

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

OCAK | JANUARY
ŞUBAT | FEBRUARY
2019 | 2019
CİLT 28 | VOLUME 28
SAYI 1 | ISSUE 1

1





Kurucu Editörler / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Editör/ Editor

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Dr. Aylin Sena Beliner

Hakem Kurulu / Advisory Board

Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Doç. Dr. Hülya Yardımcı

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Hakan Şen

Dr. Fatih Şua Tapar

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalıkoğlu

Prof. Dr. Zelal Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Yılmaz Yıldız

Dr. Adnan Yüce

Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Özen Aşut

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Dr. Öğr. Üyesi Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

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: Filmon Baskı Çözümleri A.Ş.

Tel: Tel: 0212 671 57 40 Faks: 0212 671 57 43 / Adres: İkitelli Organize

Sanayi Bölgesi Eskoop Sanayi Sitesi B1Blok No:35 Başakşehir – İstanbul

İkitelli Vergi No: 388 076 2704

Baskı Tarihi: Şubat 2019



Merhaba,

"Ülkemizin öncelikli sağlık sorunlarını bilen; birinci basamak sağlık örgütlenmesi düzeyinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli bilgi, beceri ve yetkinlik ile donanmış; mesleğini etik kuralları gözeterek uygulayan; araştırmacı ve sorgulayıcı olan; yaşam boyu öğrenmeyi sürdürme tutum ve becerisini kazanmış; ulusal ve uluslararası düzeylerde kabul edilebilen ölçütlere uygun hekimler yetiştirmektedir."

"Bilgili, yeterli, karakter sahibi kendi kendini eğitebilme yeteneğine ve ilk defa karşılaştığı problemleri çözebilecek niteliklere sahip, verdiği kararlar bilgi, bulgu ve tecrübeye dayanan, çalışkan dürüst ve davranışları tıp mesleği ve hekimlik geleneklerine uygun olan hayatı boyunca öğrenmeye kararlı, ülkeye ve insanlığa hizmet amacı ile tıp biliminin ilerlemesi için çalışan hastalarına karşı müşfik anlayışlı ve sorumlu olan ve hasta bakımında çevre şartlarına göre en yüksek tıp standartlarını kullanan mezunlar vermek."



Fotoğraf: "Seyredaldım" Ceren Özdemir
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2018 Sergi Ödülü

Ülkemizin köklü tıp fakültelerinden ikisinin amacını sizlerle paylaştım. İlk amaç cümlesinde "Ülkemizin öncelikli sağlık sorunlarını bilen; **birinci basamak sağlık örgütlenmesi düzeyinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli ...**" birinci basamak sağlık örgütlenmesi için hekim yetiştirmeyi hedefleyen bir fakülte ile karşılaşıyoruz. İkinci alıntı yaptığım fakültenin amacında birinci basamak vurgusu yok.

Tıp eğitimi programları için akreditasyon, değerlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yapan Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD)'ın temel amacı, "... Türkiye ve dünyadaki tıp eğitiminin kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. Böylece, bilim ve toplumdaki gelişmeler ile hekimlik uygulamalarını bütünleştirip toplumun sağlık sorunlarına yüksek nitelikli sağlık hizmeti ile cevap verebilecek bilgi, beceri ve tutuma sahip, mesleki yaşamı boyunca bildiklerinden daha fazlasını öğrenme isteği ve becerisi kazanmış, bilimsel gelişmelere katkıda bulunabilecek yeterlik ve yetkinlikte hekimler yetiştirilerek toplumun sağlık düzeyinin ileri götürülmesi hedeflenmektedir." Görüldüğü gibi bu cümle içerisinde de birinci basamak sağlık örgütlenmesi vurgusunu göremiyoruz.

Birinci basamak sağlık örgütlenmesini öncelemeyen, birinci basamak sağlık hizmetlerine uzak duran, yaklaşma amacı gütmeyen bir gelişim ve nitelik artışı ülkemizin öncelikli ve temel sorunlarına çözüm üretmede eksik kalacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerini veren bizlerin, temel tıp eğitimi ile ilgili daha çok geribildirim vermemiz, alanda karşılaştığımız sorunlara çözüm üretecek hekimlerin sahip olması gereken özellikleri tanımlamamız, eğitim süreçlerine katılmamız gerekmektedir. Bu olanakların yaratılmasında daha çok işbirliğine, sabır ve dayanışmaya gereksinim var.

Bilimsel ve dostça kalın...

