.6)	9 (%3.5)
Migren ilaç.	2 (%1.3)	3 (%2.9)	5 (%1.9)
Astım ilaç.	1 (%0.7)	3 (%2.9)	4 (%1.6)
Uyku ilaç.	2 (%1.3)	1 (%1.0)	3 (%1.2)
Antihipertansif	0 (%0.0)	2 (%1.9)	2 (%0.8)
Antiaritmik	0 (%0.0)	2 (%1.9)	2 (%0.8)
Antidiabetik	1 (%0.7)	1 (%1.0)	2 (%0.8)

*:p<0.05; Tıp Fakültesi Öğrencisi ile Tıp doktorları arasında; Ki kare testi

†:p<0.05; Tıp Fakültesi Öğrencisi ile Tıp doktorları arasında; Fisher kesinlik testi

Tablo 7. Katılımcıların akut durumlarda kullandıkları ilaçların dağılımların (%)

Neden	Tıp öğrencisi n (%)	Tıp Doktoru n (%)	Toplam
Kendi kendime tedavi olmak bana daha kolay gelmekte	71 (%46,7)*	73 (%69,5)	144 (%56,0)
Doktora gitmek için yeterli zamanım yok	47 (%30,9)	43 (%41,0)	90 (%35,0)
Doktor muayenesi ve diğer işlemler için SGK kesintisi/ücretlerinin yüksek olması	10 (%6,6)	10 (%9,5)	20 (%7,8)
Bir başka doktora gidersem tanı ve tedavi konusunda yetersiz olduğum düşünülebileceği için	2 (%1,3)	4 (%3,8)	6 (%2,3)
Sağlık problemlerimin Gizliliği konusunda endişe duyarım	3 (%2)	2 (%1,9)	5 (%1,9)
Diğer meslektaşlarımla bilgisine güvenmem	2 (%1,3)	1 (%1)	3 (%1,2)

*:p<0.05; Tıp Fakültesi Öğrencisi ile Tıp doktorları arasında; Ki kare testi

†:p<0.05; Tıp Fakültesi Öğrencisi ile Tıp doktorları arasında; Fisher kesinlik testi

Tablo 8. Katılımcıların verilen önermelere katılma oranları

	Kesinlikle katılıyorrum n (%)	Katılıyorrum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılmıyorrum n (%)	Kesinlikle katılmıyorrum n (%)
Doktorların akut minör hastalıklarını kendilerinin tedavi etmesi kabul edilebilir	56 (%36,8) 54 (%51,4)	82 (%53,9) 49 (%46,7)	13 (%8,6) 0 (%0)	1 (%0,7) 1 (%1)	0 (%0) 1 (%1)
Doktorların kronik hastalıklarını kendilerinin tedavi etmesi kabul edilebilir	21(%13,8) 12(%11,4) 36(%23,7) 38(%36,2)	48(%31,6) 29(%27,6) 82(%53,9) 54(%51,4)	51(%33,6) 26(%24,8) 18(%11,8) 7(%6,7)	27(%17,8) 30(%28,6) 14(%9,2) 5(%4,8)	5(%3,3) 8(%7,6) 2(%1,3) 1(%0,7)
Doktorlar Herhangi bir hastalıklarının takibi amacıyla kendi kendine kan testi isteyebilir	37(%24,3) 34(%32,4) 34(%22,4) 35(%33,3)	76(%50,0) 49(%46,7) 85(%55,9) 50(%42,6)	29(%19,1) 10(%9,5) 25(%16,4) 13(%12,4)	9(%5,9) 10(%9,5) 7(%4,6) 6(%5,7)	1(%0,7) 2(%1,9) 1(%0,7) 1(%1,0)
Doktorlar Herhangi bir hastalıklarının tanı amacıyla kendi kendine kan testi isteyebilir					
Doktorlar Herhangi bir hastalıklarının tanı amacıyla kendi kendine kan testi isteyebilir					
Doktorlar Herhangi bir hastalıklarının tanı amacıyla kendi kendine görüntüleme testi isteyebilir					
Doktorlar depresyon tedavisi için kendi kendilerine antidepresan başlayabilir	25(%16,4) 25(%23,8) 7(%4,6) 11(%10,5)	65(%42,8) 47(%44,8) 24(%15,8) 12(%11,4)	44(%28,9) 17(%16,2) 44(%28,9) 24(%22,9)	17(%11,2) 14(%13,3) 48(%31,6) 40(%38,1)	1(%0,7) 2(%1,9) 29(%19,1) 18(%17,1)
Doktorlar depresyon tedavisi için kendi kendilerine psikotrop ilaç başlayabilir	4(%2,6) 1(%1,0)	11(%7,2) 7(%6,7)	41(%27,0) 12(%11,4)	60(%39,5) 51(%48,6)	36(%23,7) 34(%32,4)
Doktorlar kendi kendilerine ağrı için opioid başlayabilir					
Doktorlar kendi kendilerine uyku için hipnotik başlayabilir	9(%5,9) 4(%3,8)	23(%15,1) 10(%9,5)	44(%28,9) 11(%10,5)	49(%32,2) 37(%35,2)	27(%17,8) 43(%41,0)
Doktorlar kendi kendilerine akut minör hastalıklarını kendilerinin tedavi etmesi kabul edilebilir.	8(%5,3) 3(%2,9) 42(%27,6) 44(%41,9)	20(%13,2) 12(%11,4) 79(%52,0) 54(%51,4)	49(%32,2) 12(%11,4) 25(%16,4) 3(%2,9)	52(%34,2) 40(%38,1) 2(%1,3) 2(%1,9)	23(%15,1) 38(%36,2) 4(%2,6) 2(%1,9)
Doktorların, ailelerinin kronik hastalıklarını kendilerinin tedavi etmesi kabul edilebilir.	23(%15,1) 12(%11,4)	46(%30,3) 25(%23,8)	50(%32,9) 25(%23,8)	27(%12,8) 34(%32,49)	6(%3,9) 9(%8,6)
Doktor kendi kendini tedavi ettiğinde çok az hata yapar.	5(%3,3) 3(%2,9) 16(%10,5) 34(%32,4)	26(%17,1) 14(%13,3) 34(%22,4) 30(%28,6)	63(%41,4) 36(%34,3) 30(%19,7) 10(%9,5)	53(%34,9) 42(%40,0) 45(%29,6) 16(%15,2)	5(%3,3) 10(%9,5) 27(%17,8) 15(%14,3)
Doktorların semptomları daha az incelenir	7(%4,6) 14(%13,3) 7(%4,6)	35(%23,0) 37(%35,2) 52(%34,2)	41(%27,0) 12(%11,4) 38(%25,0)	58(%38,2) 33(%31,4) 48(%31,6)	11(%7,2) 9(%8,6) 7(%4,6)
Doktorlar hastalıkları ile ilgili semptomları daha az önemser ve belirtir	23(%21,9) 17(%11,2) 36(%34,3)	57(%54,3) 70(%46,1) 57(%54,3)	9(%8,6) 33(%21,7) 6(%5,7)	11(%10,5) 29(%19,1) 4(%3,8)	5(%4,8) 3(%2,0) 2(%1,9)
Doktorlar kendi sağlık sorunları için doktora daha geç başvurur					

Tablo 8. Katılımcıların verilen önermelere katılma oranları (devamı)

	Kesinlikle katılıyorrum n (%)	Katılıyorrum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılıyorrum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılıyorrum n (%)	Kesinlikle katılıyorrum n (%)
Doktorlar kendini tedavi edecek doktoru daha kolay bulur	40(%26,3)	77(%50,7)	21(%13,8)	77(%50,7)	21(%13,8)	13(%8,6)	1(%0,7)
Doktorlar başka bir doktora gittiklerinde gizlilik konusunda endişelenir	21(%20,0)	51(%48,6)	19(%18,1)	51(%48,6)	19(%18,1)	9(%8,6)	5(%4,8)
Doktorlar hastalıkları ile ilgili semptomları daha fazla önemser ve agreve etmeye meyillidir	10(%6,6)	31(%20,4)	35(%23,0)	31(%20,4)	35(%23,0)	58(%38,2)	18(%11,8)
Başka bir hekime doktor kimliğimin bilinmesi ile tedavi olmayı tercih ederim	9(%8,6)	25(%23,8)	17(%16,2)	25(%23,8)	17(%16,2)	41(%39,0)	13(%12,4)
Kendi kendime uyguladığım tedaviler beni memnun eder	10(%6,6)	53(%34,9)	44(%28,9)	53(%34,9)	44(%28,9)	42(%27,6)	3(%2,0)
Bir doktor olarak kendi meslektaşlarının hastalıklarına koyduğu tanı beni tatmin eder	5(%4,8)	13(%12,4)	26(%24,8)	13(%12,4)	26(%24,8)	44(%41,9)	17(%16,2)
Başka bir hekime danıştımda, hastalığım önemli bir sağlık sorunu değilse mahcup duruma düşerim	17(%11,2)	62(%40,8)	35(%23,0)	62(%40,8)	35(%23,0)	30(%19,7)	8(%5,3)
Psikiyatrik sorunlarım için başka bir doktora danışmaktan çekinirim	14(%13,3)	42(%40,0)	21(%20,0)	42(%40,0)	21(%20,0)	23(%21,9)	5(%4,8)
Doktor: kendi aile üyelerinden biri hastalandığında, sıklıkla tavsiyelerde bulunur ancak bu önerileri takip etmekte başarısız olur	19(%12,5)	75(%49,3)	37(%24,3)	75(%49,3)	37(%24,3)	21(%13,8)	0(%0)
	10(%9,5)	59(%56,2)	27(%25,7)	59(%56,2)	27(%25,7)	6(%5,7)	3(%2,9)
	15(%9,9)	102(%67,1)	32(%21,1)	102(%67,1)	32(%21,1)	2(%1,3)	1(%0,7)
	15(%14,3)	60(%57,1)	22(%21,0)	60(%57,1)	22(%21,0)	7(%6,7)	1(%1,0)
	4(%2,6)	27(%17,8)	30(%19,7)	27(%17,8)	30(%19,7)	67(%44,1)	24(%15,8)
	6(%5,7)	17(%16,2)	10(%9,5)	17(%16,2)	10(%9,5)	50(%47,6)	22(%21,0)
	2(%1,3)	29(%19,1)	31(%20,4)	29(%19,1)	31(%20,4)	62(%40,8)	28(%18,4)
	6(%5,7)	5(%4,8)	17(%16,2)	5(%4,8)	17(%16,2)	52(%49,5)	25(%23,8)
	16(%10,5)	49(%32,2)	43(%28,3)	49(%32,2)	43(%28,3)	39(%25,7)	5(%3,3)
	10(%9,5)	41(%39,0)	25(%23,8)	41(%39,0)	25(%23,8)	26(%24,8)	3(%2,9)

doktorların %78'inin reçeteli ilaç kullandığını, %52'sinin kendi-kendine ilaç aldığını bildirmiştir. Clarke ve ark (11) da 76 İrlandalı doktor üzerinde yaptıkları çalışmalarında, kendi-kendine tedavinin özellikle antibiyotikler için %99 gibi oldukça yüksek oranda olduğunu ve antibiyotiklerin bu konuda en fazla kullanılan ilaç grubu olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmamızda da antibiyotikler kendi kendine tedavi uygulamalarında en yüksek oranda kullanılan ilaçlar arasında yer almaktadırlar.

Davidson ve ark (4) 358 Avusturalya'lı doktorları değerlendirdikleri çalışmalarında, katılımcı doktorların %90'ının akut durumlarda kendi kendine tedaviyi kabul ettikleri, kronik durumlarda ise kendi kendine tedaviyi kabul eden doktorların oranının %25'e düştüğünü bildirmişlerdir. Çalışmamızda, çalışmaya katılan doktorların %89.5'inin akut durumlar için kendi kendine tedavi uyguladığını ve ancak %31.4'ünün kronik durumlar için kendi kendine tedavi uyguladığını belirledik. Çalışmamıza katılan doktorların %88.6'sı aile bireylerinin akut durumlarında; %30.5'i ise aile bireylerinin kronik durumlarında tedavi uyguladıklarını bildirdiler.

Çalışmacılar ankete katılan doktorların %9'unun kendi kendine psikotropik ilaç reçetelenebileceğine katıldıklarını belirlemişlerdir (4). Bizim çalışmamızda da bu oran doktorlar arasında benzer şekilde %7,7 olarak belirlenmiştir.

Çalışmacılar özellikle psikolojik durumlarda genel pratisyenlerin uzmanlar ile kıyaslandığında başka bir doktora başvurma konusunda oldukça isteksiz olduğunu bulmuşlardır (sırasıyla, %90, %83) (4). Bizim çalışmamızda ise bu oran yalnızca %10.5 olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte çalışmamız uzmanları ve uzmanlık öğrencilerini kapsamaktadır.

Çalışmada bayan cinsiyette olan doktorlar erkek doktorlara göre, genel pratisyen doktorlar ise uzmanlara göre, doktorların verdiği tedaviden anlamlı olarak daha az memnun olduğu belirlenmiştir (4). Çalışmada başka doktorun verdiği tedaviden memnun olma oranı genel pratisyenler için %46, uzmanlar için ise %67 oranında olarak belirlenmiştir (4). Bizim çalışmamızda bu oran %75 olarak bulunmuştur. Chambers ve ark. (17) 247 doktora yaptıkları

çalışmalarında kendi kendini tedavi oranının %84, kendi kendine tıbbi tanısala araştırmaya başlama oranının ise %33 olduğunu bildirmişlerdir.(17) Bizim çalışmamızda ise kendi kendine tetkik isteme oranı %77,1 olarak belirlenmiştir.

Forsythe ve ark. (18) 724 genel pratisyen doktor, 427 uzman doktorun katılımıyla yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların %96'sının bir genel pratisyene kayıtlı olmasına karşın çok az bir kısmının bu hizmeti kullandığı belirlenmiştir. Genel pratisyenlerin %26'sının kendi-kendilerine bağlı olduğu, %11'inin ailelerinin kendilerine bağlı olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan uzman doktorların %24'ünün ise kayıtlı olduğu bir genel pratisyeni olmasına karşın, hiçbir zaman bu sistemi kullanmadığını bildirdiği belirlenmiştir. Çalışmaya dahil olan çoğu genel pratisyen ve uzman kendilerinin ve ailelerinin reçetelerini kendilerinin yazdığını belirtmişlerdir. Bu konuda ülkemizde bir veri bulunmamaktadır. Çalışmamızda yalnızca 3. Basamak bir sağlık kurumu olan hastanemizde çalışan Tıpta uzmanlık öğrencileri uzmanlar ve öğretim üyeleri değerlendirilmiştir. İleride yapılacak çalışmalar ile ülkemiz için durumun belirlenmesi ve diğer ülkelerle karşılaştırılması için konunun pratisyen hekimlerimiz için irdelenmesi gereklidir.

Evans ve ark (3) nörolog doktorların katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında, çalışmaya katılan nörologların %94'ünün akut minör hastalıklar için, %37'sinin ise kronik durumlar için kendi kendine tedaviyi kabul edilebilir bulunduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada nörolog doktorların %42'sinin tanı için doktorun kendi- kendine kan testi isteyebileceğini kabul edilebilir bulunduğu, %40'ının da tanı için kendi-kendine görüntüleme isteyebileceğini kabul edilebilir bulunduğu belirlenmiştir. Çalışmacılar katılımcıların %70'inin şiddetli olmayan migren, %19'unun yeni başlangıçlı baş ağrısı ve %48'inin kronik günlük baş ağrısı için kendi kendine tedavi uyguladığını bulmuşlardır Çalışmaya katılan nörologların %80'i aile bireylerinin akut hastalıklarını ve %33'ü aile bireylerinin kronik hastalıklarını tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. Çalışmacılar, çalışmaya katılan nörologların %87'sinin kendi aile bireylerinin akut minör hastalıkları için ve %36'sının da kendi aile bireylerinin kronik hastalıkları için doktorun kendisinin tedavi düzenlemesini kabul edilebilir

bulduğunu belirlemişlerdir. Çalışmacılar nörologların sıklıkla kendi kendine ve aile bireylerine tedavi uyguladıklarını vurgulamışlardır. Bizim çalışmamıza katılan doktorların %93.3'ünün aile üyelerinin akut minör hastalıklarını tedavi etmeyi kabul ettiklerini ve %35.2'sinin aile üyelerinin kronik hastalıklarını tedavi etmeyi kabul ettiklerini belirledik.