Araştırma / Research

- Lefkoşa'da Bir Üniversitenin Türkçe Tıp Öğrencilerinde Tütün Kullanımı Durumu 1
Tobacco Use Status Among the Students of the Medical Faculty Turkish Medical Program at a University in Nicosia
Özen Aşut, Şanda Çalı, Asu Özcan, Fatma DüNDAR, Çizel Palaz, Alpkaan Duran, Songül Vaizoğlu
- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde Yaşlanma ve İlgili Ölçütlerin Değerlendirilmesi 17
An Assessment of Selected Aging Related Criteria in the World Health Organization European Region
Adem Kuzu, Cihan Aydın, Mücahit Yıldız, Hanife Ece Erik, H. Gökçe Keskinkılıç, Dilek Aslan, Meltem Şengelen
- Kütahya Bölgesinde Yaşayan Kadınların Pap Smear Testi Konusundaki Farkındalıkları 28
Awareness among Women Living in Kütahya Region about PAP Smear Test
Selma Şen, Fatma Başar
- Bir ASM Bölgesindeki Kadınların Doğum Sonu Dönemde Geleneksel Uygulama Tercihlerinin İncelenmesi 37
An Examination of the Preferences towards Traditional Practices in the Postnatal Period among the Women Residing in the Service Area of a Family Health Centre
Sibel Ergün, Serap Kaynak, Ayşe Karadaş, Celalettin Çevik
- Son 10 Yılda PubMed Veri Tabanında Yayımlanan Genetiği Değiştirilmiş Gıdaların Sağlık Üzerine Etkileri Konulu Yayınların İncelenmesi 48
A Review of the Publications on Health Effects of Genetically Modified Foods Published in PubMed Database in the Last 10 Years
Cavit Işık Yavuz, Hanife Ece Erik, Ahmet Karer Yurttaş, Cansu Ece, Merve Dilşad Gün, Güçlü Sezai Kılıçoğlu, Gamze Özer, Deren Özyürek, Muhammet Hüseyin Sarı
- Acil Servise Başvuran Künt Travmalı Olgularda Fizik Muayene ve Travma Mekanizmasının Tomografi Sonuçlarıyla Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi 54
An Evaluation of Physical Examination and Trauma Mechanism Comparatively with Tomography Results in Patients Attended Emergency Department with Blunt Trauma
Mevlüt Okan Aydın, Vahide Aslıhan Durak, Erol Armağan

Derleme / Review Article

- Dünyada Zika Virüs Salgını ve Yenidoğanlarda Zika Virüs Enfeksiyonu 61
Zika Virus Outbreak around the World and Zika Virus Infection in Newborns
Pınar Bekar, Duygu Arıkan
- Sağlık Alanında Sosyal Hizmet ve Ekip Çalışması 66
Social Services in Healthcare and Teamwork
Ferdağ Karadağ
- Toplumsal Cinsiyet Rollerini Bağlamında Ataerkillik ve İktidar İlişkileri 71
Patriarchy and Power Relations within the Context of Gender Roles
Ayla Korkmaz, Mürüvet Başer

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



İsmail Aybey: 1981 yılında Manisa'nın Gördes ilçesinde doğdum. Manisa Yunusemre Halk Eğitim Merkezinde "Fotoğraf Çekim Teknikleri" kursu aldım. Manisa Fotoğraf Derneği (MAFOD) üyesiyim. Ülke genelinde düzenlenen çeşitli fotoğraf yarışmaları yanı sıra, kısa film, şiir ve anı yarışmalarında derecelerim var. Genellikle insan ve doğa fotoğrafları çekmeyi seviyorum. Fotoğrafları hayata bakış açısı olarak değerlendiriyor ve fotoğraf çekmekten büyük keyif alıyorum. Halen Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesinde Tıbbi Sekreter olarak çalışıyorum.

Lefkoşa'da Bir Üniversitenin Türkçe Tıp Öğrencilerinde Tütün Kullanımı Durumu

Tobacco Use Status Among the Students of the Medical Faculty Turkish Medical Program at a University in Nicosia



Özen Aşut¹, Şanda Çalı², Asu Özcan³, Fatma Dünder⁴, Çizel Palaz⁵, Alpkaan Duran⁶, Songül Vaizoğlu⁷

DOI: 10.17942/sted.415640

Geliş/Received : 16.04.2018
Kabul/Accepted : 22.08.2018

Öz

Amaç: Araştırmanın amacı, Yakın Doğu Üniversitesi (YDÜ) Tıp Fakültesi Türkçe programı öğrencilerinin tütün kullanım durumunun belirlenmesi ve tütün kullanımı ile tıp eğitiminin ve başka ilişkili etmenlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Şubat 2018'de YDÜ Tıp Fakültesi Türkçe programı öğrencilerinde yapılan kesitsel bir araştırmadır. Araştırma evrenini oluşturan tıp öğrencilerinin tümüne ulaşmak hedeflenmiştir. Hazırlanan anket formu doğrudan gözetim altında tüm katılımcılara uygulanmıştır. Veriler SPSS 18.0 paket program ile değerlendirilmiş, önemlilik değeri olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Toplam 805 öğrenciden 698'i anket katılmıştır (%86,7). Öğrencilerin, 247'si (%35,4) halen sigara içmektedir; 194'ü (%27,8) günlük içicidir. Toplam 331 erkek öğrencinin 144'ü (%43,5), 363 kadın öğrencinin 102'si (%28,1) sigara içmektedir. Cinsiyete göre değerlendirmede iki grup arasında önemli fark bulunmaktadır ($p < 0,001$): Erkekler daha çok sigara içmektedirler. Tıp fakültesine girmeden önce ya da girdikten sonra sigaraya başlama açısından kadınlar ve erkekler arasında İstatistiksel önemli fark vardır; kadın öğrenciler daha çok tıp fakültesine girdikten sonra sigaraya başlamışlardır.

Sonuçlar: Tıp öğrencilerinde sigara alışkanlığı yüksektir. Tıp eğitimi, öğrencilerin sigaraya başlama ve sürdürmesi üzerinde etkili olmamaktadır. Tıp eğitimi sürecinde daha etkili ve erken tütün programları gereklidir.

Anahtar sözcükler: Sigara alışkanlığı, Tıp eğitimi, Tıp öğrencisi, Tütün kontrolü

Abstract

Aim: The aim of this study is to determine the tobacco use status among the students of Near East University (NEU) Medical Faculty Turkish Medical program and to investigate the association of tobacco use with medical education and other related factors.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted among Turkish medical program students of NEU in February 2018. The target population of this research consisted of all students of the program. A questionnaire was administered to all participants under direct observation. The data were analysed using SPSS 18.0 program and $p < 0.05$ was considered significant.