Hooper ve ark. (9) Tıp Fakültesi Öğrencilerine yaptıkları çalışmalarında, Tıp Fakültesi Öğrencilerinin, doktorların kendi kendine tetkik isteme (%52), sevk (%59.1) ve reçete yazmalarını (%39.2) kabul ettiklerini belirlemişlerdir. Bizim çalışmamıza katılan Tıp Fakültesi Öğrencilerinin %90.7'si doktorların kendi kendine akut minör hastalıkları için tedavi uygulayabileceğini kabul ettiği; %45.4'ünün doktorların kronik hastalıkları için kendi kendine tedavi uygulayabileceğini kabul ettiği bulunmuştur. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin %74.3'ü doktorların herhangi bir hastalıkları için tanı amacıyla kendi kendine kan tahlili isteyebileceğini; %59.2'si ise doktorların herhangi bir hastalıkları için tanı amacıyla kendi kendine görüntüleme isteyebileceğini kabul etmekteydi. Hooper ve ark. (9) çalışmalarında ikinci sınıf öğrencilerinin %2.2'sinin, dördüncü sınıf öğrencilerinin %13'ünün yakınlarına reçete yazdığını belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda ise çok daha yüksek oranda 2. Sınıf öğrencileri arasında aileye akut hastalıkta ilaç başlama oranı %24,4. Sınıf öğrencilerinde %25 olarak belirlenmiştir.

Hem ve ark. (12) Norveçli genç doktorlar arasında yaptıkları çalışmalarında katılanların %54'ünün son bir yıl içerisinde olmak üzere, katılımcıların %90'ının kendi kendine ilaç reçetelediğini belirlemişlerdir. Kendi kendine ilaç reçeteleme açısından kadın ve erkek cinsiyet arasında farklılığın belirlenmediği çalışmada, reçetelenen ilaçlar arasında en sık kullanılanlar; antibiyotikler (%71-81), kontraseptifler (%24-25), analjezikler (%18-21) ve hipnotikler (%9-12) olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmacılar, Norveçli genç doktorlar arasında kendi kendine ilaç reçeteleme düzeyinin relatif olarak yüksek olduğunu, bu davranışın özellikle meslek yaşamının erken dönemlerinde yoğun olduğunu vurgulamışlardır. Çalışmacılar bazı durumlarda

kendi-kendine tanı ve tedavinin kabul edilebilir bir durum olarak değerlendirilmesine karşın, hastalıklarda profesyonel yardım alınmasını engelleyen ya da geciktiren bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Bu konuda daha gerçekçi davranışların gelişmesi ve profesyonel yardıma açık olma ile ilgili eğitimlerin Tıp eğitiminde başlaması gerektiği fikrini savunmuşlardır (12).

Toyry ve ark (19) 3313 Finli doktoru dahil ettikleri geniş kapsamlı bir çalışmalarında kendi kendine tedavi uyguladıkları hastalıkları ve oranlarını erkek ve bayan doktorlarda sırasıyla, hipertansiyon (%63, %59), diyabet (%48, %58), mental bozukluklar (%68, %65), astım (%70, %66), kronik bronşit (%83, %88), kronik piyelonefrit (%67, %88), kronik egzema (%85, %85), sindirim sistemi hastalıkları (%80, %72), sırt yakınmaları (%84, %74) ve artroz (%81, %77) olarak bildirmişlerdir.

Toyry ve ark (19) 1986 yılında 2671 ve 1997 yılında 3313 Finli doktoru araştırdığı çalışmada, doktorların bu süre içerisinde devamlı ilaç kullanma oranlarının %27.8'den %44.3'e yükseldiğini belirlemiştir. Genel pratisyenler için ise bu oranın %31.2'den, %49.3'e çıktığını belirlemişlerdir. Çalışmacılar kendi-kendine ilaç kullanılan durumların sırasıyla %74 ile gastrointestinal sistem hastalıkları, %63 ile astım ve %62 ile mental problemler olduğunu vurgulamışlardır.

Schneider ve ark. (20) da İsviçreli 1784 birinci basamak doktor üzerinde yaptıkları çalışmalarında katılımcıların %65'inin son bir hafta içinde farmasötik ilaç kullandıklarını ve bu ilaçların %34'ünün analjezikler, %14'ünün sakinleştiriciler, %6'sının antidepresan ve %13'ünün antihipertansif ilaç olduğunu bulmuşlardır. Çalışmacılar çalışmaya katılan doktorların son bir hafta içerisinde kullandıkları ilaçlar arasında kendi kendine tedavi oranının olguların %90'ını kapsadığını bildirmişlerdir. Çalışmacılar kendi kendine tedavide en sık kullanılan ilaçları analjezikler (%96) ve trankilizanlar (%96) olarak; az sıklıkta kullanılan ilaçları ise antidepresanlar (%70) ve antihipertansif ilaçlar (%65) olarak bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da analjezikler ve antibiyotikler bu amaçla en sık kullanılan ilaçları oluşturmaktayken, en az kullanılan ilaçlar antiaritmikler, antihipertansifler ve astım ilaçlarıdır.

Balon ve ark. (7) 567 psikiyatristi dahil ettikleri çalışmalarında, çalışmaya katılanları %43'ünün kendi-kendine tedavi uyguladıklarını belirlemişlerdir. Çalışmacılar psikiyatristlerin kendi orta düzeydeki depresyonları için de kendi kendine tedavi uyguladıklarını belirlemişlerdir. Çalışmacılar, %7 psikiyatristin ciddi depresyonları ya da özkıyım idealleri mevcutken kendi-kendine tedavi uyguladıklarını belirlediklerini bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan psikiyatristlerin %15.7'si, kendi depresyonlarını kendilerinin tedavi ettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda kendi kendine depresyon tanısı koyma oranı Tıp öğrencileri için 5 (%3.3), Tıp Doktorları için 6 (%5.7) olarak bulunmuş ve kendi kendine antidepresan başlama oranı ise Tıp öğrencileri için 3 (%2.0), Tıp Doktorları için 6 (%5.7) olarak belirlenmiştir.

Pullen ve ark. (21) 2564 doktoru dahil ettikleri ve %44'ünden yanıt alabildikleri çalışmalarında, çalışmaya katılan doktorların çok büyük kısmının kendi-kendine ilaç yazdıklarını belirlemişlerdir. Çalışmacılar kendi kendilerine ilaç yazan doktorların %75'i antibiyotikler, %45'i narkotik olmayan ağrı kesiciler olarak reçetelediklerini bulmuşlardır. Çalışmaya katılan doktorların %25'i alkol kötüye kullanımı, ilaç kötüye kullanımı ya da aşırı yorgunluk gibi durumlar için kendi kendilerine tedavi uyguladıklarını ve %45'i de uyku bozukluğu ya da cinsel sıkıntı gibi durumlar için kendi kendilerine tedavi uyguladıklarını bildirmişlerdir.

Rosvold ve ark. (22) 1024 Norveçli doktor arasında yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan doktorların %72,6'sının minör trankilizan ilaçları kendi-kendine reçete ettiğini belirlemişlerdir (22). Çalışmamızda ise katılımcıların psikotropik, hipnotik ve opioid ilaçların kendi kendine kullanılması konusunda çekinceleri olduğu dikkat çekmektedir.

Baldwin ve ark. (13) İngiltere'de 142 doktor üzerinde yaptıkları çalışmada, doktorların %66'sının hastalandıkları zaman kendi kendilerine ilaç reçetelediklerini bildirmişlerdir. Ualachain ve ark. (23), İrlanda'da yaptıkları çalışmalarında, çalışmaya katılan doktorların %92'sinin en az bir defa kendi-kendine ilaç yazdığını belirlediklerini bildirmişlerdir. Wachtel ve ark (24), 306 Amerikan

doktorlarda yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların %61'i, en az bir defa kendi-kendine ilaç yazdığını belirtmiştir.

Rosvold ve ark. (25), 1476 Norveçli doktora uyguladıkları ve %70 oranında yanıt aldıkları çalışmalarında, son bir yıl içinde doktorların %80'inin hasta oldukları halde çalışmaya devam ettiklerini, yarıdan fazla doktor da çalışırken aktif infeksiyon hastalığı mevcutken çalışmaya devam ettiğini ifade ettiğini bildirmişlerdir. Çalışmada hasta iken çalışma ile bağımsız olarak ilişkili etmenler 30-39 yaş grubu, hastane dışında klinisyen olarak çalışma, son 3 yıl içinde medikal tedavi uygulanması ve düşük iş memnuniyeti olarak belirlenmiştir (25). Çalışmamızda da doktor katılımcılarımızın "Doktorlar hasta olduklarında da çalışmaya devam eder" önermesine katılma oranları %61 gibi yüksek bir orandadır ve geçmiş çalışmalara benzer olarak değerlendirilmiştir.

El Ezz ve ark (26) 300 Tıp Fakültesi Öğrencisinin dahil edildiği çalışmalarında katılımcılar arasında kendi kendine tedavi oranını %55 olarak bildirmişlerdir. Reçete olmadan ilaç kullanım oranları antibiyotikler için %58.8, vitaminler için %54.4, analjezikler için %87.2, sedatifler için %12 ve bitkisel ürünler için %28 olarak bildirmiştir. Çalışmacılar tıp öğrencileri arasında kendi-kendine tedavinin önemli bir konu olduğunu ve kötü sonuçları engellemek için öğrencilikten itibaren bu konu ile ilgili eğitim verilip, bu davranıştan kaçınılması gerektiğini vurgulamışlardır (26).

Markwell ve Wainer (27) Yeni Zellanda ve Avustralya'da yaptıkları çalışmalarında, çalışmaya katılan doktorların %38'inin kendi kendine reçete yazdığını ya da son bir yıl içerisinde kendi kendine ilaç başladığını bildirmişlerdir. Çalışmacılar doktorların %19'unun kendi-kendine anksiyolitik ve uyku ilacı, %10'unun ise antidepresan başladıklarını bildirmişlerdir.

Narelle ve Shadbolt (28) Avustralyalı genç doktorlarla yaptıkları çalışmalarında, çalışmaya katılan doktorların kendi kendilerine %81'inin antibiyotik, %38'inin uyku ilacı, %15'inin antihipertansif, %7'sinin antidepresan ve %7'sinin de narkotik analjezik başladıklarını bildirmişlerdir.

Doktorlar Tıp alanında oldukça eğitilmiş ve deneyimli olsa da, hasta rolüne girmeleri çeşitli nedenlerle güç olabilmektedir. Bu nedenler arasında başka bir doktora başvurduklarında tıbbi bilgi açısından yetersiz olarak değerlendirilebilecekleri korkusu, zayıf görünebilecekleri korkusu, kişisel verileri ile ilgili korkular, ileriye yönelik akademik ilerlemelerindeki korkular, aşırı çalışma baskısı ve aşırı hasta bakımı yükü, kendi-kendine tedavi ile ilgili mesleki normlar gibi nedenler yer almakta ve bu durum doktorların kaliteli sağlık bakımı almasını engelleyebilmektedir (1, 29). Yapılan çalışmalar kendi kendine tedavinin tıp eğitimi sırasında öğrenilen bir davranış olduğunu desteklemektedir. Yetersiz kendi kendine tedavi doktorun sağlığını kötü yönde etkilemektedir. Yetersiz ve/veya yanlış tedavilerle doğru tanı atlanabilmekte ve hastalıkta ilerlemeye neden olarak komplikasyon ve istenmeyen olumsuz sonuçlara da yol açabilmektedir. Ek olarak kendi kendine tedavi davranışı, özellikle ilaç kötüye kullanım riskinin yüksek olduğu anesteziyoloji ve reanimasyon, acil tıp, psikiatri gibi bölümlerde ileride oluşabilecek ilaç kötüye kullanımı için bir risk faktörü olarak da değerlendirilmektedir (1).

Sonuç

Sonuç olarak, ülkemizde de diğer ülkelere benzer şekilde kendi kendine tanı ve tedavi hem Tıp doktorları arasında hem de Tıp öğrencileri arasında oldukça yüksek oranda görülmektedir. Tıp öğrencileri arasında sıklığı, öğrenim yılı arttıkça artmaktadır. Çalışmamızda Tıp Doktorları arasında kendi kendine tanı ve tedavi oranlarının Tıp öğrencilerinden anlamlı olarak yüksek oranda olduğu belirlenmiştir ve bu kendi kendine tedavinin ülkemizde de tıp eğitimi sırasında öğrenilen bir davranış olduğunu desteklemektedir. Ülkemizde bu durumun nedeni olarak ön planda kendi kendine tedavinin daha kolay gelmesi ve yoğun performans baskısı nedeniyle doktorların kendi sağlıkları için zaman harcamaması olarak gelmektedir. Bu konuda ülkemiz hekimlerinin bilinçlendirilmesi ve Tıp öğrenciliği döneminden itibaren ülkemiz hekimlerine de eğitim verilmesinin yanında, Kanada, Birleşik Krallık, Amerika, Avustralya ve İrlanda gibi pek çok ülkede örnekleri olan, Tıp Doktorlarının sağlık bakımını iyileştirebilme amacını taşıyan çeşitli kurumlar da hekim meslek örgütlerinin önderliğinde kurulmalıdır.

İletişim: Dr. Volkan Hancı

E-posta: vhanci@gmail.com

Kaynaklar

1. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med (Lond)* 2011;61:490-7.
2. Chambers RM. What should doctors do if they become sick? *Fam Pract* 1993; 10: 416-23.
3. Evans RW, Lipton RB, Ritz KA. A survey of neurologists on self-treatment and treatment of their families. *Headache* 2007;47:58-64.
4. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust* 2003;15;179:302-5.
5. Kay M, Del Mar CB, Mitchell G. Does legislation reduce harm to doctors who prescribe for themselves? *Aust Fam Physician* 2005;34:94-6.
6. Brimstone R, Thistlethwaite JE, Quirk F. Behaviour of medical students in seeking mental and physical health care: exploration and comparison with psychology students. *Med Educ* 2007;41:74-83.
7. Balon R. Psychiatrist attitudes toward self-treatment of their own depression. *Psychother Psychosom* 2007;76:306-10.
8. Christie JD, Rosen IM, Bellini LM, Inglesby TV, Lindsay J, Alper A, et al. Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. *JAMA* 1998;280:1253-5.
9. Hooper C, Meakin R, Jones M. Where students go when they are ill: how medical students access health care. *Med Educ* 2005;39:588-93.
10. Roberts LW, Hardee JT, Franchini G, Stidely CA, Siegler M. Medical students as patients: a pilot study of their healthcare needs, practices and concerns. *Acad Med* 1996;71:1225-32.
11. Clarke J, O'Sullivan Y, Maguire N. A study of self-care among Irish doctors. *Ir Med J* 1998;91:175-6.
12. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Grønvold NT, Vaglum P, Ekberg Ø. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a 9-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med* 2005;3:16.
13. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors health—II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med* 1997;45:41-4.
14. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health* 2002;30: 125-32.
15. Tory S, Rasanen K, Kujala S et al. Self-reported health, illness and self-care among Finnish physicians: a national survey. *Arch Fam Med* 2000;9:1079-85.
16. Chen JY, Tse EYY, Lam TP, Li DK, Chao DV, Kwan CW. Doctors' personal health care choices: a cross-sectional survey in a mixed public/private setting. *BMC Public Health* 2008;8:183.
17. Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992;42:153-6.
18. Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *Br Med J* 1999;319:605-8.
19. Toyry S, Rasanen K, Seuri M et al. Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986-1997. *Br J Gen Practice* 2004;54:44-6.
20. Schneider M, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Kunzi B, Bovier PA. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly* 2007;137: 121-6.
21. Pullen D, Lonie CE, Lyle DM, Carn DE, Doughty MV. Medical care of doctors. *Med J Aust* 1995;162:481-4.
22. Rosvold EO, Vaglum P, Moum T. Use of minor tranquilizers among Norwegian physicians. A nationwide comparative study. *Soc Sci Med* 1998;46:581-90.
23. Uallachain GN. Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *Ir Med J* 2007;100:489-91.
24. Wachtel TJ, Wilcox VL, Moulton AW, Tammara D, SteinMD. Physicians' utilization of health care. *J Gen Intern Med* 1995;10:261-5.
25. Rosvold EO, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scand J Public Health* 2001;29:71-5.
26. El Ezz NF, Ez-Elarab HS. Knowledge, attitude and practice of medical students towards self medication at Ain Shams University, Egypt. *J Prev Med Hyg* 2011;52:196-200.
27. Markwell AL, Wainer Z. The health and wellbeing of junior doctors: insights from a national survey. *MJA* 2009;191: 441-4.
28. Narelle E, Shadbolt NE. Attitudes to healthcare and selfcare among junior medical officers: a preliminary report. *MJA* 2002;177:519-520.
29. Rosvold EO, Tyssen R. Should physicians' self-prescribing be restricted by law? *Lancet* 2005;365:1372-3.

Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

The Knowledge of the Elderly on Drug Use and the Evaluation of the Factors Affecting Their Knowledge Level

Araştırma



Research

Demet Güneş¹, Dr. Emine Kıyak²

Geliş/Received : 30.03.2016

Kabul/Accepted: 05.08.2016

Öz

Amaç: Bu çalışma yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgileri ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı özellikteki araştırma Erzincan il merkezinde bulunan 5 aile sağlığı merkezine kayıtlı olan 600 yaşlı üzerinde yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, Ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalamasının $74,5 \pm 6,7$, günlük kullandıkları ilaç sayı ortalamasının $10 \pm 3,9$ olduğu, %79,8'inin kullandığı ilacın adını bilmediği, %49,8'nin ilacı neden kullandığını bilmediği, %32,5'nin ilaç doz formunda değişiklik yaptığı, %91,3'ünün ilaçların yiyecek ve içeceklerle etkileşime girdiğini bilmediği, %82'sinin ilacı zamanında almadığı, %32,7'sinin ilacın son kullanma tarihine dikkat etmediği, %35'inin reçetesiz ilaç kullandığı, %46,3'ünün kendini iyi hissettiğinde ilacını almadığı, %19,3'ünün fazla dozda ilaç kullandığı, %19,5'nin ilacın kullanımı hakkında bilgisinin olmadığı, %34,3'ünün ilaç kullanımında sosyal desteğinin olmadığı bulunmuştur. İlacın adını bilmede eğitim, meslek ve gelirin, ilacı neden kullandığını bilmede gelirin, fazla doz ilaç almada eğitimin, doz formunda değişiklik yapmada eğitimin, ilacın yiyeceklerle etkileşimini bilmede eğitim, meslek, gelir ve sağlık güvencesinin, ilaç almayı unutmada eğitim, meslek ve gelirin son kullanma tarihine dikkat etmede eğitim, gelir, yaş ve birlikte yaşanan aile üyelerinin, ilacı başkasına önermede birlikte yaşanan aile üyelerinin istatistiksel olarak etkili olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada yaşlıların ilaç kullanımına ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu ve bilgi durumlarını genel olarak yaşlıların eğitim düzeyinin etkilediği bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: İlaç kullanımı, Yaşlı, İlaç

Abstract

Aim: This study was conducted to evaluate the factors affecting knowledge of the elderly on drug use.

Methods: This descriptive study was conducted with 600 elderly participants registered in 5 family health centers located in the city center of Erzincan Province, Turkey. Percentages, means, Chi-square test and logistic regression analysis were used to evaluate the data.

Findings: Of the elderly included in the study, the mean age was $74,5 \pm 6,7$ years, the mean number of drugs used daily by elderly was $10 \pm 3,9$, 79,8% was not aware of the names of drugs used, 49,8% did not know the reasons for their use, 32,5% made changes in pharmaceutical dosage form, 91,3% was not aware of the interaction between drugs and food and beverages, 82% was not taking drugs in a timely manner, 32,7% was not paying attention to the expiration dates, 35% was using non-prescription drugs, 46,3% was stopping to take drugs when they felt good, 19,3% was using large doses of drugs, 19,5% did not have knowledge about the use of drugs, 34,3% had no social support in taking drugs. The level of education, occupation and income levels have been found to be effective in knowing the names of drugs; the level of income had an influence on knowing the reasons of taking drugs; the level of education had an effect in taking drug overdoses; the level of education was effective in making changes in dosage; the level of education, occupation, income and health insurance were effective in knowing the interaction of drug with food; the level of education, occupation and income level were effective in remembering to take drugs; the level of education, income level, age and presence of family members living together was effective in recommending the drugs to someone else ($p < 0,05$).

Conclusion: In this study, it was determined that the knowledge of the elderly on drug use was inadequate and mostly affected by their level of education.

Key words: Drug use, elderly, medication

1 Hemşire, Erzincan Bölge Eğitim ve Araştırma Has. Erzincan
2 Doç.; Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak. Erzurum

Giriş

Yaşlılık süreci çocukluk, gençlik ve erişkinlik gibi doğal ve zorunlu bir dönemdir. Yaşlanma her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan evrensel bir süreçtir. Organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesiyle ortaya çıkan, geriye dönüşümü olmayan, yapısal ve fonksiyonel değişimlerin tümüne yaşlanma denir (1).

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık hızının azalması ile dünya nüfusu son yıllarda hızla yaşlanmaktadır. 2014 yılında dünya nüfusunun %8,3'nü yaşlı nüfusun oluşturduğu belirtilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2013 yılında %7,7, 2015'de %8,2 iken 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7 olacağı tahmin edilmektedir. Erzincan ilinde ise 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2013 yılında %10,9, 2015'de 11,8 iken 2023 de %13,0 olacağı tahmin edilmektedir (2).

Türkiye de yaşlı nüfusun giderek artmasıyla sağlık sorunları da artmaktadır (3). Ünsal ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada yaşlıların %59,2'sinin bir, %35'inin iki, %5,8'inin ise üç ve daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir (4). Yaşlılarda kullanılan ilaç sayısının artmasıyla ilaç etkileşimleri ve yan etkileri de artmaktadır (5). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımına bağlı görülen en sık yan etkiler huzursuzluk, düşmeler, depresyon, konfüzyon, hafıza kaybı, inkontinans, kabızlık ve bazı dolaşım sistemi bozukluklarıdır (1.) Yaşlılarda unutkanlık, bilişsel fonksiyonlarda gerileme, görme bozukluğu ve diğer bedensel yetersizliklerin artması hatalı ilaç kullanımına neden olmaktadır (6). Avrupada yapılan bir çalışmada 80 ve üzeri yaş grubunda %27,7 oranında hatalı ilaç kullanımı olduğu belirtilmiştir(5). Ülkemizdeki yaşlıların Avrupadaki yaşlılara benzer şekilde hatalı ilaç kullandıklarını belirtilmektedir (7). Yapılan araştırmalarda yaşlılarda en sık görülen ilaç kullanım hataları arasında; reçetesiz ilaç kullanımı, ilaç dozunun unutulması, sağlık personelinin dışında başkalarının önerdiği ilacı kullanma, doktora haber vermeden ilaçların bırakılması, unutulmuş dozun yerine yeniden ilaç içilmesi, ilaçların karıştırılması, tarihi geçmiş ilaç kullanılması, ilaçların yanlış amaçlarla alınması, bilinçli ve

bilinçsiz olarak fazla dozda ilaç almak gelmektedir (8,9). Hemşirelerin hatalı ilaç kullanımını önlemede önemli sorumlulukları vardır. İlaçlar doğru ve dikkatli kullanılmazsa yaşlıya zarar verir. Bu yüzden yaşlılara bakım verirken; yaşlıyı psikolojik, fizyolojik ve sosyoekonomik yönleri ile bir bütün olarak ele alınmalı ve ilaç kullanım hataları en aza indirilmelidir (10,11).

Bu çalışma yaşlıların ilaç kullanımını konusundaki bilgileri ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgileri ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Erzincan il merkezinde bulunan 5 aile sağlığı merkezine kayıtlı olan ve evde yaşayan yaşlılar üzerinde yapıldı. Veriler Ocak-Nisan 2014 tarihleri arasında toplandı.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Erzincan il merkezinde bulunan 5 aile sağlığı merkezine kayıtlı olan ve ilaç kullanan yaşlılar oluşturmaktadır. Araştırma ilaç kullanan 600 yaşlı üzerinde yapıldı. Yapılan güç analizinde 600 birey için %95 güven aralığında, 0,05 anlamlılık düzeyinde çalışmanın istatistiksel gücü 0,99, etki büyüklüğü 0,702 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu örneklem sayısının yeterli olduğuna işaret etmektedir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya en az 3 aydır ilaç kullanan, araştırmaya katılmaya kabul eden, okuma yazma bilen ve iletişim sorunu olmayan yaşlılar (Alzheimer, demans, konuşma ve işitme problemi, vs.) alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı. İlaç kullanan yaşlılarda ilaç kullanım bilgilerini değerlendirmek amacıyla literatür bilgileri (6,9,11) doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Anket formu yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini ve ilaç kullanım özelliklerini içeren toplam 33 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmanın Uygulanması

Aile sağlığı merkezlerine bağlı olan yaşlıların bulunduğu mahallerdeki evlere gidildi. Mahallelerde yaşlıların bulunduğu ev adresleri belirlendi. Evlere gidilerek yaşlının ilaç kullanıp kullanmadığı soruldu. İlaç kullanan yaşlının araştırmaya katılma ölçütlerine uygun olup olmadığı değerlendirildi. Uygun ölçütlere sahip olan yaşlılarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu uygulandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, Dört gözlü ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare

testleri, Çok gözlü ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma uygulanmadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden etik kurul izni, Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni ve araştırmaya katılan yaşlılardan sözlü onam alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Erzincan il merkezinde bulunan 5 aile sağlığı merkezine bağlı ilaç kullanan 600 yaşlı ile sınırlıdır.

Bulgular

Yaşlıların yaş ortalaması $74,5 \pm 6,7$ olup, yaşlıların %57,8'i okur-yazar, %48'i emekli, %67,8'i evlidir ve %98,3'ü sağlık güvencesine sahiptir. Yaşlıların %83,3'ü orta düzeyde gelire sahiptir ve %43'ü eşiyile birlikte yaşamaktadır (Tablo1).

Yaşlıların günlük kullandıkları ilaç sayı ortalamasının $10 \pm 3,9$ olduğu, yaşlıların %79,8'nin kullandığı ilacın adını bilmediği, %49,8'nin neden kullandığını bilmediği, %13,3'nün ilacı aç-tok karnına kullanımına dikkat etmediği, %19,3'nün fazla dozda ilaç kullandığı, %32,5'nin doz formunda değişiklik yaptığı, %91,3'nün yiyecek ve içeceklerle etkileşimi bilgisinin olmadığı, %82'sinin ilacı zamanında almayı unuttuğu, %32,7'sinin son kullanma tarihine dikkat etmediği, %6,5'nin kullandığı ilacı başkasına önerdiği, %17,7'sinin başkasının önerdiği ilacı aldığı, %46,3'nün kendini iyi hissettiğinde ilacını almadığı, %14,3'ünde yan etki geliştiği, %46,5'nin yan etki geliştiğinde doktora gittiği belirlenmiştir. Yaşlıların %35'i reçetesiz ilaç kullanmaktadır. Reçetesiz en fazla kullanılan ilaç grubu %34,2 oranı ile ağrı kesicilerdir. Yaşlıların %1,5'inin kullandıkları ilaçlar konusunda bilgilendirilmediği ve %34,3'sinin ilaç kullanmada sosyal desteğinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Kullandığı ilacın adını bilme oranı istatistiksel olarak okuryazarlarda daha düşük, memurda ve gelir düzeyi "iyi" olanlarda daha yüksektir (Tablo 3). Yapılan lojistik regresyon analizinde, eğitim düzeyi ilkökul mezunu olanların, okuryazar olanlara göre 3,044 kat (GA:1,271-7,289) ilaç adını daha fazla bildikleri, mesleği "diğer"

Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş	65-74	322	53,7
	75-84	228	38
	85+	50	8,3
Cinsiyet	Kadın	216	36
	Erkek	384	64
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	347	57,8
	İlkokul	222	37
	Ortaokul ve lise	31	5,2
Meslek	İşsiz	15	2,5
	Ev kadını	213	35,5
	Emekli	288	48
	Memur	5	0,8
	İşçi	14	2,3
Diğer	65	10,8	
	65	10,8	
Medeni Durum	Evli	407	67,8
	Bekâr	193	32,2
Sağlık Güvencesi	Var	590	98,3
	Yok	10	1,7
Gelir Düzeyi	İyi	39	6,5
	Orta	500	83,3
	Kötü	61	10,2
Birlikte Yaşanan	Yalnız	65	10,8
Aile Üyeleri	Eşiyile	258	43
	Eş ve çocuklarla	153	25,5
	Çocuklarla	124	20,7
Yaş ortalaması	74,5±6,7 (ortalama±standart sapma)		

Tablo 2. Yaşlıların ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumları (n=600)

Günlük Kullanılan İlaç Sayısı İlaçların Adını Bilme Durumu	10±3,92 (Ortalama±Standart sapma)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	121	20,2
Hayır	479	79,8
İlacı Neden Kullandığını Bilme		
Evet	301	50,2
Hayır	299	49,8
İlaçların Aç-tok Kullanımına Dikkat Etme		
Evet	520	86,7
Hayır	80	13,3
Reçete Edilenden Fazla Dozda İlaç Alma		
Evet	116	19,3
Hayır	484	80,7
Doz Formunda Değişiklik Yapma		
Evet	195	32,5
Hayır	405	67,5
Yiyecek ve İçeceklerle Etkileşimi Bilgisi		
Evet	52	8,7
Hayır	548	91,3
İlacı Zamanında Almayı Unutma		
Evet	492	82,0
Hayır	108	18,0
Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme		
Evet	404	67,3
Hayır	196	32,7
İlaçlarını Başkasına Önerme		
Evet	39	6,5
Hayır	561	93,5
Başkasının Önerdiği İlacı Alma		
Evet	106	17,7
Hayır	494	82,3
Kendini İyi Hissettiğinde İlaç Almama		
Evet	278	46,3
Hayır	322	53,7
Yan Etki Gelişme Durumu		
Evet	86	14,3
Hayır	514	85,7
Yan Etki Geliştiğinde Yapılanlar		
Doktora gittim	40	46,5
İlacı bıraktım	30	34,9
Hiçbir şey yapmadım	16	18,6
Reçetesiz İlaç Alma		
Evet	210	35
Hayır	390	65
Reçetesiz Alınan İlaçlar*		
Ağrı kesici	205	34,2
Antibiyotik	12	2
Vitamin	5	0,8
Diğer	24	4
İlaçları Kullanma Hakkında Bilgilendirilme		
Evet	483	80,5
Hayır	117	19,5
İlaç Kullanımına Sosyal Desteğin Olması		
Evet	394	65,7
Hayır	206	34,3

*Birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 3. Yaşlıların bazı demografik özellikleri ile ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumlarının karşılaştırılması

		Evet		Hayır		Toplam	Önemlilik
		n (sayı)	%	n (sayı)	%		
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	54	15,6	293	84,4	347	$X^2=14,119$ $p=0,001$
	İlkokul	55	24,8	167	75,2	222	
	Ortaokul ve lise	12	38,7	19	61,3	31	
	Toplam	121	20,2	479	79,8	600	
Meslek	İşsiz	5	33,3	10	66,7	15	$X^2=17,167$ $p=0,004$
	Ev kadını	44	20,7	169	79,3	213	
	Emekli	54	18,8	234	8,3	288	
	Memur	3	60	2	40	5	
	İşçi	7	50	7	50	14	
	Diğer	8	12,3	57	87,7	65	
	Toplam	121	20,2	479	79,8	600	
Gelir Düzeyi	İyi	19	48,7	20	51,3	39	$X^2=21,256$ $p=0,00$
	Orta	92	18,4	408	81,6	500	
	Kötü	10	16,4	51	83,6	61	
	Toplam	121	20,2	479	79,8	600	
İlacı Neden Kullandığını Bilme	İyi	29	74,4	10	25,6	39	$X^2=10,197$ $p=0,006$
	Orta	240	48	260	52	500	
	Kötü	32	52,5	29	47,5	61	
	Toplam	301	50,2	299	49,8	600	
Fazla Dozda İlaç Alma	Okuryazar	87	25,1	260	74,9	347	$X^2=1,914$ $p=0,000$
	İlkokul	28	12,6	194	87,4	222	
	Ortaokul ve lise	1	3,2	30	96,8	31	
	Toplam	116	19,3	484	80,7	600	
Doz Formunda Değişiklik Yapma	Okuryazar	129	37,2	218	62,8	347	$X^2=8,931$ $p=0,011$
	İlkokul	60	27	162	73	222	
	Ortaokul ve lise	6	19,4	25	80,6	31	
	Toplam	195	32,5	405	67,5	600	
İlacını Başkasına Önerme	Yalnız	8	12,3	57	87,7	65	$X^2=8,579$ $p=0,035$
	Eşimle	9	3,5	249	96,5	258	
	Eş ve çocukla	13	8,5	140	91,5	153	
	Çocuklarla	9	7,3	115	92,7	124	
	Toplam	39	6,5	561	93,5	600	
İlacı zamanında almayı Unutma	Okuryazar	303	87,3	44	12,7	347	$X^2=18,263$ $p=0,00$
	İlkokul	169	76,1	53	23,9	222	
	Ortaokul ve lise	20	64,5	11	35,5	31	
	Toplam	492	82	108	18	600	
Meslek	İşsiz	13	86,7	2	13,3	15	$X^2=13,713$ $p=0,018$
	Ev kadını	175	82,2	38	17,8	213	
	Emekli	243	84,4	45	15,6	288	
	Memur	2	40	3	60	5	
	İşçi	8	57,1	6	42,9	14	
	Diğer	51	78,5	14	21,5	65	
	Toplam	492	82	108	18	600	
Gelir Düzeyi	İyi	26	66,7	13	33,3	39	$X^2=6,865$ $p=0,032$
	Orta	414	82,8	86	17,2	500	
	Kötü	52	85,2	9	14,8	61	
	Toplam	492	82	108	18	600	

*Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 3. Yaşlıların bazı demografik özellikleri ile ilaç kullanımına ilişkin bilgi durumlarının karşılaştırılması (devamı)

		Evet		Hayır		Toplam	Önemlilik
		n (sayı)	%	n (sayı)	%		
Yiyecek ve İçeceklerle Etkileşim Bilgisi	Eğitim Düzeyi						
	Okuryazar	17	4,9	330	95,1	347	$X^2=16,177$ $p=0,00$
	İlkokul	29	13,1	193	86,9	222	
	Ortaokul ve lise	6	19,4	25	80,6	31	
Toplam	52	8,7	548	91,3	600		
Meslek	İşsiz	1	6,7	14	93,3	15	$X^2=70,439$ $p=0,00$
	Ev kadını	19	8,9	194	91,1	213	
	Emekli	15	5,2	273	94,8	288	
	Memur	5	100	0	.0	5	
	İşçi	5	35,7	9	64,3	14	
	Diğer	7	10,8	58	89,2	65	
	Toplam	52	8,7	548	91,3	600	
Sağlık Güvencesi	Var	49	8,3	541	91,7	590	$p=0,048^*$
	Yok	3	30	7	70	10	
	Toplam	52	8,7	548	91,3	600	
Gelir Düzeyi	İyi	12	30,8	27	69,2	39	$X^2=30,769$ $p=0,000$
	Orta	31	6,2	469	93,8	500	
	Kötü	9	14,8	52	85,2	61	
	Toplam	52	8,7	548	91,3	600	
Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme Yaş	65-74	227	70,5	95	29,5	322	$X^2=6,936$ $p=0,031$
	75-84	151	66,2	77	33,8	228	
	85+	26	52	24	48	50	
	Toplam	404	67,3	196	32,7	600	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	218	62,8	129	37,2	347	$X^2=3,329$ $p=0,009$
	İlkokul	160	72,1	62	27,9	222	
	Ortaokul ve lise	26	83,9	5	16,1	31	
	Toplam	404	67,3	196	32,7	600	
Gelir Düzeyi	İyi	26	66,7	13	33,3	39	$X^2=16,637$ $p=0,00$
	Orta	351	70,2	149	29,8	500	
	Kötü	27	44,3	34	55,7	61	
	Toplam	404	67,3	196	32,7	600	
Birlikte Yaşanan Aile Üyeleri	Yalnız	30	46,2	35	53,8	65	$X^2=22,628$ $p=0,000$
	Eşle	187	72,5	71	27,5	258	
	Eş ve çocuklarla	113	73,9	40	26,1	153	
	Çocuklarla	74	59,7	50	40,3	124	
	Toplam	404	67,3	196	32,7	600	

*Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

olanların işsiz olanlara göre 0,184 kat (GA:0,049-0,692) daha az bildikleri belirlenmiştir.