Findings: Of 805 students, 698 responded to the questionnaire (86.7%). The number of current smokers was 247 (35.4%) with 194 (27.8%) daily smokers. 144 (43.5 %) of 331 male students and 102 (28.1%) of 363 female students were smokers. The difference between the two genders was found to be significant ($p < 0.001$): The males were smoking more than females. With regard to starting smoking before or after admission to the medical school, a significant difference was found between the genders; among the females, the rates of smoking initiation after admission was higher than those among the males.

Conclusion: Prevalence of smoking among the medical students was high. Medical education was not influential on the smoking status of medical students. More efficient and earlier tobacco control programs are needed during medical education.

Keywords: Smoking addiction, Medical education, Medical student, Tobacco control

1 Doç. Dr.; Yakın Doğu Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Kıbrıs (ORCID No: 0000-0002-9604-1740)

2 Prof. Dr.; Yakın Doğu Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Kıbrıs (ORCID No: 0000-00019929-2637)

3 Tıp öğrencisi (ORCID No: 0000-0002-9089-7020)

4 Tıp öğrencisi (ORCID No: 0000-0003-2402-9601)

5 Tıp öğrencisi (ORCID No:0000-0002-3426-3592)

6 Tıp öğrencisi (ORCID No: 0000-0001-7588-3416)

7 Prof. Dr.; Yakın Doğu Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Kıbrıs (ORCID No: 0000-0001-9279-1740)

Giriş

Sigara dünyayı tehdit eden en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tütün yılda yedi milyondan fazla kişinin ölümüne neden olmaktadır. Sigaraya bağlı ölümlerin 6 milyondan fazlası doğrudan sigara içme nedeniyle, 600 bini ise pasif sigara dumanından etkilenim sonucudur (1). Bu eğilim sürerse 2030'da tütünün yılda sekiz milyondan fazla kişinin ölümüne yol açacağı tahmin edilmektedir (2).

Sağlık çalışanlarının hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı yaşam biçimlerinin (egzersiz, beslenme, sigara içiminin önlenmesi vb) geliştirilmesinde önemi bilinmektedir (3,4). Sağlık çalışanlarının önerilerinin kişilerin sağlığının geliştirilmesinde önemli bir itici güç oluşturduğu kabul edilmektedir. 1976 ve sonrasında yapılan pek çok çalışma hekimlerin hastalarına sigara içmeme ya da sigarayı bırakma konusunda ikna etmede önemli rol oynadıklarını; özellikle daha iyi kişisel davranışları olan hekimlerin danışmanlık konusunda daha başarılı ve etkili olduklarını göstermiştir (5,6). Buna benzer bir eğilimin tıp öğrencileri için de geçerli olduğu belirlenmiştir (7).

Dünyanın değişik yerlerinde kullanılan başlıca tütün ürünleri sigara, nargile, pipo, puro, enfiye, bidi, kreteks, gutka, sarma tütün, çiğneme tütünüdür. Bu ürünler arasında en yaygın olarak kullanılan sigaradır ve bu nedenle tütün ile sigara sözcükleri çoğu kez eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Türkiye'de de en çok sigara olmak üzere, nargile, az miktarda puro ve pipo ile yerel olarak sarmalık tütün ve Maraş otu tüketilmektedir (8).

Sigara dumanı, 7000'den fazla madde içermektedir (9). Bu maddelerden en az 250'sinin insan için toksik olduğu bilinirken, 60'dan fazlasının da kansere yol açtığı belirlenmiştir (1). Sigara dumanı oksidatif hasarın başlamasına neden olan ya da gelişmesini artıran birçok oksidan ve serbest radikalleri de içermektedir (10).

Sigara içenlerinin yarısı sigaraya bağlı bir sağlık sorunu nedeniyle ölmektedir. Sigara içiminin kontrolü yönünde etkili önlemler alınmadığı takdirde bugün için yedi milyon olan sayının

önümüzdeki 25-30 yıllık sürede 10 milyona ulaşacağı ve gelecekteki ölümlerin daha çok gelişmekte olan ülkelerde olacağı öngörülmektedir (1,11,12).

Sigara kullanma davranışında ailenin rolü iyi bilinmektedir. Anne-baba ya da kardeşleri sigara içen bireylerin, anne-baba ya da kardeşleri sigara içmeyen bireylere göre dört kata kadar daha çok sigara kullandıkları bildirilmektedir (13,14).

Bağımlı kişi, madde kullanımı sonucu oluşan ruhsal değişiklikleri yeniden yaşamak için ya da maddenin kullanılmaması durumunda ortaya çıkabilecek yoksunluk belirtilerinden sakınmak için, madde kullanımı için güçlü istek duyar (15). Sigara bağımlılığı açısından, yaşamın herhangi bir döneminde 100 adetten fazla sigara içen kişiye 'sigara içicisi', sigarayı halen ya da ara sıra içenlere ise 'halen kullanan - düzenli içici' denmektedir (16).

Hekimlerin ve Diğer Sağlık Çalışanlarının Sigara Alışkanlığı Durumları

Sigara bırakma programlarının temelinde hekimler ve diğer sağlık çalışanları yer almaktadır. Hekimler hastalar için rol modeli olma durumundadırlar. Hekimlerin sigara içmesi, bu alışkanlığa karşı tutumunu olumsuz etkileyebilir, sigara içmenin oluşturduğu risklere duyarlılığı azaltabilir, koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili yeterli bilgi verilmemesine yol açabilir ve hastaların sigara bırakma konusunda hekime olan inancını azaltabilir (17).