İlacı neden kullandığını bilme oranı gelir düzeyi "iyi" olanlarda istatistiksel olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Fazla dozda ilaç alma oranı ortaokul ve lise düzeyinde eğitim almışlarda istatistiksel olarak daha azdır ($p<0,05$). İlacın doz formunda değişiklik yapma oranı okur-yazar olanlarda istatistiksel olarak daha fazladır ($p<0,05$). Yalnız yaşayanlar ilacını istatistiksel olarak daha fazla başkalarına önermektedirler ($p<0,05$), (Tablo 3).

İlaçların yiyecek ve içeceklerle etkileşimi konusunda bilgi sahibi olma oranı istatistiksel olarak okur-yazar olanlarda, gelir düzeyi "orta" olanlarda daha azdır, işçi ve memurda, sağlık güvencesi olmayanlarda daha fazladır ($p<0,05$). Yapılan lojistik regresyon analizinde, gelir düzeyinin yiyecek etkileşimlerini bilmede etkili olduğu görülmektedir. Gelir düzeyi iyi olanlar 5,295 kat (GA:2,196-12,770) yiyecek etkileşimini daha fazla bilmektedirler (Tablo 3).

İlacı zamanında almayı unutma oranı okuryazar olanlarda, işsiz olanlarda, gelir düzeyi "kötü" olanlarda istatistiksel olarak daha yüksektir ($p < 0,05$). (Tablo 3). Yapılan lojistik regresyon analizinde, yalnızca gelir düzeyinin ilaç almayı unutmada etkili olduğu görülmektedir. Gelir düzeyi iyi olanlar 0,254 kat (GA:0,104-0,621) yiyecek etkileşimini daha fazla bilmektedirler.

Yaş değişkeni için ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme durumu istatistiksel olarak değişmektedir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde 65-74 yaş grubu bireylerin son kullanma tarihine anlamlı olarak diğer yaş gruplarından fazla dikkat ettiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). (Tablo 3). İlaçların son kullanma tarihine dikkat etme oranları istatistiksel olarak en yüksek ortaokul ve lise mezunlarında, daha sonra ilköğretim mezunlarıdır. Gelir düzeyi "orta" olanlarda daha yüksek, yalnız ya da çocuklarıyla yaşayanlarda daha düşüktür ($p < 0,05$). Yapılan lojistik regresyon analizinde, eğitim düzeyi ve birlikte yaşanan aile üyelerinin son kullanma tarihine dikkat etmede etkili olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi ilköğretim olanlar, okur-yazar olanlara göre 2,731 kat (GA:1,004-7,433) daha fazla son kullanma tarihine dikkat etmektedirler. Eşi ve çocuklarıyla yaşayanlar yalnız yaşayanlara göre 0,572 kat (GA:0,361-0,906), çocuklarıyla yaşayanlar yalnız yaşayanlara göre 0,558 kat (GA:0,333-0,935) daha fazla ilaçların son kullanma tarihine dikkat etmektedirler (Tablo 3).

Tartışma

Çalışmaya katılan yaşlıların kullandıkları ilaç sayısı $10 \pm 3,92$ olup 1-10 adet arasında değişmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının yaygın olduğu belirlenmiştir (11-13). Arslan ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaşlıların %28,2'si bir ilaç, %24,3'ü iki ilaç, %18,5'i üç ilaç, %11,7'si dört ilaç ve %17,3'ü beş ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı belirlenmiştir (14). Yapılan başka bir araştırmaya göre yaşlıların %35'inin 5-6 ilaç kullandıkları ve kullanılan ilaç sayısının ortalamasının $4,5 \pm 1,8$ olduğu belirlenmiştir (15). Yaşlılarda kronik hastalıkların sıklığının artmasıyla çoklu ilaç kullanımının da arttığı belirtilmektedir (16,17).

Araştırmada yaşlıların %79,8'i kullandığı ilacın adını bilmemektedir. Kullandığı ilacın adını bilme oranı istatistiksel olarak okuryazar olanlarda daha düşük, memurda ve gelir düzeyi iyi olanlarda daha yüksektir. Yaşlıların eğitim seviyesiyle orantılı olarak ilacın adını bilme oranları arttığı belirlenmiştir. Özbek ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaşlıların %89'unun kullandıkları ilacın adını bilmediği belirtilmiştir (18).

Araştırmada yaşlıları %86,7'si ilaçlarını kullanırken açlık tokluk durumlarına dikkat ettiği, %19,3'ünün ilacı fazla dozda aldığı tespit edilmiştir. Solmaz'ın yaptığı çalışmada yaşlıların %58,6'sı ilaçlarını yanlış dozda kullandıklarını belirtmiştir (11).

Çalışmada yaşlıların %32,5'inin ilaçların doz formunda değişiklik yaptığı belirlendi. Çalışmaya katılan yaşlıların %91,3'ünün ilaçların yiyecek ve içeceklerle etkileşimi konusunda bilgi sahibi olmadığını tespit edildi. Balcı ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaşlıların %44,6'sının ilaç besin etkileşimi hakkında bilgi sahibi olmadığı belirtilmiştir (19). İlaçların yiyeceklerle etkileşimi konusunda bilgi sahibi olma oranı istatistiksel olarak okur-yazar olanlarda, gelir düzeyi orta olanlarda daha az, işçi ve memurlarda, sağlık güvencesi olmayanlarda daha fazla olduğu belirlendi. Göksel yaşlı bireylerde ilaç metabolizma düzeyindeki değişiklikler nedeniyle ilaç-besin etkileşimi diğer yaş oranlarına göre daha fazla önem taşıdığını belirtmektedir. Yaşlılarda sık kullanılan antihipertansiflerden bazı kalsiyum kanal blokerleri greyluft suyu ve kafeinle, bazı antibiyotikler ve demir preparatları kalsiyum içeren yiyecek ve içeceklerle etkileşmektedir (20).

Çalışmaya katılan yaşlıların %82'sinin ilacı zamanında almayı unuttukları tespit edildi. Solmaz'ın (11) yaptığı çalışmada yaşlıların %70,7'sinin ilaç almayı unuttuğu, Arpacı ve ark.'nın (21) yaptığı çalışmada yaşlıların ilaç alma saatlerini unuttuğu için düzensiz kullandığı belirtilmiştir. Akkuş ve ark.'nın (22) yaptığı çalışmada yaşlıların ilaçlarını zamanında almadığı belirtilmiştir. Arslan ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaşlıların %65'inin ilacı zamanında almayı unuttuğu belirtilmiştir (15). Çalışmamızda ilacı zamanında almayı unutma oranı okuryazar

olanlarda, işsiz olanlarda ve gelir düzeyi kötü olanlarda istatistiksel olarak daha yüksektir. Yapılan lojistik regresyon analizinde gelir düzeyinin ilaç almayı unutmada etkili olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan yaşlıların %32,7'sinin ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etmediği tespit edildi. Yapılan ileri analizde 65-74 yaş grubu bireylerin son kullanma tarihine anlamlı olarak diğer yaş gruplarından fazla dikkat ettiği belirlendi. Göçgeldi'nin (23) yaptığı çalışmada yaşlıların %50,9'unun ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etmediği belirtilmiştir. Demirbağ ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise yaşlıların %70,9'unun son kullanma tarihlerine dikkat etmediği belirtilmiştir (12). İlaçların son kullanma tarihine dikkat etme oranları istatistiksel olarak en yüksek ortaokul ve lise mezunlarında, daha sonra ilkokul mezunlarındadır. Gelir düzeyi orta olanlarda daha yüksek, yalnız ya da çocuklarıyla yaşayanlarda daha düşüktür. Yapılan lojistik regresyon analizinde, eğitim düzeyi ve birlikte yaşanan aile üyelerinin son kullanma tarihine dikkat etmede etkili olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %17,7'sinin başkasının önerdiği ilacı aldığı, %6,5'inin kullandığı ilacı başkasına önerdiği tespit edildi. Yalnız yaşayanlar ilacını istatistiksel olarak daha fazla başkalarına önermektedirler. Benzer şekilde Alparslan ve ark.'nın çalışmasında yaşlıların %10,8'inin çevreden duyduğu ilacı hekime danışmadan kullandığı ve %9,2'sinin çevredeki bireylere ilaç önerdiği saptanmıştır (19). Yaşlıların %46,3'ünün kendini iyi hissettiğinde ilacı almayı bıraktığı tespit edildi. Bu durum yaşlıların düzenli ilaç kullanmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %14,3'ün de ilaçlara bağlı yan etki oluşmuştur. Yan etki oluştuğunda %46,5'i doktora gittiğini, %34,9'unun ilacı kendilerinin bıraktıkları ve %18,6'sının hiçbir şey yapmadıkları tespit edildi. Arslan ve ark.'nın çalışmasında yaşlıların %73,3'ünün kullandıkları ilaçlar ile yan etki gelişmediğini, yan etki geliştiğinde ise %43,7'sinin hekime danıştığını belirtilmiştir (15).

Araştırmaya katılan yaşlıların %35'i reçetesiz ilaç kullanmaktadır. Reçetesiz en fazla kullanılan ilaç

grubu %34,2 ile ağrı kesicilerdir. Yaşlılarda farklı doktorlar tarafından reçete edilen değişik ilaçlar bulunması ve reçetesiz alınabilen ilaçların kontrolsüz kullanımı ile birlikte kullanılan ilaç sayısı artmakta ve ilaçlar arasında etkileşimde oluşabilmektedir.

Çalışmaya katılan yaşlıların %19,5'inin kullandıkları ilaçlar konusunda bilgilendirilmedikleri tespit edildi. İlaç kullanım bilgileri %47,2'sine doktorlar, %6,7'sine hemşireler, %29'una eczacı tarafından verilmiştir. Ertemür ve Erdil'in yaptıkları çalışmada hastaların ilaçlarla ilgili bilgiyi %72,5 oranında hekimden, %18,3 oranında eczacıdan, %5,3 oranında hemşireden aldığı saptanmıştır (24).

Yaşlıların %34,3'ünün ilaç kullanmada sosyal desteğinin olmadığı tespit edildi. Dedeli ve Karadokovan'ın yaptıkları çalışmada yaşlıların %20,4'ünün ilaç kullanırken yardıma gereksinim duydukları belirtilmiştir (16). Topbaş ve ark.'nın yaptığı çalışmada yaşlıların %85,2'sinin ilaçlarını kendisinin kullanabildiği, ilaç alırken %14,5'inin aile ya da akrabadan birilerinin yardım ettiği bulunmuştur (25).

Sonuç ve Öneriler

Günlük kullanılan ilaç sayısı $10 \pm 3,9$ olup, yaşlıların büyük çoğunluğunun ilacı zamanında almayı unuttuğu, kullandığı ilacın adını, neden kullanıldığını ve ilaçların yiyecek/ içeceklerle etkileşime girdiğini bilmediği tespit edildi. Yaşlıların önemli bir kısmının ilacın son kullanma tarihine dikkat etmediği, reçetesiz ilaç kullandığı, doz formunda değişiklik yaptığı, kendini iyi hissettiğinde ilacını almadığı, fazla dozda ilaç kullandığı ve ilaç kullanımını konusunda eğitim alm

İlacın adını bilmede eğitim, meslek ve gelirin; ilacı neden kullandığını bilmede gelirin; fazla doz ilaç almada eğitimin; doz formunda değişiklik yapmada eğitimin; ilacın yiyeceklerle etkileşimini bilmede eğitim, meslek, gelir ve sağlık güvencesinin; ilaç almayı unutmada eğitim, meslek ve gelirin; son kullanma tarihine dikkat etmede eğitim, gelir, yaş ve birlikte yaşanan aile üyelerinin; ilacı başkasına önermede birlikte yaşanan aile üyelerinin istatistiksel olarak etkili olduğu tespit edildi.

Bu sonuçlar doğrultusunda; aile sağlığı merkezinde çalışan hemşire ve doktorların ilaç kullanan yaşlılara özellikle ilacın adı, ilacı neden kullanıldığı, kullanım dozu, yiyecek ve içeceklerle etkileşimi, ilacı zamanında alma, son kullanma tarihine dikkat etme ve reçetesiz ilaç kullanmama konularında eğitim vermeleri ve bu eğitimlerde yaşlıların eğitim düzeyi, mesleği, gelir düzeyi, sağlık güvencesi ve birlikte yaşayan aile üyelerinin dikkate alınması önerilmektedir.

Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm yaşlılarımıza ve istatistik alanında önemli katkıları olan Doç. Dr. Cantürk Capık'a teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Emine Kıyak

E-posta: frtemine@hotmail.com

Kaynaklar

1. Akçay Ş, Aslan D, Aydos T, Erden Aki Ö, Gökçe Kutsal Y, Gülekon A, Hızal K, Kunt M, Kutsal A, Oğuz D, Ordu Gökkyaya N, Sungur C. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri, 1.Baskı. Ankara: Algı Tanıtım; 2012: 7-74.
2. TÜİK 2015 Nüfus verileri. Erişim Tarihi: 15 Mart 2016. <http://www.kpssguncelbilgi.com/tuik-2015-nufus-verilerini-acikladi/>
3. Aslan D, Ertem M. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. 1. Baskı. Palme Yayıncılık; 2012: 1-9.
4. Ünsal A, Demir G, Çoban Özkan A, Gürol Arslan G. Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011;12 (3): 5-10.
5. Heininger D, Daxecker M. Problematic drugs in elderly patients presenting to european emergency room. Heininger D, Daxecker M. Problematic drugs in elderly patients presenting to european emergency room. European Journal of Internal Medicine 2003;14: 372-376.
6. Gülhan R. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. Okmeydanı Tıp Dergisi 2013;29 (2): 99-105.
7. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Gökçe Kutsal Y, Yücel M. Huzur evinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics 2000;3(1): 6-10.
8. Ağırbaş K, Şenses M. Kocaeli huzurevinde kalan yaşlıların ilaç kullanma durumlarına genel bakış. Hemşirelik Forumu 2003; 6: 11.
9. Elliott RA. Problems with medication use in the elderly: an australian perspective. Journal of Pharmacy Practice 2006;36:58-66
10. Aksu T, Karadakovan A. Yaşlıda ilaç kullanımı ve hemşirelik yönetimi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5:57-71.
11. Solmaz T, Akın B. Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. Turkish Journal of Geriatrics 2009;12 (2):72-81
12. Demirbağ CB, Timur M. Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012;11:1-8.
13. Özgöbek R, Şentürk M, Tombak E, Dağıştan D, Pekçetin E, Alıthan F, Kalaycı Ö, Kırmızıgül N, Özgün U. Huzurevinde kalan yaşlıların ilaç kullanımları ve düşme oranları. Akad Geriatri 2010;2: 23-26.
14. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. Turkish Journal of Geriatrics 2000;3(2): 56-60.
15. Arslan Gürol G, Eşer İ. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21:147-157.
16. Dedeli Ö. Karadakovan A. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tanımlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. Spatula DD Peer Reviewed Journal on Complementary Medicine and Drug Discovery 2011; 1(1): 23-32.
17. Ünsal A, Demir G. The prevalence of chronic disease and drug use in the elderly in central Kırşehir. Turkish Journal of Geriatrics 2010;13: 244-251.
18. Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş. Yaşlılarda tedaviye uyum. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9: 177-181.
19. Balcı Alparslan G, Bostan N. Huzurevi sakinlerinin ilaç kullanımına ve etkileşimine ilişkin bilgi ve uygulamaları. Akad Geriatri 2010;2: 99-105.
20. Göksel Ülker S. Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı, birinci basamağa öneriler. Akademik Geriatri 2010;110-121.
21. Arpacı F, Açıknel CH, Şimşek I. Ankara'da yaşayan bir grup yaşlının ilaç kullanım tutumları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008;7: 515-522.
22. Akkuş Y, Karatay G. Kars'ta 60 yaş üstü bireylerin ilaç kullanım bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. Tübvav Bilim Dergisi 2011; 4: 214-220.
23. Göçgeldi E, Uçar M, Han Açıknel C, Türker T, Hasde M, Ataç A. Evlerde artık ilaç bulunma sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009;8: 113-118.
24. Ertemür E, Erdil F. Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2012;15: 201-207.
25. Topbaş M, Yarış F, Çan G. Yaşlılar kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahipler mi: Trabzon'da bir sağlık ocağı bölgesindeki araştırma sonuçları. Ege Tıp Dergisi 2003; 42: 85-90.