Türkiye'de 1990'lı yıllarda yapılan çalışmalarda özellikle erkek hekimlerde sigara içme prevalansı yüksekti. Kosku ve arkadaşlarının 1994 tarihli çalışmasında Türk Toraks Derneği üyelerinin sigara içme durumları incelenmiş ve sigara içme düzeyi asistan hekimlerde %40, uzman hekimlerde %32,4 olarak saptanmıştır (17). Gene 1994 yılına ait bir yayında, 294 hekimin katıldığı çalışmada erkeklerde her gün sigara içenler %52,8, kadınlarda ise %41 olarak belirlenmiştir (18). 2003 tarihli bir çalışmada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmakta olan akademik personelde sigara içme %37,2, On Dokuz Mayıs Üniversitesi'nde görevli hekimlerde ise %31,9 olarak belirtilmiştir (19).

Başka ülkelerde yapılan çalışmalarda, Japon hekimler arasında sigara içme sıklığı erkeklerde

%27,1, kadınlarda ise %6,8 (20); Fransa'da genel pratisyenlerde %34 (21); Danimarka'da 1429 sağlık çalışanı arasında %22 (22); İsrail'de hekimlerde %15,8 (23) bulunmuştur.

Sağlık çalışanları ve hekimler arasında sigara içme sıklığının yüksek olması nedeniyle, tütün kontrolünde hekimler de hedef olarak belirlenmelidir. Birinci basamakta sigara bırakma çalışmalarının artırılmasına yönelik; genel pratisyenlerin sigara bırakma konusunda eğitimi, tıp fakültesi öğrencilerinin tütün kontrolü ve sigara bırakma konusunda eğitimi, ulusal kılavuzların hazırlanması, farmakoterapinin ulaşılabilir olması, sevk sisteminin geliştirilmesi önerilmektedir (24).

Tütünle Mücadelede Hekimin Rolü

En uygun olan davranış hekimlerin hiç sigara içmemesidir. Sigara içen hekimlerin kendilerine başvuranlara sigara içmenin zararlarını söylemesi inandırıcı olmamaktadır. Eğer hekim sigara içiyorsa, hekimlik ve sigara imgelerini bir arada buldurmamalıdır. Örneğin, hastanın / başvuranın göreceği yerde sigara içmemek, beyaz önlüğün cebinde sigara paketi buldurmamak gibi konular önemlidir (25).

Hekimlik meslek uygulamaları, özellikle tedavi hizmetleri sırasında hastaların sigara içip içmediklerini sorgulama ve içmemeleri konusunda uyarıda bulunmanın bile hastaları sigara bırakmayı düşünmeye yönelttiği, %1-3 oranında da bırakmayı sağladığı bilinmektedir (26).

Hekimlerin telkin, öneri ve desteklerinin birçok sigara içen hastayı sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, hastalara cesaret vererek bırakmayı denemesini sağladığı belirlenmiştir. Özellikle birinci basamakta çalışan hekimlerin sigara bırakma konusunda duyarlı olmaları çok önemlidir.

Kaliforniya'da yapılan bir araştırmada birinci basamak hekimlerinin tütün kullanımı üzerindeki etkileri araştırılmış ve 1989'da 2 yıllık "Tütün Kontrol Programı" yürürlüğe sokulmuştur. İki yıllık program sonucunda elde edilen verilerde tütün kullanım prevalansında %14 kadar düşüş olduğu saptanmıştır (27).

Hekimlerin yönlendirdiği ve olguların en az altı ay izlendiği 28 sigara bırakma programının analizinde, hekimlerin yalnızca hastaya sigarayı bırakmayı öğütlediği 15 programın ortalama başarısı %5 (%3-%13), hekimlerin hastaya sigaranın bırakılması için yoğun destek verdiği 13 programın ortalama başarısı %29 (%13-%40) olarak saptanmıştır. Hekim sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastasını da, uyararak bu konuyu ciddi olarak düşünme yönünde motive edebilir. Sigarayı bırakmaya hazır ve kararlı olan bir hastaya ise bırakma teknikleri ve programları hakkında bilgi vererek destek olabilir. Yani hekimin sigaranın bırakılmasındaki temel desteği bu konuda motivasyonu olmayan hastayı bırakma konusunda özendirme, bırakmaya hazır olan hastaya ise bu konuda destek vermek, bırakma yöntemlerini anlatmak ve tıbbi tedavi vermektir (28).

Bu çalışma, daha önce Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) tıp öğrencilerinde böyle bir çalışmanın yapılmamış olması nedeniyle planlanmıştır. Çalışma, geleceğin hekimleri olacak tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumunu ve özelliklerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın amacı, KKTC Lefkoşa Yakın Doğu Üniversitesi (YDÜ) Tıp Fakültesi Türkçe programındaki öğrencilerin tütün kullanım prevalansı ve tütün kullanım özelliklerinin belirlenmesi ve tütün kullanımı ile tıp eğitiminin ve bazı başka etmenlerin ilişkisinin incelenmesidir. Uzun dönemde tıp öğrencilerinde tütün alışkanlığının önlenmesi ve toplum için rol modeli olabilmelerini sağlayacak programların geliştirilmesine katkıda bulunmak hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Şubat 2018'de YDÜ Tıp Fakültesi'nde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma evrenini oluşturan Tıp Fakültesi Türkçe programında öğrenim gören toplam 805 öğrencinin 698'ine (%86,7) ulaşılmıştır.

Bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, milliyet, medeni durum, tıp fakültesindeki eğitim yılı, KKTC'deki yaşam süresi, ailedeki sigara içen üyeler (ebeveyn, kardeşler) oluşturmuştur.

Bağımlı değişkenler ise, aktif sigara içicisi olmak, içilen sigara miktarı, nikotin bağımlılığı durumu, sigara dışı tütün ürünleri kullanımı, sigara bırakma

çabaları, pasif içicilik durumu, rol modeli olma konusundaki tutum, kapalı yerlerde sigara içme yasakları hakkında tutumlar olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırmada kullanılan anket formu araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. İlk 9 soru kişilerin sosyodemografik özellikleri, diğer 12 soru ise tütün kullanım özellikleri hakkındadır. Anketler katılımcılara dağıtılarak araştırmacıların doğrudan gözetimi altında doldurmaları sağlanmıştır.

Araştırmada Kullanılan Tanım-Terim ve Ölçütler

Tütün ürünü: Tütün içeren sigara ve başka herhangi bir tütün ürünü.

Tütün alışkanlığı: Dumanlı ya da dumansız herhangi bir tütün ürününün halen kullanılıyor olması (29).

Fagerström Testi: Nikotin bağımlılığını ölçmek için uygulanan 6 sorudan oluşan test.

Nikotin bağımlılığı: Fagerström testine göre fizyolojik olarak tütün ürünü bağımlısı olma durumu.

Sigara içen: Her gün günde en az bir adet ya da ara sıra (günde bir sigaradan az) sigara içen kişi.

Yaşam boyu sigara içen: Yaşamının herhangi bir döneminde sigara içmiş ve bırakmış ya da halen içmekte olan.

Nargile ile eşanlamlı sözcükler: Water pipe, Shisha, Argila, Hookah. Veriler SPSS 18.0.0 (Statistical Package for the Social Sciences) kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz verileri için, tanımlayıcı istatistikler (frekans, ortalama, ortanca, standart sapma, maksimum ve minimum değerler) hesaplanmış, marjinal ve çapraz tablolar yapılmıştır. P için önemlilik değeri, $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

Etik Konular

Katılımcılara isimleri sorulmamış ve ankete de yazmaları istenmemiştir. Çalışma hakkında öğrencilere bilgi verilmiş ve ankete başlamadan önce kişilerin onamları alınmıştır. Araştırma bilimsel amacı dışında kullanılmayacaktır. Araştırma için Yakın Doğu Üniversitesi Tıp

Fakültesi Dekanlığı'nın izni sağlanmıştır. Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu'nun, 18.01.2018 tarih, 2018/54 No.lu kararı ve 516 Proje No. ile etik uygunluk onayı alınmıştır.

Bulgular

Yakın Doğu Üniversitesi (YDÜ) Tıp Fakültesi Türkçe programında öğrenim görmekte olan 805 öğrenciden ankete yanıt veren öğrenci sayısı 698'dir (%86,7). Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Öğrencilerin 654'ü (%94,4) 18-24 yaşında, 331'i (%47,6) erkek, 364'ü (%52,4) kadındır.

Öğrencilerin, 624'ü (%90,3) TC vatandaşı, 64'ü (%9,3) KKTC vatandaşıdır.

Katılımcıların sağlık hizmetlerini %62,1 devlet, 24,8 özel sigorta karşılamakta, %18,9'u ise sağlık harcamalarını kendi cebinden yapmaktadır.

Kıbrıs'ta yaşama sürelerinin, öğrencilerin %44,4'ünde 3-5 yıl arası ve %18,2'inde ise 5 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sigara içme durumu ve özellikleri Tablo 2'de incelenmiştir.

Öğrencilerin 242'si (%34,7) yaşamı boyunca sigara içmemiş, 63'ü (%9,0) daha önce içmiş bırakmış, 194'ü (%27,8) günde en az 1 sigara olmak üzere düzenli içicidir. Katılımcıların toplam 247'si (%35,4) ara sıra ya da her gün sigara içmektedir.

Öğrencilerin 158'inin (%56,2) sigara içme süresi 2-5 yıl, 44'ünün ise (%15,7) 6-10 yıldır; 49'u (%18,4) günde 16-20 adet, 32'si (%12,0) ise günde 20 adet ve üzeri sigara tüketmektedir.

Öğrencilerin 45'i (%20,0) ilk sigaralarını uyandıktan sonraki ilk 5 dakika içinde, 63'ü (%28,0) ise ilk 6-30 dakikada içmektedirler. Yani sigara içenlerde bağımlılık düzeyi %48'dir.

Öğrencilerin 122'si (%51,3) sigaraya tıp fakültesine başlamadan önce, 116'sı (%48,7) ise tıp fakültesine başladıktan sonra sigara içmeye başlamışlardır. Sigaraya tıp fakültesinde başlayan öğrencilerin 82'si (%90,1) sigaraya tıp fakültesinin ilk iki sınıfında başlamıştır.