Dr. Zeynep Daşkan¹, Dr. Ümran Sevil²

Geliş/Received : 13.10.2015
Kabul/Accepted: 21.03.2017

Öz

Jinekolojik muayene, üreme sağlığı ve cinsel sağlığın korunması için düzenli olarak yapılması gereken bir değerlendirmedir. Yapılan çalışmalarda her üç kadından birisinin düzenli jinekolojik muayene olduğu, diğerlerinin ise genelde bir şikâyeti olduğunda muayeneye gittiği belirtilmektedir. Kadınların üreme sağlığına karşı olumsuz tutum ve davranış geliştirmesine, düzenli jinekolojik muayene olmasını engelleyen psikososyal etmenler vardır. Bu etmenler; kadının yetiştirilme tarzı, katı dini ve ahlaki inançlar, geleneksel kadın cinsel rolü, bekâret ve namus faktörü, cinsel eğitimsizlik ve bilgisizlik, cinsel taciz ve şiddet, mahremiyet ve utanma duygusu, anksiyete ve korku, sağlık profesyonellerinin tutum ve davranışları, hekimin cinsiyeti alt başlıkları altında sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Jinekolojik muayene, Psikososyal faktör, Engel, Üreme sağlığı, Kadın

Abstract

Gynecological examination is an assessment that should be performed regularly to protect the reproductive and sexual health. Previous studies revealed that one in three women had regular gynecological examination; the others, in general, saw the physician when they have experienced symptoms. There are psychosocial factors causing the women to develop negative attitudes and behaviours towards reproductive health and preventing them from having regular gynecological examinations. These factors were presented under the sub-headings: woman's upbringing, strict religious and moral beliefs, traditional feminine gender role, virginity and chastity factor, lack of sexual education and knowledge, history of sexual abuse and violence, feelings of intimacy and shame, anxiety and fear, attitudes and behaviours of health professionals, gender of the physician.

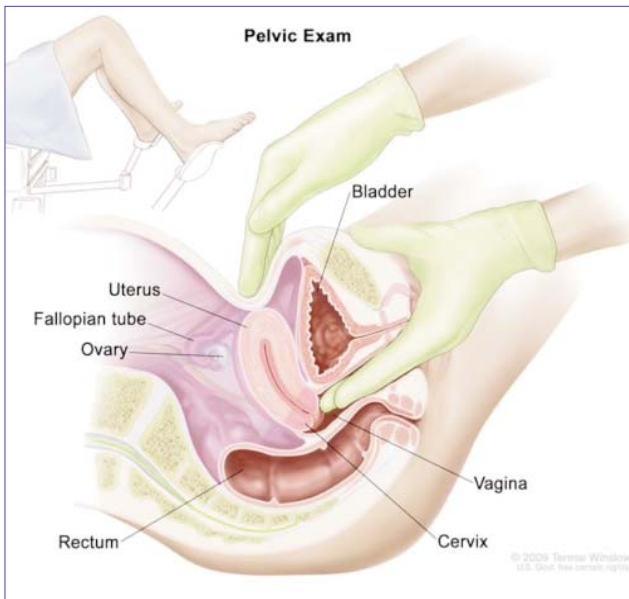
Keys words: Gynecological examination, Psychosocial factor, Barrier, Reproductive health, Woman

1 Yrd. Doç.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. İzmir

2 Prof.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. İzmir

Giriş

Üreme sağlığı toplumların gelişmişlik ölçütlerinden biridir. Sağlıklı, geleceği planlı, refah düzeyi yüksek toplumların oluşmasında üreme sağlığının önemi büyüktür (1). Jinekoloji, cinsel sağlığı ve üreme sağlığını korumaya yönelik kadınlara özel tıbbi bir bakımdır. Jinekolojik muayene ile gebelik tespiti, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (klamidya, gonore vd.) ve genital kanserlerin (serviks, over vd.) erken tanı ve tedavisi ile diğer jinekolojik sorunların saptanması sağlanır (1-4). Herhangi bir yakınması olsun ya da olmasın cinsel yönden aktif ya da bekar olan tüm kadınların düzenli olarak jinekolojik muayene olması gerekir. 2012 yılında Amerikan Kanser Cemiyeti ve Amerikan Obstetrienler ve Jinekologlar Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) rehberlerinde yeni önerilerde bulunmuştur. Servikal pap smear taramasının başlangıcı 21 yaşından sonra yapılmalıdır. Pap smear tarama aralıklarının 21-29 yaş aralığında 3 yılda bir olması, 30-65 yaş arasında ise tek başına pap smear yapılıyorsa yine 3 yılda bir, HPV (Human Papilloma Virus) testi ile birlikte yapılıyorsa (cotest: pap smear + HPV) ve sonuç negatif geldiyse 5 yılda bir yapılması önerilmiştir. Pap smear taramasının sonlanması 65 yaş olması konusunda fikir birliğine varılmıştır. (1,4,5). Ülkemiz de dahil olmak üzere gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda jinekolojik muayene ve pap smear tarama sıklığının henüz arzu edilen düzeylerde olmadığı saptanmıştır (1,5). Jinekolojik muayeneyi çoğu kadın yaşamları



<http://www.annaalexisnichols.com/iud-insertion/>

boyunca birkaç kez deneyimlemiştir. Yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık 1/3'nün (%28.3) düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittikleri, diğerlerinin ise bir yakınması olduğunda ya da gebe kaldığında jinekolojik muayeneye gittikleri belirlenmiştir (6). Diğer bir çalışmada her üç kadından birinin pap smear testi yaptırdığı saptanmıştır (1). Kadınların jinekolojik muayeneye gitme durumları ile pap smear yaptırma durumları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (5). Bu bulgular ülkemiz kadınlarının halen arzu edilen düzeylerde düzenli olarak jinekolojik muayene ve pap smear testi yaptırmadıklarını göstermektedir. Ülkemiz oranları gelişmiş ülkelere kıyaslanmayacak kadar geridedir. Ülkemizde jinekologların çoğunluğu hiçbir yakınması olmadan yalnızca kontrol olmak amacıyla kendilerine başvuran kadın oranının çok az olduğunu belirtmektedirler. Maalesef bir belirti genellikle bir hastalığın ilerlemiş bir safhaya geldiğini gösterir. Dolayısıyla hastalık ve tedavi maliyetleri artar ve yaşam kalitesi düşer. Bunun önlenmesi için düzenli jinekolojik muayene yaptırılmalıdır (1-3,7).

Yapılan çalışmalarda, jinekolojik muayene öncesi ve sırasında; mahremiyete dikkat edilmemesi, kadınların bilgi eksikliği, muayene pozisyonu ve kullanılan aletler, bilinmeyen işlemler, genital bölgenin çıplak olması nedeniyle utanma duygusu, ağrı korkusu, kişisel temizlik hakkında kuşku, patolojik tanı alma kaygısı, sağlık profesyonellerinin olumsuz tutumu, muayene eden sağlık profesyonelinin karşı cinsten olması, genç yaşta olma, muayene deneyiminin olmaması, cinselliğin olumsuz algılanması ve cinsel şiddet gibi durumlar kadınların jinekolojik muayeneden kaçmasına ve olumsuz muayene deneyimlerinin yaşanmasına hazırlayan en önemli nedenlerdir (2,8,9). Bu nedenlerden dolayı jinekolojik muayene esnasında kadınların çoğu anksiyete ve sıkıntı yaşamaktadır. Tüm bu etmenler bireyin sağlık davranışlarını engelleyici ve zayıflatıcı özellikte olabilmektedir. Bu durum hastalıkların erken tanı ve tedavisini geciktirmektedir. İstenmeyen gebelikler, kürtaj ve düşükler, kanamalar, cinsel sorunlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekolojik kanserler gibi jinekolojik sorunlarda kadının bütün yaşamı, eşi, ailesi, çocukları, iş ve sosyal çevresi ile ilişkileri derinden etkilenmektedir (8,9).

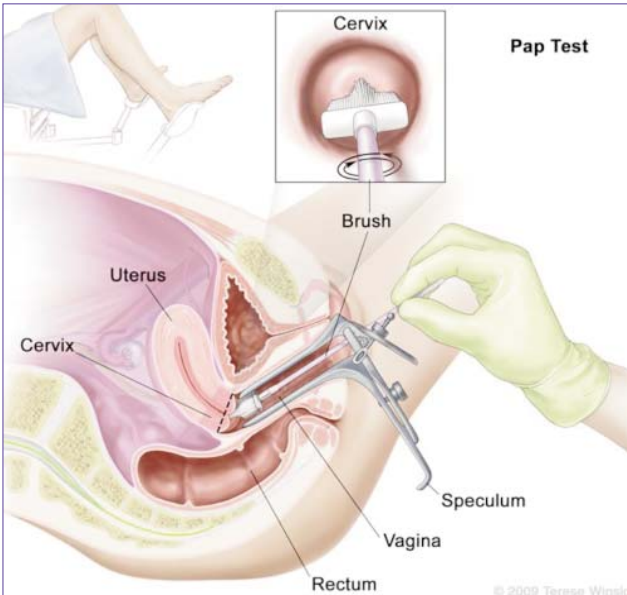
Jinekolojik Muayeneyinin Psikososyal Engelleri

1.Yetiştirilme Tarzı, Katı Dini ve Ahlaki İnançlar, Geleneksel Kadın Cinsel Rolü:

Kadınların sağlıkla ilgili davranışları, bireysel özellikler, sosyokültürel yapı, sağlık inançları ve içinde yaşadığı çevrenin koşullarından etkilenmektedir. Kişilerin yetiştiği aile, yakın çevre, alt kültür, toplumsal yapı, gelenekler, dini inanç ve ahlaki tutumlar kadınların jinekolojik muayene olma durumunu etkilemektedir (10-12).

Dünya’da ve ülkemizde insanın cinsel davranışlarında din kuralları, ön yargılar, tabular, örf ve adetler, geniş ölçüde egemen olmuştur. Türk toplumunda cinsellik, başlı başına bir tabu olup cinselliğin konuşulması ayıp, cinsel istek günah, evlilik öncesi cinsel ilişki yasak ve tabu, cinsel işlev zaman zaman erkeğin güçlülüğünün simgesi olarak görülmektedir (12,13).

Toplumlar yeni kuşakları yetiştirirken, zaman içinde oluşan kalıp düşünceleri ve yargıları da yeni kuşaklara aktarırlar. Bazı insanlar cinselliğin günah ve ayıp olduğu yönünde katı mesajlarla büyütülürler ve erişkin olduklarında da cinsel arzularını bastırırlar. Cinsel sorunları olan kadınların bir kısmında dinsel şartlanma görülür. Bu kadınların büyüdüğü ailelerde ebeveynler normalden daha çok dini kurallara uymalarını isterler. Cinsel ilişkilerde sorumluluğun gelişmesine izin vermezler ve cinsellikten uzaklığı saygınlığı sağlarlar. Bu tür evlerde cinsellik bir anksiyete kaynağıdır. Dinsel ve ahlaki değerler, cinsel ilişkide ve cinsel organların



<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?crid=45978>

değerlendirilmesinde suçluluk ve utanç duyulmasına neden olacaktır (12).

Çocuklar doğduğu günden itibaren kadın ve erkek oluşlarına göre ayrı biçimlerde yetiştirilirler. Büyüme sürecinde de içinde büyüdükleri kültüre göre bir kadının ve erkeğin neleri yapması ve neleri yapmaması gerektiğini öğrenmiş olurlar. Türkiye, erkeklerin üstün kadınların edilgen kabul edildiği bir kültüre sahiptir. Toplumumuzda kız çocukları sahip olunan kültürel değerler doğrultusunda, cinsel organlarını çok iyi gizlemeleri ve korumaları gerektiği tutumuyla yetiştirilir, cinsel ilgi ve aktiviteler kınanır, kısıtlanır (10-12). Bu inanışların çoğunlukla kadını küçümseyen, değersizleştiren bir yanı vardır. Kendi bedenine ve cinselliğine yabancılaşmış, cinselliğini hayatı boyunca baskılamış, hiç cinsel fantezisi olmamış, hiç mastürbasyon yapmamış ve istemediği biriyle evlendirilmiş kadınlar açısından cinsellik, ürkütücü ve istenmeyen bir zorunluluk halini alır. Bu kadınlar cinsel sorun yaşar ve muayene olmaktan kaçınırlar (14,15).Vajinismus, ülkemizde cinsel tedavi merkezlerine başvuran kadınlarda en sık rastlanan cinsel sorundur. Ülkemizde vajinismus görülmesinin nedenleri arasında; muhafazakâr toplumsal yapı, bekâret ve namus gibi geleneksel değer yargıları, kızlık zarının kutsallığı ve korunmasına verilen önem, ilk gece korkuları, mastürbasyonu ve kadının bedenini tanınmasının engelleyen inanışların olması, evlilik öncesi cinselliğin hoş görülmemesi ve yasaklanması, cinselliğin yasaklandığı, rahatça konuşulmadığı, cinselliğe yönelik olumsuz tutumların sergilendiği tutucu aile ortamlarında yetişme, otoriter baba gibi etmenlerin neden olduğu bilinmektedir (12,15,16).

Her anlamda ve cinsel kimliği ile varlığını kabul etmeyen bir ortamda yetiştirilmiş kadınlar, üreme ve cinsel sağlığının sorgulanmasından kaçınırlar ve utanırlar. Hastalık nedeniyle bile olsa, bir yabancıyla karşısında mahrem olarak kabul edilen cinsel organlarını göstermek bir kadın için sıkıntı ve endişe verici olabilir. Bu durum jinekolojik muayene olmasını engelleyen etmenlerden biridir (10,17,18).

2. Bekâret ve Namus Faktörü: Ülkemizde kadın cinselliği "*bekaret ve namus*" merkezli olarak düşünülmektedir. Kadın ve erkeğin toplum içindeki farklı rolleri, cinsellik konusunda da göze

çarpmakta, erkeğin evlilik öncesi cinsel deneyim yaşaması belirgin olarak desteklenirken kadın cinselliği bastırılmaktadır. Kadın evlenmeden önce hiçbir erkekle cinsel birliktelik yaşamamalı yani diğer bir deyimle temiz, el değmemiş olmalıdır (12,13). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin (CETAD) (2006) araştırma sonucuna göre, kadın ve erkek katılımcıların %70'i kadının namusu ile bekâretinin doğrudan ilişkili olduğunu, %64' ü erkekler bekâreti bozulmamış kızlarla evlenmelidir şeklinde belirlenmiştir (20). Bu kadınlara yönelik olan cinsel deneyimsizliğin ödüllendirilmesi aynı zamanda cinsel deneyimlerin de cezalandırılmasını getirir. Kadının kendi seçtiği kişi ile sevişmesini cezalandıran toplum, aslında öteki genç kızlara da gözdağı vererek, tehdit ederek, bastırılmış bir kadın cinselliği yaratmaktadır. Çocukluğundan itibaren kızlık zarının özenle koruması öğretilmiş bir kadın, evlendiği zaman bile sahip olduğu bu değerli şeyi kaybetmek istememekte ve ileriki hayatını da uzun süre etkileyebilmektedir. Genç kadınlarda cinselliğe karşı endişe korku oluşmasına neden olmaktadır. Gençlerin cinsel konulardaki bilgi ve tutumları; gelecekteki cinsel yaşamlarını, aile hayatlarını ve doğurganlık davranışlarını yakından etkilemektedir. Buda kadınların üreme sağlığına karşı olumsuz tutum ve davranış geliştirmesine ve uzak kalmasına neden olmaktadır (12,13,19,21).

Evlilik öncesi cinsel ilişkinin kabul edilmediği, cinselliğin ve üreme sağlığının evlilikle bağdaştırıldığı toplumlarda bekâr kadınlarda üreme sağlığı hizmetleri göz ardı edilmektedir. Bekâr kadınların büyük bir kısmını ergen yaş grubu oluşturmaktadır. Değişen cinsel ve sosyal davranışlar, artan kentleşme, endüstrileşme, iletişim ve seyahat ile cinsel yaşam daha erken yaşlara doğru kaymaktadır. Birçok toplumda sosyal değişimler nedeniyle evlenme yaşı da ileriye doğru kaymaktadır. Genç bir insan için evlenmeden önce 10 yıldan daha uzun, cinsel yönden aktif olarak geçirdiği ya da geçirebileceği bir süre bulunmaktadır. Cinsel yaşamları aktif olan bekâr kadınlar birçok riskli cinsel davranış taşımaktadırlar. Genç kadınların bazıları korunmasız cinsel davranış sergilerken bir kısmı ise doğru kontraseptif yöntem kullanmadığından, istenmeyen gebelikler, gebelik komplikasyonları, güvenli olmayan düşükler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla karşı karşıya gelmektedir (22,23).

Bekar kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, maddi olanaklarının yetersiz olması, yalnız başına sağlık kurumuna başvuramaması, aileden ya da komşulardan bir yetişkin tarafından görülme endişesi, klinik çalışanlarınca rapor edilme korkusu ve sağlık personelinin tutum ve uygulamaları üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmasını ve jinekolojik muayene olmasını engelleyen önemli etmenlerdir (21,22). Ergenler sağlık kurumlarına gebelik ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi acil sorunlar dışında başvuramamakta ve özellikle toplum tarafından onaylanmayan durumların sonucunda ortaya çıkan sağlık sorunlarını eczane, özel hekim ve uygun olmayan kaynaklara başvurarak çözmeye çalışmaktadırlar. Evli olmayan bekâr genç kadınlarda istenmeyen gebeliklerin ve isteyerek düşüklerin olumsuz sonuçları daha ağır olmaktadır (21-23).

3. Cinsel Eğitimsizlik ve Bilgisizlik: Türk toplumunda cinsel sorunlarının en önemli kaynağı cinsel eğitimsizlik ve bilgisizlik, önyargılar/tabular, gelenek ve görenekler olarak gösterilmektedir (20). Ülkemizde yaygın ve okul çağında başlayan üreme ve cinsel sağlık eğitiminin olmaması ve formal üreme/cinsel bilgi kaynaklarının (okul, öğretmenler, uzmanlar, kitaplar vb.) yeterli ölçüde kullanılmaması gibi nedenlerle üreme ve cinsellik alanında ciddi boyutta bir bilgi eksikliği görülmektedir. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda ergenlerin ve gençlerin cinsel/üreme sağlığına yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu ve bilgi kaynaklarının arkadaş, aile, medya olduğu belirtilmektedir (12,13,22,23). Arkadaşların önemli bir bilgi kaynağı olması yanlış bilgilerin dilden dile dolaşmasına neden olmaktadır. Ayrıca ebeveynler, cinsel eğitim konusunda formal eğitim almadıkları için, yeterli bilgiye de sahip değildirler. Aile içerisinde başlaması beklenen üreme ve cinsel sağlık eğitimi, ebeveynlerinde bu konuda yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeni ile eksik kalmaktadır. Kadınların çoğu evde ve okulda sağlıklı bir cinsel ve üreme sağlığı eğitimi almadıkları için, bilgileri çok az ve bunların çoğu da yanlıştır (22).

Cinsel bilgi ve eğitim eksikliği, toplumun cinselliğe yaklaşımdaki katı tabular, yasaklar ve muhafazakâr tutumuyla birleştiğinde birçok cinsel ve üreme sağlığı sorununa yol açabilmektedir. Bu

nedenle kadınların çoğu cinsel ve üreme sağlığının değerlendirilmesinden kaçınmaktadır (13,22). Kadınlardan üreme sağlığı hizmetlerine katılımı bekleniyorsa bu konuda gerekli bilgilerin verilmesi ve hizmet alabilecekleri kuruluşların tanıtılması gerekir. Cinsellik/üreme sağlığına yönelik eğitim, danışmanlık ve bilimsel çalışmaların bir ekip anlayışı içerisinde yürütülmesi ve bu ekip içerisinde sağlık profesyonellerinin yer almaları gerekmektedir.

4. Cinsel Taciz ve Şiddet: Cinsel yaşam, karşılıklı güven, bağlılık ve paylaşım üzerine temellendirilmelidir. Karşılıklı sevgi ve saygıya dayanan bir ilişkide, cinsellik daha doyurucu olmaktadır (16). Cinsel şiddet; fiziksel, psikolojik ve duygusal açıdan zarara yol açabilecek olan cinsel nitelikli davranış ya da tehdit niteliğinde, taciz ve suiistimal içeren davranışlardır. Çocukluk, ergenlik ve erişkin dönemde cinsel istismar, tecavüz girişimi ve tecavüz sık yaşanan ve çok kere gizlenen bir şiddet türüdür. Evlilik içi tecavüz ve ensest, cinsel şiddetin en ağır ve en yaygın yaşanan iki türüdür (12,19). Çocukluk döneminde ve daha sonraki dönemlerde cinsel istismar gören ve yakın partner şiddetine maruz kalan kadınların jinekolojik muayene olmaktan ve servikal kanser taraması yaptırmaktan kaçındığı belirlenmiştir. Muayene esnasında utanma, kaygı, korku ve ağrı duygularını daha fazla yaşamaktadırlar. Cinsel istismar öyküsü olan kadınların cinsel faaliyetlerine bağlı olarak korunmasız cinsel ilişki, sigara, alkol gibi daha riskli sağlık davranışlarına sahip olma eğilimindedir. Yakın eş şiddet öyküsü olan kadınların cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar/hastalıklar ve serviks kanseri için daha büyük bir risk altında olduğu bilinmektedir (24,25). Cinsel istismara uğrayan kadınlarda duygusal ve psikolojik sorunlar oluşmaktadır. Ülkemizde kadınlarda çok fazla görülen vajinismus vakalarında, yüksek oranda cinsel şiddete maruz kalma, tecavüz ya da ensest deneyim saptanmıştır (12,19).

Çocukluk çağı cinsel istismar, tecavüz ya da yakın partner şiddeti gibi kişiler arası travma öyküsü olan kadınlar edilgenlikleriyle kendi taleplerini ve kimliğini ifade etmekte zorlanırlar ve düzenli jinekolojik bakım almaktan kaçınırlar (19,24). Kişiler arası travma öyküsü olan kadınlarda spekülüm takılması, bimanuel muayene ve sağlık

bakım sağlayıcısının erkek olması kadınlarda olumsuz uyarıcı etki yaratır. Bu kadınların olumsuz uyarıcılarını azaltmak ve jinekolojik muayene ve taramalara motivasyonunu artırmak için hassas yaklaşılmalıdır. Kişiler arası travma öyküsü olan kadınlar belirlenmeli ve jinekolojik bakım konusunda bilgilendirilmelidir. Sağlık personeli bu kadınlara karşı daha duyarlı olmalı, değerlendirmesini iyi yapmalı ve sağlıklı iletişimler kurmalıdır (24).

5. Mahremiyet ve Utanma Duygusu: Dünyanın neresinde olursa olsun cinsel organlar "*mahrem*" olarak algılanan ve özel anlamı olan organlardır. Genel olarak jinekolojik muayeneden rahatsızlık duymanın temelinde, hekime, mahrem organları teşhir etme kaygısı yatar. Daha küçücük bir kızken bile "otururken bacaklarını kapa, eteğini ört, mahrem yerlerini gösterme, cinsel organın senin namusundur, namusunu koru" biçiminde mesajlar verilir. Bunun doğal bir sonucu olarak kadın, bütün yaşamı boyunca örtmesi, saklaması, gizlemesi, koruması gereken cinsel organlarının muayenesi sırasında utanma, sıkılma, korku ve kaygılar yaşar. Jinekolojik muayenede, bir kadının en özel vücut bölgelerinin bir başkasının önünde açması tüm mahremiyetinin bir başkasının değerlendirilmesine sunulması söz konusudur. Başkasının önünde mahrem yerini açmak rahatsız edici, endişe ve kaygı yaratıcı bir durumdur (12,19,26). Sağlık kuruluşlarında üreme sağlığının değerlendirilmesinde muayene öncesi ve sırasında kadın mahremiyetine dikkat edilmemesi kadınların sağlık kuruluşlarına başvurmasına ve jinekolojik muayene olmasını engelleyen nedenlerden birisidir. Jinekolojik muayenede mahremiyetine dikkat edilmeyen kadınlar, muayene esnasında aşağılanmışlık hissini yaşadıklarını belirtmektedirler (2,8,27). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların %22-65 arasında utanma duygusu yaşadığı saptanmıştır (6-8,28,29). Nitekim mahrem yerlerinin hekim tarafından görülmesi olayının utanma hissi yaratarak muayene olmayı engellediği belirlenmiştir (1,2).

Aslında jinekolojik muayenede kadınların yaşadığı utanma duygusu aslında yersiz bir duygudur. Erkek ya da kadın bir hekim için jinekolojik muayene ile örneğin göz ya da üst solunum yolu muayenesi arasında bir fark yoktur. Bu nedenle duydukları kaygıyla baş edebilmek için kadınlar öncelikle, jinekolojik muayeneyi, diğer muayene

türleri gibi algılamaya çalışmalıdır. Bunun yanı sıra, jinekolojik muayeneyi, kadın olmanın doğal bir gereği olarak algılamakta yarar vardır. Çünkü sağlıklı bir kadın bütün yaşamı boyunca, diğer alanlarda uzman olan bir hekimin tıbbi yardımına gereksinim duymadan yaşayabilir. Ancak ne kadar sağlıklı olursa olsun bir kadın en az birkaç kez bir jinekoloğun, hiç değilse bir ebenin yardımına gereksinim duyar (27).

6. Anksiyete ve Korku: Jinekolojik muayene anksiyeteye yol açan ve rahatsızlığa neden olan yaygın işlemlerden biridir. Kadınlar jinekolojik muayene öncesinde ve sırasında orta düzeyde anksiyete yaşamaktadır (7,18,29). Jinekolojik muayene korku, utanma, ağrı gibi birçok olumsuz duyguyu da uyandırabilir. Jinekolojik muayene yalnızca 1-2 dakika gibi kısa bir zaman sürmesine karşın pek çok kadın için adeta hayatlarındaki korku verici bir kabustur. Bu endişeler özellikle ilk defa muayene olacak kişilerde daha yüksektir (1). Jinekolojik muayene sayısı arttıkça, muayeneye bağlı anksiyetenin azalacağı düşünülmektedir. Cinsel kimliği tam olarak gelişmemiş, kadınlık rolünü benimseyememiş, bununla ilgili kaygı ve çatışmaları olan, cinsel açıdan deneyimsiz, tutucu bir çevrede yetişmiş kadınlar, daha fazla korku ve kaygı duyabilirler (26).

Yapılan araştırmalarda, jinekolojik muayenede yaşanan anksiyetenin; kötü bir hastalık tanısı konulması korkusu, jinekolojik muayene için kullanılan pozisyonu rahatsızlık verici ve aşağılayıcı bulmaları, kullanılan araçları rahatsızlık verici ve itici bulmaları, sağlık profesyonellerinin olumsuz tutumu, muayene eden kişinin karşı cinsten olması, cinsel organına dokunulması, mahremiyete dikkat edilmemesi, utanma duygusu, ağrı korkusu, kişisel temizlik hakkında kaygı, cinselliğin olumsuz algılanması, genç yaşta olma, hiç muayene yaptırmamış olması, kişisel saldırı gibi nedenlerin olduğu belirtilmektedir (1,7,8,10,30). Korkuların bir kısmını yapmış olduğu doğumlarda sağlık personelinden kötü muamele görmesi, yeterince ilgilenilmemesi gibi olumsuz muayene deneyimleri ile karşılaşmış olması da etkilemektedir (27).

Erbil ve ark. (2008) çalışmasında kadınların jinekolojik muayene sırasında sıkıntı (%38.8), korku (%37.9) ve ağrı (%21.7) algıladıklarını saptamıştır (7). Yanikkerem ve arkadaşlarının

(2009) yaptıkları çalışmada, kadınların yarım fazlasının jinekolojik muayene sırasında kendi sağlık durumları hakkında endişelendikleri (%54.8) belirtmiştir (29). Demir ve Oskay (2014) çalışmalarında kadınların %15'i jinekolojik muayene sırasında tedirginlik, %13.3'ünün korku hissettiklerini belirtmişlerdir (8).

Sağlık personeli jinekolojik muayeneye bağlı anksiyetenin azaltılmasında farklı yöntemler deneyebilir. Kocabaş ve Khorshid'in (2012) yaptıkları deneysel çalışmada jinekolojik muayene sırasında özel muayene giysisinin ve müzik kullanımının kadının durumluluk anksiyetesini azalttığı bulunmuştur. Jinekolojik muayene giysileri, klasik jinekolojik muayene örtülerinden çok farklı olarak yalnızca perine bölgesinin açıkta bırakan giysiler olarak tasarlanmaktadır. Sağlık personeli jinekolojik muayene sırasında ekip ile işbirliği yaparak özel giysinin teminini sağlayabilir ve kadınların anksiyetesini azaltmada kullandığı yöntemlerin etkisini test edebilir (28).

Jinekolojik muayene öncesinde kadın ile olumlu iletişim kurmak, muayene süresince kadına odaklanmak, uygulanan işlemler ve durumu hakkında bilgi vermek, kullanılan aletleri uygularken nazik olmak, saygılı davranmak gibi uygulamaların jinekolojik muayenede yaşanan anksiyete ve korkuyu daha aza indirdiği; sert, aceleci, duyarsız ve hasta ile sözel iletişime girmeden yapılan jinekolojik muayenelerin ise, kadınlarda utanma duygusunun ve korkusunun artmasına neden olduğu literatürde belirtilmektedir (7,8,30). Jinekolojik muayene deneyiminin olumsuz olması, kadını bundan sonraki muayenelere gelmekten alıkoyabilir ve düzenli jinekolojik kontrollerle amaçlanan kadın sağlığını korumak olanaklı olamayabilir.

7. Sağlık Profesyonellerinin Tutum ve Davranışları: Jinekolojik muayene öncesi, sırası ve sonrasında sağlık profesyonellerinin tutum ve davranışı çok önemlidir. Jinekolojik muayene deneyiminin kadın açısından olumlu olması, daha sonraki muayenelerin devamlılığında büyük rol oynamaktadır. Kadınların jinekolojik muayene sırasında; sağlık profesyonellerinin güler yüzü, ilgili, anlayışlı, bilgili ve nazik davranmasını, işlem öncesi açıklama yapmasını, soru sormak için sağlık profesyoneli ile daha fazla zaman geçirmek

istedikleri, hekimin konusunda uzman ve güvenilir olmasını bekledikleri çalışmalarda bildirilmektedir (6,8,9,18). Demir ve Oskay (2014) çalışmasında kadınların jinekolojik muayene sırasında çoğunlukla sağlık profesyonellerinden güler yüzlü olmasını (%78.3), özenli ve ilgili davranmasını (%72.3), işlem öncesi gerekli bilgileri vermesini ve açıklama yapmasını (%69.7) bekledikleri, belirtmişlerdir (8). Çoğu profesyonel organizasyonlar, jinekolojik muayenede doktor ve hastanın yanında başka birinin daha bulunmasını tavsiye etmektedir. Ülkemizde jinekolojik muayene esnasında hastanın yanında başka birinin olmasına izin verilmemektedir. Demir ve Oskay (2014) çalışmalarında; kadınların %65.7'sinin jinekolojik muayene sırasında destek alabileceği bir yakınının muayene odasına alınmasını istediklerini belirtmişlerdir (8). Altay ve Kefeli (2012) yaptıkları çalışmada; jinekolojik muayene esnasında kadınların %44'ünün, Erbil ve ark. (2008) çalışmasında ise %37.5'nin hekimden başka kimseyi yanlarında istemediklerini saptamışlardır (7,9).

Sağlık kuruluşlarındaki olumsuz tutum ve davranışlardan en yaygın ifade edilenler; sağlık profesyonelleri tarafından psikolojik şiddet görmeleri, sağlık personelinin sert ve ilgisiz davranması, acele etmesi, yeterli açıklamada bulunmaması, iletişim hataları, kötü uygulamalar ve muayene esnasındaki sürenin yetersiz olmasıdır (8,10,11). Bu olumsuz davranışlar kadınlarda anksiyeteyi artıran ve kadınların jinekolojik muayene davranışlarını olumsuz yönde etkileyen etmenlerdir (8).