Sigara içmiş ya da içmekte olan öğrencilerin 136'sı (%50,9) sigarayı bırakma girişiminde bulunmuştur. Sigarayı bırakma girişiminde

Tablo 1. YDÜ Tıp Fakültesi Türkçe program öğrencilerinin bazı sosyodemografik özellikler, milliyet ve 12 yaşına kadar yaşadığı ülkelere göre dağılımı (Lefkoşa, Ocak- Şubat 2018)(N=698)

Sosyodemografik özellikler	n	%		
Yaş (Yıl) (n=693)				
18-24	654	94,4		
≥ 25	39	5,6		
Ortalama ± SS=20,91±2,53 min=18 max=34				
Cinsiyet (n=695)				
Erkek	331	47,6		
Kadın	364	52,4		
Sınıf (tıp fakültesi) (n=695)				
1.	192	27,6		
2.	184	26,5		
3.	195	28,1		
4.	67	9,6		
5.	45	6,5		
6.	12	1,7		
Medeni durum (n=692)				
Bekar	683	98,7		
Evli	7	1,0		
İlişkisi var	2	0,3		
Boşanmış	0	0		
	Milliyet (n=691)	12 yaşına kadar yaşadığı ülke (n=697)		
	n	%	n	%
Türkiye	624	90,3	624	89,5
KKTC	64	9,3	67	9,6
Diğer*	3	0,4	6	0,9

*Milliyet: Suriye, Filistin, ABD, *12 Yaşa kadar yaşadığı ülke: Suriye(3), Suudi Arabistan, Lübnan, Almanya

bulunanların %78,9'u kendi kendine bırakmaya çalışarak sigarayı bırakmayı denemiştir. İlaç tedavisiyle bırakma denemesi yapan dört kişidir (%5,6). Öğrencilerin 33'ü bırakma girişiminde başarılı olduğunu belirtmiştir.

Pasif içicilik açısından değerlendirmede, öğrencilerin 229'u (%33,5) kafe ve restoranlarda, 207'si (%30,3) diğer kapalı ortamlarda, 125'i (%18,3) kendi evlerinde sigara dumanına maruz kalmaktadır.

Katılımcıların sigara dışında tütün ürünü kullanım durumları Tablo 3'te, kapalı ortamlarda sigara yasağı ve hekimlerin rol modeli olması konularındaki tutumları Tablo 4'te verilmiştir.

Öğrencilerin 213'ü (%30,8) sigara dışında tütün ürünü kullanmaktadır. Yanıt verenlerin 155'i

(%23,3) nargile, 14'ü (%2,1) puro, 7'si (%1,1) buharlaştırıcı ya da e-sigara, 5'i (%0,8) pipo kullanmaktadır.

Öğrencilerin 618'i (%89,8) kapalı kamu ortamlarında tütün yasağını desteklemekte, 70'i (%10,2) desteklememekte; 574'ü (%83,7) doktorların toplum için rol modeli olması gerektiğini düşünürken, 112'si (%16,3) ise aksi görüştedir.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sigara içme alışkanlıklarının dağılımı Tablo 5'te incelenmiştir. Toplam 694 yanıtlayanın 246'sı (%35,4), 331 erkek öğrencinin 144'ü (%43,5), 363 kadın öğrencinin 102'si (%28,1) sigara içmektedir. Cinsiyete göre sigara içme alışkanlığı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmaktadır (p<0,001): erkekler daha çok sigara içmektedirler.

Tablo 2. YDÜ Tıp Fakültesi Türkçe program öğrencilerinin sigara içme özelliklerine göre dağılımı (Lefkoşa, Ocak- Şubat 2018)(N=698)

	n	%
Yaşam boyu sigara içme (n=697)		
Hiçbir zaman	242	34,7
Yalnızca denemiş	145	20,8
Daha önce içmiş bırakmış	63	9,0
Günde en az bir sigara	194	27,8
Günde birden az	53	7,6
Halen sigara içme (n=697)		
Sigara içiyor	247	35,4
İçmiyor	450	64,6
Sigara içme süresi (n=281*)		
1 yıl ve altında	70	24,9
2-5 yıl	158	56,2
6-10 yıl	44	15,7
10 yıldan fazla	9	3,2
Günlük sigara sayısı (n=267*)		
1 ve altında	44	16,5
1-5	55	20,6
6- 10	50	18,7
11-15	37	13,9
16-20	49	18,3
20 üstünde	32	12,0
İçilen ilk sigaranın zamanı (n=225)		
İlk 5 dakika	45	20,0
6-30 dakika	63	28,0
30 dakika üstünde	117	52,0
Sigaraya başlama zamanınının tıp fakültesine girişle ilişkisi (n=238)		
Tıp fakültesine başlamadan önce	122	51,3
Tıp fakültesine başladıktan sonra	116	48,7
Sigaraya başlanan tıp fakültesi sınıfı (n= 91)		
1.	52	57,1
2.	30	33,0
3.	7	7,7
4.	2	2,2
5.	0	0,0
6.	0	0,0

*Yaşamının bir döneminde sigara içip bırakmış ve halen sigara içenleri kapsamaktadır

Tablo 3. YDÜ Tıp Fakültesi Türkçe program öğrencileri arasında sigara dışında tütün ürünü tüketim durumu (Lefkoşa, Ocak- Şubat 2018)(N=698)

	n	%
Sigara dışı tütün ürünü (n= 691)		
Kullanmıyor	478	69,2
Kullanıyor	213	30,8
Nargile (n=665)	155	23,3*
Puro (n=664)	14	2,1*
Buharlaştırıcı ya da e-sigara(n=665)	7	1,1*
Pipo (n=665)	5	0,8*