Kadınlar genellikle jinekolojik muayeneye ilişkin sağlık profesyonellerinden kendilerine yeterli açıklamada bulunulmadığını belirtmektedirler. Bireyler için sağlık problemleriyle ilgili olarak sağlık profesyonelleri ile konuşmak önemlidir. Hekime ulaşabilmek, onunla iletişim kurabilmek ve bir birey olarak kabul edilmek önemli etmenlerdir. Kadınlar genellikle uzun bekleme saatlerinden sonra hekime ulaşabilmekte, buna karşın hekimle konuşma süresi oldukça kısa olmaktadır. Bu kısa süre içinde hekime soru sormak imkânsız gibidir. Herkes için bir birey olarak tedavi edilmek önemlidir. Birçok kadın bir numara ya da bir beden parçası olarak değil, bir birey olarak kabul edilmek istemekte ve sağlık görevlilerinden duyarlılık beklemektedirler

(10,11). Kadınlara jinekolojik muayene süresince sağlık profesyonelinin vereceği hizmet; açıklayıcı, rahatlatıcı, eğitici ve kadının beklentilerine uygun olmalıdır. Jinekolojik muayene öncesinde kadın ile olumlu iletişim kurmak, muayene süresince kadına odaklanmak, uygulanan işlemler ve durumu hakkında bilgi vermek muayene sırasında yaşanabilecek olumsuz deneyimlerinin önüne geçebilecektir (8,18).

Kadınların ilk jinekolojik muayenesi çoğunlukla gebelik nedeni ile olmaktadır. Kadınlar gebelikleri esnasında sağlık kuruluşlarında, hem olumlu hem de olumsuz deneyimler yaşayabilmektedirler. Olumlu deneyimlerde, sağlık profesyonellerinin iletişim becerileri ile ilgili pozitif özellikler ön plana çıkmaktadır. "Güler yüzlü" ya da "ilgili" olarak nitelendirilen sağlık profesyonellerinin sunduğu hizmetler tercih edilmektedir. Kadın muayene edilmiş olsa bile, iyi bir iletişim kurulmadığı ve geri bildirim alınmadığı zaman, süreci "hiçbir şey yapılmadı" olarak nitelendirmektedir. Pek çok kişi tarafından sağlık profesyonellerinin ilgisizliği, gebeye çok sert davranıldığı, yargılayıcı ve aşağılayıcı sözler söylendiği yönünde ifadeler dile getirilmiştir. Bazı kadınlar muayene ve doğum sırasında yaşanmış duygusal ve fiziksel şiddet öyküleri dile getirmişlerdir. Kadınlar arasında anlatılan olumsuz muayene deneyimleri daha önce hizmet için sağlık kuruluşuna başvurmamış olanların da cesaretini kırmakta ve olumsuz etkilenmelerine neden olmaktadır (27). Kadınların jinekolojik muayene deneyimlerinin olumlu olması, daha sonraki muayenelerin devamlılığında büyük rol oynamaktadır. Jinekolojik muayene deneyiminin olumsuz olması, kadını daha sonraki muayenelere gelmekten alıkoyabilmekte ve düzenli jinekolojik kontrollerle amaçlanan kadın sağlığını korumak ve geliştirmek olanaklı olamamaktadır (7,8). Kadınların jinekolojik muayene deneyimlerinin olumlu olmasında ve aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin artırılmasında, sağlık profesyonelleri tarafından verilen sağlık hizmetleri kilit rol oynamaktadır. Sağlık personelinin bu konuda farkındalıklarını artırıcı eğitim programları düzenlenmelidir.

8. Hekim Seçimi: Jinekolojik muayene engellerinden biriside hekimin cinsiyetidir. Bazı araştırmalarda kadınların jinekolojik muayene olmak için kadın hekim tercih ettikleri

belirtilmektedir (6,29,30). Kadınların çoğunluğu, özel ve mahrem olan vücut bölgesinin bir erkek tarafından görülmesini istememekte, utanma nedeniyle mecbur kalmadıkça erkek bir hekime gitmemekte, eşlerinin erkek hekime muayene olmalarını istemediklerini belirtmektedirler (6,29). Demir ve Oskay (2014) araştırmalarında kadınların, jinekolojik muayene eden sağlık çalışanının cinsiyetinin %46.2' sinin kadın, %12.9' unun erkek olmasını istediklerini, %40.9' unun ise cinsiyetin önemli olmadığını ifade ettiklerini belirtmişlerdir (8). Yapılan diğer bir çalışmada ise; kadınların %45.5' inin kadın, %4.2'sinin erkek hekim tercih edecekleri görüşünde oldukları belirlenmiştir (29). Erbil ve ark (2008) çalışmasında cinsiyetin kadın olması (%33,3) tercih edilen özellik olarak belirlenmiştir (7). Szymoniak ve ark. (2009), yaptıkları çalışmada, kadınları muayene eden sağlık çalışanının cinsiyet seçiminde %56' sının kadın, %37' sinin erkek hekim tercih ettikleri, %7' sinin ise; kadın ya da erkek olmasının önemli olmadığını belirttikleri saptanmıştır (30).

Yapılan bir diğer çalışmada ise kadın hekimin muayenesi durumunda bile, utanma hissini azalması saptanmıştır (8). Yapılan çalışmalarda da saptandığı üzere, sahip olunan dini inanç (özellikle Müslüman toplumlarda) ve kültürel değerlerin, kadının mahrem (meme/genital organlar) yerlerine herhangi bir işlem yapılmasından alıkoymaktadır (1). Erbil ve ark. (2008) çalışmasında, kadınların jinekolojik muayene için hekim seçmesinde, hekimin bilgisi ve yetenekli olması (%63.8), bilgi vermesi (%44.6) ve güler yüzlü olması (%41.7) öncelikli aranan özellikler olarak belirlenmiştir (7). Jinekolojik muayenede kadının hekim ile güvenli ve açık bir iletişim kurabilmesi de tercih sebebidir. Hastasıyla şefkatli bir biçimde iletişim kuran, rahatlatan duyarlı bir hekim, onun kaygılarının azalmasına çok yardımcı olacaktır. Jinekolog hekimlerin sabırla bilgi verme, açıklama yapma ve yönlendirme gibi görevleri vardır. Hekimlerin, kadınların cinsel rollerinin, sosyal ve ruhsal dünyalarıyla yakından ilişkili olduğunu gözden kaçırmamaları, kadınların bu zor işte sabır ve sevecenliğe gereksinim duyduklarını unutmamaları gerekir. Eğer kadın, hekimle kurduğu iletişimde bunların eksikliğini hissediyorsa, o zaman kendisine, bu

gereksinmelerini karşılayabileceği deneyimli, bilgili, güler yüzlü ve iletişim becerileri iyi olan erkek hekimleri tercih edebilirler (3). Muayeneyi engelleyen neden erkek hekim istememe ise, kadın hekim seçme hakkı kullanılarak işlemin yapılması önerilebilir.

Sonuç: Düzenli jinekolojik muayene ile kadın üreme sağlığını korumak olanaklı olabilmektedir. Jinekolojik muayene, sağlık profesyonelleri ve özellikle ebe/hemşireler tarafından çok yönlü ele alınması ve buna yönelik bilgilendirme, danışmanlık, bakım vermeyi içeren bütüncül yapılması gereken bir muayene yöntemidir. Sağlık profesyonellerinin bu konuda farkındalıkları artırılmalı ve iletişim ve danışmanlık becerilerini geliştirmeleri sağlanmalıdır. Kadınlar çocukluk ve ergenlik döneminden başlayarak üreme ve cinsel sağlık konusunda bilgilendirilmeli, üreme ve cinsel sağlık hizmeti evli ya da bekâr herkese sunulmalı, jinekolojik muayene ve taramalar konusunda desteklenmelidir. Sağlık profesyonelleri jinekolojik muayene öncesinde ve esnasında kaygı, utanç, korku, ağrı, mahremiyet gibi engellerin üstesinden gelmek için; etkili ve duyarlı bir iletişim kurmaları, muayene süresince kadına odaklanmaları, uygulanan işlemler ve sağlık durumu hakkında bilgi verilmeleri, muayene sırasında yaşanabilecek olumsuz deneyimlerin önüne geçebilecektir.

İletişim: Dr. Zeynep Daşıkın

E-posta: zeynep.dasikan@ege.edu.tr

Kaynaklar

1. Bal MD. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 4 (3), 133-138.
2. Aksakal OS. Jinekolojik Muayenenin Psikososyal-medikal Yönü. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2001; 11: 62-67.
3. Aksakal OS. Jinekolojik Muayeneye Eşlik Eden Endişe Kaynakları ve Hastaların Bu Konuda Bilgilendirilmesinin Yararları. T Klin J Med Ethics 2001b; 9: 102-106.
4. Westhoff CL, Jones HE., Guiahi M. Do new guidelines and technology make the routine pelvic examination obsolete? Journal of Women's Health 2011; 20 (1): 5-10.
5. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 25-29.

6. Demiray A, Korhan E A, Çevik K, Khorshid L, Yücebilgin, M S. Kamu ve Özel Kurumlara Başvuran Hastalarda Jinekolojik Muayeneye Bağlı Durumluk Anksiyetenin Karşılaştırılması. EJOVOC: Electronic Journal of Vocational Colleges 2014; 4 (4):1-8.
7. Erbil N, Şenkul A, Sağlam Y, Ergül N. Jinekolojik Muayene Öncesinde Türk Kadınların Anksiyete Seviyeleri ve Muayeneye İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2008; 5 (1):1-5.
8. Demir S, Oskay ÜY. Jinekolojik Muayene Olan Kadınların Yaşadığı Deneyimler ve Sağlık Profesyonelinin Beklentileri. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi 2014;1(1): 68.
9. Altay B, Kefeli B. Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınların Anksiyete Düzeyi ve Etkileyen Bazı Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2012; 5 (4): 134-141.
10. Babacan Gümüş A, Çam O. Kadınların Serviks Kanseri İçin Erken Tanı Tutumları İle Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. Nobel Med 2011; 7 (3): 46-52.
11. Çam O, Babacan Gümüş A. Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Davranışlarını Etkileyen Psikososyal Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22 (1) : 81-93.
12. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Kadın cinselliği, www.cetad.org.tr/doc/abilgilendirme_dosyasi_5.pdf, (ET: 20.12.2014).
13. Civil B, Yıldız H. Erkek öğrencilerin Cinsel Deneyimleri ve Toplumdaki Cinsel Tabulara Yönelik Görüşleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010; 3 (2), 58-64.
14. Holdroy E, Twinn S, Adab P. Socio-cultural influences on Chinese women's attendance for cervical cancer screening. Journal of Advanced Nursing 2004; 46 (1): 42-52.
15. İncesu E. Cinsel işlevler ve Cinsel işlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri 2004; 3: 3-13
16. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) 2011; 5 (4):37-46.
17. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Cinsel Yaşam ve Sorunları. 2008. http://www.cetad.org.tr/doc/bilgilendirme_dosyasi_1.pdf/ (ET: 20.12.2014).
18. Mete S. Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınlarda Oluşan Anksiyeteye Hemşirelik Yaklaşımının Etkisi, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2 (2):1-7.
19. Küçük L, Buzlu S. Vajinismusun Psikososyal Yönü. Androloji Bülteni 2006; 3:24.
20. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması; 2006; s: 65-156. <http://www.cetad.org.tr/> (ET: 20.12.2014).
21. Giray H, Kılıç B. Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı. STED 2004; 13 (8): 288.
22. Biri A, Korucuoğlu Ü, Yılmaz E, Şimşek Ç, Aksakal FN, İlhan M. Adölesan Kızların Cinsel Bilgi Gereksinim Durumlarının Belirlenmesi. Türk Jinekoloji Ve Obstetri Derneği Dergisi 2007; 4 (2): 104-107.
23. Kaya F, Serin Ö, Genç A. Eğitim Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi Kor Hek 2007; 6 (6): 441-448.
24. Ackerson K. A history of interpersonal trauma and the gynecological exam. Qualitative Health Research 2012; 22 (5): 679-688.
25. Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, Szarewski A: Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. J Fam Plann Reprod Health Care 2012, 38 (4):214–220.
26. Çelik AT. Kadın Cinselliği ve Rahatsızlık Veren Bir Deneyim Olarak Jinekolojik Muayene, www.etkilesim.org/makaleler/muayene.pdf, (ET: 21.12.2008)
27. Conseil Sante, Sofreco, Eduser (2007) Sağlık Arama Davranışı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
28. Kocabaş P, Khorshid L. A Comparison of the effects of a special gynaecological garment and music in reducing the anxiety related to gynaecological examination. J Clin Nurs 2012; 21 (5-6):791-9.
29. Yanikkerem E, Özdemir M, Bingöl H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynecological examination. Midwifery 2009; 25 (5): 500-8.
30. Szymoniak K, Cwiek D, Berezowska E. Women's opinions regarding gynaecological examination in a hospital. Ginekologia Polska 2009; 80 (7): 498-502.

Prenatal Dönemden Altı Yaşa Kadar Ağız Diş Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi

Protection and Promotion of Oral and Dental Health of the Children from
Prenatal Period to the Age of Six

Derleme



Review Article

Dr. Nursan Çınar¹, Ebru Kaya Bayıroğlu²

Geliş/Received : 28.11.2016
Kabul/Accepted: 21.03.2017

Öz

Çocuklarda ağız ve diş sağlığı korunması ve geliştirilmesi üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Ebeveynlerin konu ile ilgili bilgi eksikliği ve yanlış tutumları çocuklar da ağız ve diş sağlığıyla ilgili sorunlara yol açabilmektedir. Sağlıklı ağız diş yapısı için gebelik döneminde annenin beslenmesine özen göstermesi, doktor kontrolü dışında ilaç kullanmaması gerektiği gibi doğumdan sonra da bebeğe ilk altı ay hiçbir ek gıda verilmeden yalnızca anne sütü verilmesi konusunda ailelere eğitim verilmelidir. Anne sütü içerik bakımından bebeğin tüm ihtiyaçlarını karşılamakla birlikte ağız diş sağlığını da korumaktadır. Biberon ile besleme ise diş çürüğü riskini artırmaktadır. Çocuk bir yaşında diş hekimi kontrolüne götürülmelidir. Emzik emme ve parmak emme alışkanlıkları da çocuklarda ortodontik bozukluğa neden olduğundan 2-3 yaşlarında bu alışkanlıklarından vazgeçirmek gerekir. Çocuklar ebeveynlerini rol model aldıkları için ebeveynlerin çocuklarına örnek olacak davranışlar göstermesi önemlidir.

Anahtar sözcükler: Çocuklar, ağız – Diş sağlığı, Koruma ve geliştirme

Abstract

It is an essential issue to protect and promote oral and dental health of children. The incorrect attitudes of parents, along with their lack of knowledge, may cause oral and dental health problems. For healthy teeth, a mother should both care about her nutrition during pregnancy and not take medications without physician's prescription. Besides, mothers should be educated about exclusive breastfeeding for the first six months of baby's life; they should give no other food to their babies except breast milk in this period. Breastfeeding protects baby's oral and dental health as well as meeting all of his/her needs. On the other hand, bottle-feeding increases the risk of tooth decay. A child should be taken to a dentist when she/he is 1 year old. Apart from these, as thumb-sucking and pacifier use lead to orthodontic disorders in children, it is necessary to make children give up these habits at 2-3 years of age. Since the parents are role models for their children, it is important that they should set good examples.

Key words: Children, Oral and dental health, Protection and promotion

1 Prof.; Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Sakarya
2 Ebe Hemşire, Akyazı Toplum Sağlığı Merkezi, Sakarya

Çocuk sağlığının geliştirilmesinde ağız diş sağlığının önemi büyüktür. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ağız diş sağlığı ile ilgili sorunlar toplumsal bir problemdir. Ağız ve diş sağlığında sorun yaşayan çocuklar farklı sağlık sorunları açısından da risk altındadır. Erken çocukluk döneminde ağız ve diş sağlığı problemleri çocuğun konforunu olumsuz etkilemesinin yanı sıra derslere konsantrasyonunu azaltıp okul başarısıyla birlikte beslenme ve gelişmesini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle sağlıklı bir diş yapısı kazanabilmek için gebelikten itibaren dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu süreçte anne beslenmesine özen göstermeli ve hastalıklardan korunmaya çalışmalıdır. Bebeklerde ilk dişler gebeliğin 6. haftasından önce gelişmeye, 7. haftadan sonra da tomurcuklar yavaş yavaş belirmeye başlar. Gebeliğin 12.-13. haftalarından sonra iyice belirir. Doğumdan sonra dişler genellikle 4-15 aylar arasında görülebilir duruma gelir (1,2,7,14).