*Satır yüzdesi

Tablo 4. YDÜ Tıp Fakültesi Türkçe program öğrencilerinin kapalı ortamlarda sigara içme yasağı ve hekimlerin sigara içmeyerek topluma rol modeli olmaları konularındaki tutumlarına göre dağılımı (Lefkoşa, Ocak-Şubat 2018)(N=698)		
Kapalı kamu ortamları yasağını destekleme durumu (n=688)	n	%
Evet	618	89,8
Hayır	70	10,2
Doktorların rol modeli olması hakkında tutumları (n=686)		
Evet	574	83,7
Hayır	112	16,3

Tablo 5. YDÜ Tıp Fakültesi Türkçe program öğrencilerinin sigara içme durumlarının cinsiyete göre dağılımı (Lefkoşa, Ocak- Şubat 2018)(N=698)								
Sigara içme durumu	Erkek		Kadın		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Halen sigara içen (n=694)								
Sigara içen	144	43,5	102	28,1	246	35,4	18,0	p<0,001
İçmeyen	187	56,5	261	71,9	448	64,6		
Yaşam boyu sigara içme (n=694)								
Hiç içmemiş	94	28,4	147	40,5	241	34,8	29,69	P<0,001
Denemiş	57	17,2	87	24,0	144	20,8		
İçmiş bırakmış	36	10,9	27	7,4	63	9,0		
Günde en az 1 sigara	120	36,3	73	20,1	193	27,8		
Günde 1 sigaradan az	24	7,2	29	8,0	53	7,6		

Tablo 6. YDÜ Tıp Fakültesi Türkçe program öğrencilerinin yaş ve cinsiyete göre, tıp fakültesine girmeden önce ya da sonra sigaraya başlama durumlarının dağılımı (Lefkoşa, Ocak- Şubat 2018)(N=698)						
Sigaraya başlama	Fakülteye girmeden önce		Fakülteye girdikten sonra		χ^2	p
	n	%*	n	%		
Cinsiyet (n= 237)						
Erkek	78	59,1	54	40,9	6,92	p=0,009
Kadın	44	41,9	61	58,1		
Yaş grubu (n=237)						
<25	112	52,3	102	47,7	1,45	p=0,23
≥25	9	39,1	14	60,9		

*Yüzdeler satır yüzdesi

Toplamda 132 erkek öğrenciden 78'inin (%59,1) tıp fakültesine girmeden önce sigara alışkanlığı var iken, 54'ü (%40,9) fakülteye girdikten sonra sigara içme alışkanlığı edinmiştir. Toplam 115 kız öğrenciden 44'ü (%41,9) tıp fakültesine girmeden önce sigara alışkanlığı edinmişken, 61'i (%58,1) tıp fakültesine girdikten sonra sigara içmeye başlamıştır. Kadın ve erkek öğrenciler arasında tıp fakültesine girmeden önce ya da girdikten sonra sigaraya başlama açısından istatistiksel önemli fark vardır; kadın öğrenciler önemli ölçüde tıp fakültesine girdikten sonra sigaraya başlamışlardır (p=0,009).

Yaş ile tıp fakültesine girmeden önce ya da sonra sigaraya başlama arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır (p=0,23). Öğrencilerin aile üyelerinin sigara alışkanlığı açısından değerlendirmesinde, 161'inin (%32,3) babalarının, 113'ünün (%22,7) annelerinin, 60'inin (%12,0) hem anne hem babalarının, 51'inin ise (%10,2) kardeşlerinin sigara içtiği belirlenmiştir.

Tablo 7'de katılımcıların ailelerinin sigara içme alışkanlıklarına göre kendilerinin sigara içme durumları gösterilmiştir. Babası sigara içen 87 öğrenci (%54,0), annesi

Tablo 7. YDÜ Tıp Fakültesi Türkçe program öğrencilerinin sigara içme durumlarının aile üyelerinin sigara içme durumuna göre dağılımı (Lefkoşa, Ocak-Şubat 2018) (N=698)

Tip öğrencisi Aile üyesi	Sigara içen		Sigara içmeyen		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Baba (n= 498)							
Sigara içen	87	54,0	74	46,0	161	32,3	p<0,05
Sigara içmeyen	106	31,5	231	68,5	337	67,7	
Anne (n=498)							
Sigara içen	60	53,1	53	46,9	113	22,7	p<0,001
Sigara içmeyen	133	34,5	252	65,5	385	77,3	
Anne ve baba (n=498)							
Sigara içen	39	65,0	21	35,0	60	12,0	p<0,001
Sigara içmeyen	154	35,2	284	64,8	438	88,0	
Kardeş (n=498)							
Sigara içen	23	45,1	28	54,9	51	10,2	p<0,001
Sigara içmeyen	170	38,0	277	62,0	447	89,8	

*McNemar testine göre p değeri alınmıştır **498 üzerinden satır yüzdesi ***498 üzerinden sütun yüzdesi

Tablo 8. YDÜ Tıp Fakültesi Türkçe program öğrencilerinin sigara içme durumlarına göre sigara dışında başka tütün ürünü kullanma durumları (Lefkoşa, Ocak-Şubat 2018) (N=698)

Sigara dışı tütün ürünü kullanım durumu	Sigara içen		Sigara içmeyen*		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Nargile(n=664)	95	61,3	60	38,7	155	64,3	p<0,001
Puro (n=663)	11	78,6	3	21,4	14		p<0,001***
Buharlaştırıcı ya da e-sigara (n=664)	4	57,1	3	42,9	7		p=0,24***
Pipo(n=664)	3	60,0	2	40,0	5		P=0,35***