Gebelik döneminde bebeğin diş sağlığı için annenin iyi beslenmesi, hastalıklardan korunması ve diş gelişimine zarar verebilecek hekim önerisi olmayan ilaçları kullanmaması gerekir. Diş gelişimi için gerekli olan kalsiyum, fosfor ve diğer mineraller anne kan dolaşımı yoluyla karşılanır. Anne günlük alması gereken mineralleri almalıdır. Normalde 800 mg kalsiyum ve fosfor bir yetişkine yeterli iken gebelikte bu ihtiyaç 1200 mg'a yükselir. Bu nedenle annenin yeterli ve dengeli beslenmesi gerekir. Annenin bu dönemde öğünleri süt ve süt ürünleri, et, tavuk, balık, meyve-sebze, tahıl gibi besinleri içermelidir. Annenin diş ya da kemiklerinden bebeğe bu mineraller geçmez. Ayrıca bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması ya da erken doğması da bebeğin diş gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. İlerleyen dönemlerde bu bebeklerde diş çürüğü olma riskinin daha fazla olduğu çalışmalarda bildirilmiştir (1,2,3,7).

Anne gebelikte emzirmenin önemi hakkında bilgilendirilmelidir. Bebeğin alabileceği en önemli besin anne sütüdür. Anne sütü bebeğin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilecek içeriğe sahiptir. Organ, sistem ve dokuların düzenli çalışması ve gelişmesinden, ağız diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine kadar birçok yararı vardır. Dişlerde çürük oluşumunu önlemede etkili olduğu araştırmalar sonucunda belirtilmiştir. Uzun süreli emzirilen bebeklerin diş çürüklerine karşı daha dayanıklı olduğu görülmüştür. Ayrıca emzirilme

bebek için yorucu ve uğraştırıcıdır. Bebek meme emdikçe çene ve yutkunma kasları daha da güçlenir. Biberon kullanan bebekler beslenme için daha az çaba harcadığından yutkunma ve çene kasları yeterince güçlenemez. Sürekli biberonla beslenen bebeklerde çürük oluşumu daha fazla görülmüştür. Dişlerin şekerli gıdaya uzun süre maruz kalması da bu riski artırmaktadır. Biberonla beslenmesi gereken bebeklere beslenme sonrası ağız hijyeni açısından su içirilmesi plak oluşumunu bir nebze azaltmaktadır (1,15,16,17).

Doğumdan sonra en erken 4. aydan itibaren dişler görülmeye başlar ve 27. ayda sonlanır. Gelişmeye başlayan dişler dişetini patlatarak yukarı doğru büyür. Bunlar süt dişlerdir. Kesici kısımları tırtıklı yapıdadır. İlk dişler tamamlandıktan sonra 5-7 yaş arası diş değişimi başlar ve 13-14 yaş arası sonlanır. Süt dişleri dökülür ve yerine kalıcı dişler büyümeye başlar. 20 adet olan süt dişleri kafatası büyüdükçe kalıcı dişler için çene kemiğinde yer açar. 5-7 yaş sonrası başlayan diş değişimi sırasında ilk olarak büyük azı dişleri çıkar. Diş sayısı 24 olur. Daha sonra 13-14 yaşlarında ikinci büyük azı dişleri çıkar ve 28 diş olur. En son 20 lik diş olarak adlandırılan üçüncü büyük azı dişleri 18-20 li yaşlarda çıkar ve diş sayısı 32 ye tamamlanır. Diş çıkarma süreci genetik etmenlerden ve bir takım hastalıklardan etkilenerek geç çıkma, eksik ya da fazla diş çıkarma gibi problemler gösterebilir. Genetik olarak 12-14 aylıkken ilk dişini çıkaran bebekler olabilmektedir. Bunun yanında hipotiroidi, hipopituitarizm, Down sendromu gibi hastalıklar süt dişlerinin ya da kalıcı dişlerin çıkma zamanının uzatabilir (1,7,18).

Dişlerde çürük oluşumu, ilk dişlerden itibaren başlar. Çürük oluşumunda biberonla oynayarak beslenme, şekerli gıdalara uzun süre maruz kalma, ağız hijyenine önem vermeme ve gerekli minerallerin beslenme yoluyla alınmaması etkilidir. Diş sağlığı ile ilgili sorunlar çocuğun genel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalara göre tükürük salgılarında bulunan bakteri kolonileri çürük oluşturmaktadır. Bu nedenle bu kolonilerin oluşmasını önlemek için bebeklerde ağız hijyeni sağlamaya özen gösterilmelidir. Nemli temiz bez ya da gazlı bez ile bebek ağız içinin temizlenmesi faydalı olacaktır. Biberonla beslenmeyi kısıtlayıp mümkün olduğunca şekerli besinlerin alınması önlenmelidir. Bebeğin gereksinimine göre doktor kontrolünde

gerekli ise flor takviyesi başlanmalıdır. Yapılan bir araştırmanın sonucuna göre çocukluk çağı diş çürüğü oluşumunda en büyük etmen çocuğun biberon ile uzun süreli şekerli besine maruz kalmasıdır.(6) Mümkün olduğunca ev yapımı doğal meyve suları ve doğal besinler tercih edilmelidir. Bebek altı aylık olduktan sonra yavaş yavaş bardak kullanabilmesi için alıştırmalar yapılmalıdır (4,8,13,15).

Tayland' da 151 gönüllü ile yapılan bir çalışmada 9-18 aylık çocuklarda çürükler ile ilişkili risk faktörleri araştırılmıştır. Bu çalışmaya katılan çocuklar çürümüş, düşmüş ve dolgulu diş yüzeyi açısından değerlendirilmiştir. Bu çocuklar arasında çürük prevalansı %32,5 olarak saptanmış, %15,9 unda en az bir oyuk ya da kavite, %16.6'sında da beyaz lezyonlar tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda çürükler ile ilgili şekerli süt içme, gece biberonla beslenme, ağızda biberonla uyuyakalma gibi etmenler belirlenmiştir. Bu etmenler diş çürüğü oluşumunda risk oluşturur ve yeni çıkan dişler de risk sürer (5).

Bebeğin ağız diş sağlığını korumayla ilgili girişimler gebelikle birlikte başlamalı ve doğumdan itibaren devam etmelidir. Bu amaçla doğumdan sonra yapılacak en iyi şey bebeğe ilk altı ay hiçbir ek besin vermeden yalnızca anne sütü vermektir. Ayrıca yeni gelişen dişlerin çürüklere karşı güçlü olabilmesi için flor kullanılabilir. Dişler çıktıktan sonra da yine flor ve plak temizliği dişleri korumaktadır. Mümkün olduğunca erken dönemde başlamak çürükleri önlemektedir. Flor gereksinimi içme sularından karşılanmaktadır. Yalnızca anne sütü ile beslenen bebekler alması gereken miktardan daha az flor almaktadır. Anne sütünden bebeğe flor geçişi olmaz. Bu bebeklerin gerekirse flor tabletleri ile flor ihtiyacı karşılanabilir. Florun fazla alınması zararlıdır bu nedenle doktor kontrolü ile gerekli flor miktarı belirlenmeli ve bebek için hangi flor kaynağı uygun ise o kaynaktan temin edilmelidir. İki yaş üzeri çocuklarda bezelye tanesi büyüklüğünde florlu diş macunu ile diş fırçalama önerilir. Yapılan araştırmalarda anne babaların çocukların diş fırçalaması konusunda bilgi eksikliği olduğu saptanmış, çocuğa diş fırçalama öğretilirken anne babanın günde bir kez detaylı bir şekilde çocuğunun dişini fırçalaması gerektiğini büyük çoğunluğun bilmediği belirtilmiştir. Fırçalama esnasında ebeveyn çocuğa eşlik etmeli ve diş macununu yutmaması konusunda

uyarılarda bulunmalıdır. Çocuğun diş fırçalama alışkanlığını kazanması amacıyla teşvikte bulunulmalı günde bir kez mutlaka ebeveyn tarafından detaylı fırçalama yapılmalıdır. Dişler çıktıktan sonra da çocuğa günde en az bir kez diş ipi kullanma öğretilmelidir. Fırçadan kaçan besin artıkları diş ipi ile kolayca uzaklaştırılabilmektedir. Çocuklar ebeveyni örnek aldığından anne baba ilk önce kendi ağız sağlığına dikkat etmeli ve çocuğuna da bu şekilde alışkanlık kazandırmalıdır. İlk diş hekimi kontrolü bir yaşında yaptırılmalı ve hekimin önerisi ile sonraki kontrol aralığı belirlenmelidir (1,7,10,11,12).

Sağlıklı yenidoğanlarda emme refleksi güçlüdür. Bebeğin emme isteği 1-1.5 yaşına kadar olup iki yaşına kadar yavaş yavaş kaybolmaktadır. Fakat bazı çocuklarda bu süreç emzik ve parmak emme şeklinde uzayabilir. Emme alışkanlığının uzaması kas ve kemik gelişiminde bir takım bozukluklar meydana getirebilir. Çocuk 2-3 yaşlarına geldiğinde parmak emme ya da emzik alışkanlığı var ise bu alışkanlıkları unutmaları için teşvik edilmelidir. Çocuğu ödüllendirerek ve takdir ederek emzik ya da parmak emmesini bıraktırma sağlanabilir. Uzun süreli emzik ya da parmak emme yeni gelişen dişlerde şekil bozukluğuna neden olmaktadır. Eğer geceleri de emme alışkanlığı devam ediyorsa ortodontik bozukluk görülme olasılığı daha da artmaktadır. Şekil bozukluğu olan dişlerde boşluklara besin ya da plak birikimi daha fazla olur ve fırçanın ulaşamayacağı kısımlarda olması diş çürüğü için zemin hazırlar. Ayrıca uzun süreli emme alışkanlığı olan çocuklarda üst kısımdaki ön dişler öne doğru gelişirken alt taraftaki ön dişler de geriye doğru şekil alır. Böylelikle alt dişler ile üst dişler arasında boşluk meydana gelir. Eğer bu bozukluk 3-3.5 yaştan sonra oluşmuş ise kendiliğinden düzelme olasılığı zordur. Öncesinde oluşmuş ise kendiliğinden düzelme olasılığı vardır (1,7,21).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ağız ve Diş Sağlığı Daire Başkanlığının " Koruyucu Diş Hekimliğinde Flor Uygulamaları" kapsamında Toplum Sağlığı Merkezleri okullarda beş yaş üzeri çocuklarda flor vernik uygulaması yapılmaktadır. Bu uygulama sağlık bakanlığı tarafından hazırlanan aydınlatılmış onam formu ile veli bilgisi ve onayı dahilinde yapılmaktadır. Tek kullanımlık vernik cilaları tükürüğü gazlı bez ile kurulan çocuğun diş yüzeyine fırça yardımı ile sürülür. Bu cila tükürük

ile temas ettiği anda sertleştiğinden yutulma olasılığı çok düşüktür. Bu yaş grubu çocuklara 0.25 ml vernik yeterli iken yetişkinler için 0.4 lük vernik gereklidir. Flor vernik uygulaması 1-4 dk sürmektedir. Çürük oluşumuna karşı önemli bir koruyucu işlemdir. Altı ayda bir tekrarı istenmektedir. Flor mine yapısına katılarak kristal yapısını sağlamlaştırır. Böylece mine yapısı asitlere karşı daha güçlü olur. Hekim kontrolünde uygulanan flor vernik, hekimin önerdiği tarihte tekrarlanmalıdır (9,19,20).

Ülkemizde de pek çok ülkede olduğu gibi yüksek oranda görülen ağız diş hastalıkları oluşmadan önlenebilen hastalıklar grubuna girmektedir. Genel sağlığın bir parçası olan ağız ve diş sağlığı yaşamsal fonksiyonların korunması ve yaşam kalitesinin devamı açısından büyük önem taşımaktadır (19). Sonuç olarak koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekim, hemşire, ebeler çocuklarda ağız diş sağlığının korunması ve geliştirilmesiyle ilgili önemli role sahiptirler. Bu girişimler gebelik döneminden anne adaylarına yapılacak tavsiyelerle başlamakta, doğumdan sonra da bebeğin yalnızca anne sütü ile beslenmesiyle devam etmektedir. Bebeğin ağız diş sağlığının korunması ve geliştirilmesinde ebeveynlerin eğitimi son derece önemlidir. Bu konuda yazılı ve görsel materyaller de kullanılarak sağlık profesyonelleri tarafından ailelere eğitim ve danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır. Böylece çürük oluşumunu artırıcı davranış ve alışkanlıkların önüne geçilmelidir. Sağlam çocuk izlemlerinde çocuğun ağız diş sağlığı ile ilgili ailelerin uygulamaları öğrenilmeli ve tavsiyelerde bulunulmalıdır. Ağız diş sağlığında herhangi bir sorun tespit edildiğinde de aile çocuğu diş hekimine götürmeleri konusunda yönlendirilmelidir. Çocukluk döneminde ağız diş sağlığının korunması ve geliştirilmesi daha ileriki dönemlerde de çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.

İletişim: Dr. Nursan Çınar

E-posta: ndede@sakarya.edu.tr

Kaynaklar

1. Çiğdem EÇ. Prenatal dönemde ve bebekte ağız ve diş sağlığı-Derleme Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ağız ve Diş Sağlığı Birimi, Bursa, J Curr Pediatr 2007 S:77-81.
2. Anatomy and development of the mouth and teeth. Lucile Packard Children's Hospital Stanford, <http://www.stanfordchildrens.org/en/default.page> (erişim tarihi 25.10.2016).
3. J Am Diet A. Nutrition and oral health guidelines for

- pregnant women, infants and children.1998;98:182-189.
4. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: A systematic review Of The Literature. Journal of Dentistry 40(11) : 873-85 July 2012 with 256 Reads D01:10.1016/j.jdent2012.07.013 source pubmed.
5. Palinee D. Pagapom PP. Dental caries and related oral health factors among 9 to 18 month old thai children. Southeast Asian J trop Med Public Health 2015 Jul : 46(4) 786-97.
6. Avila WM, Pardeus IA, Pavia SM, Morting CC. Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: A systematic review and meta-analysis. (2015) Plos one10 (11): e0142922 do: 10.1371/journal.pone.0142922. eCollection 2015.
7. Primary teeth. Oral Health İnitative American Academy Of Pediatrics.
8. Researchers close in on new ways to prevent child tooth decay. Melbourne Dental School. <http://dental.unimel.edu.au/news-and-events/researches-close-in-on-new-ways-to-prevent-child-tooth-decay> (Eriş. T. 25.10.2016).
9. Çiğdem K. Hayriye S. Diş hekimliğinde flurun insan vücudu ve dişler üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi. Derleme. Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye. S.D.Ü Tıp Fak. Derg. 2008;15(3)/ 43-53.
10. Children's teeth. <http://www.cs-ds.org/for-the-public/dental-health-information/childrens-teeth-the-growing-years-from-0-6> (erişim tarihi 02.11.2016).
11. ElKarmi R. Shore E. O'Connell A. Knowledge and behaviour of parents in relation to the oral and dental health of children aged 4-6 years. Eur Arch Paediatr Dent. 2015 Apr; 16(2):199-204. Doi: 10.1007/s40368-014-0155-7. Epub2014 Nov 4.
12. Children 0-6 years. Children 0-6 Years Birchwood Dental Practice. Last updated: August 4, 2015. <https://birchwood.dental/prevention/children-0-6-years/> (erişim tarihi 04.11.2016).
13. Tooth tips for 0-2 year olds. tooth tips for 0-2 year olds >> Children's Oral Health >> Dental Health Foundation Ireland.
14. Eglantina B. Elsa K. Xheladin Ç. Assessment of oral health in children aged 0-6 years. dental clinic, Tirana. Medical University, Tirana. International Journal of Science and Research (IJSR). ISSN (Online):2319-7064. Index Copernicus Value(2013):6.14. Impact Factor (2015):6.391.
15. Is breastfeeding linked to tooth decay? Parenting Kellymom Breastfeeding. KellyMom.com(erişim tarihi 10.11.2016).
16. Breastfeeding: 6 things nursing moms should know about dental health. mouth healthy ada american dental association.
17. Yeşim A. Anne sütü. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Anne Sütü ile Beslenme El Kitabı. Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü 2008.
18. Prof. Dr. Olcay N. Prof. Dr. Türkan E. Pediatri 2. Nobel Tıp Kitabevi sayfa 80-81.
19. Koruyucu Diş Hekimliğinde Yerel Florür Uygulamaları. Tc Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ağız Ve Diş Sağlığı Daire Başkanlığı.
20. Sağlık Bakanlığı Florürlü Vernik Uygulaması Aydınlatılmış Onam Formu.ö
21. Prof. Dr. Metin K. Yardımcı Editör Yrd. Doc. Dr. Suat B. Aile Hekimleri İçin Pediatri Notları. " Bu kitap 2010 yaşam desteği klavuzundaki yenilikleri içermektedir. Sayfa 105.



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

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

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

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

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan 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 kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla yirmi beş (25) kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

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

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

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

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

Accessed November 12, 2003, at

<http://www.clinicalevidence.com>

9. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §.

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

10. Şekiller ve Fotoğraflar: Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk 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 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>