*Yalnızca sigarayı içmektedir **Satır yüzdesi ***Fisher kesin testi

Tablo 9. YDÜ Tıp Fakültesi Türkçe program öğrencilerinin sigara içme durumuna göre kapalı yerlerde sigara içme yaşağı ve doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları konularındaki tutumlarının dağılımı (Lefkoşa, Ocak- Şubat 2018) (N=698)

Kapalı yerde sigara içme yaşağına karşı tutum (n=687)	Sigara içen		Sigara içmeyen		χ^2	p
	n	%	n	%		
Olumlu	197	80,4,9	420	95,0	36,7	<0,001
Olumsuz	48	19,6	22	5,0		
Doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları hk tutum (n= 685)						
Katılıyor	169	69,8	405	91,4	53,7	<0,001
Katılmıyor	73	30,2	38	9,6		

sigara içen 60 öğrenci (%53,1) ebeveynlerin her ikisinin de aktif sigara içici olduğu 39 öğrenci (%65,0) sigara içmektedir. Her iki ebeveyninin sigara içmediği 284 (%64,8) öğrencinin sigara kullanmadığı görülmektedir. Kardeşleri sigara içen öğrencilerde sigara içme %45,1, kardeşleri içmeyenlerde %38'dir. Öğrencilerin sigara alışkanlığı açısından, aile üyelerinin sigara içmesi, her bir aile ferdi için istatistiksel olarak önemli

ölçüde etkili bulunmuştur (baba için p<0,05; diğerleri için p<0,001).

Tablo 8'de öğrencilerin sigara dışındaki tütün kullanım alışkanlıklarının sigara içmeleriyle ilişkisi incelenmektedir.

Katılımcılardan nargile içen 155 kişiden 95'i (%61,3) sigara kullanmakta iken, 60'ı (%38,7)

sigara içmemektedir; yani 60 kişi sigara içmediği halde nargile kullanmaktadır. Ancak nargile içenler arasında, sigara içenler sigara içmeyenlere göre önemli ölçüde daha yüksektir ($p<0,001$). Puro içen 14 kişinin 11'i (%78,6) sigara içmekte iken, 3'ü (%21,4) sigara içmemektedir; puro içenlerde sigara içenler içmeyenlere göre önemli düzeyde daha fazladır ($p<0,001$). Buharlaştırıcı ve e-sigara ile pipo içenlerde sigara içenlerle içmeyenler arasında istatistiksel önemli fark bulunmamıştır.

Tablo 9'da tütün kullanan ve kullanmayan katılımcıların, kapalı yerlerde sigara yasağına karşı tutumları ile doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları hakkındaki tutumları incelenmiştir.

Sigara kullanan katılımcıların 197'si (%80,4) ve sigara içmeyen katılımcıların ise 420'si (%95,0) kapalı yerlerde sigara içme yasağına karşı olumlu bir tutum sergilemişlerdir. Sigara içen öğrencilerin 169'u (%69,8) ve sigara içmeyen öğrencilerin ise 405'i (%91,4) doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları görüşüne katılmaktadırlar. Kapalı yerlerde sigara içme yasağını destekleme ve doktorların topluma rol modeli olmaları görüşüne katılma konularında sigara içenlerle içmeyenler arasında istatistiksel önemli fark bulunmuştur (her iki parametre için $p<0,001$).

Doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları tutumu açısından iki cinsiyet arasında kadınlar lehine önemli fark bulunmuştur Yani kadınlar erkeklere göre istatistiksel olarak önemli ölçüde daha fazla doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları gerektiği görüşündedirler ($p<0,001$). Kapalı yerlerde sigara içme yasağını destekleme açısından da cinsiyetler arasında kadınlar lehine istatistiksel olarak önemli fark bulunmaktadır ($p=0,04$).

Preklinik ve klinik sınıflardaki öğrencilerin, hekimlerin rol modeli olmaları gerektiğine ilişkin görüşleri arasında istatistiksel önemli fark bulunmamıştır; her iki grupta rol modeli olmaları gerektiği görüşü yüzde 80 dolayında desteklenmektedir (preklinik-ilk 3 sınıf %84,6; klinik-4-6. Sınıflar %79,8).

Tartışma

Bu araştırmada Lefkoşa'daki Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkçe programında

öğrenim görmekte olan tüm öğrencilerde sigara ve diğer tütün ürünleri kullanım özellikleri araştırılmıştır. Hedeflenen 805 öğrencinin büyük çoğunluğuna (%86,7) ulaşılmıştır.

Araştırmamızda %34,7 öğrenci yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş, %29,8 ise halen içmemekle birlikte bir dönem sigara içmiştir. Sigara içme düzeyi ortalama %35,4 olup erkeklerde önemli ölçüde daha yüksektir. Pakistan da tıp öğrencilerinde yapılan bir kesitsel araştırmada, tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme prevalansı %13,4 ile araştırmamıza göre düşük bulunmuştur (30). ABD Brown Üniversitesi ile İtalya Bologna Üniversitesi tıp fakültelerinde yapılan ortak araştırmada, Bologna Üniversitesi'nde sigara içme prevalansının (%29,5) Brown Üniversitesi'ne kıyasla (%6,1) epeyce fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (31).

2007 yılında yapılan bir sistematik araştırmaya göre, 1990'ların sonlarında tıp öğrencilerinde en düşük prevalanslar %2-4 dolaylarında Amerikan, Avustralya, Çin ve Hindistan tıp fakültelerinde belirlenmiştir. Farklı araştırmalarda bu ülkelerde ve Tayland ve Malezya'da tıp öğrencilerinde prevalans hızlarının %10 altında olduğu gösterilmiştir. Erkek tıp öğrencilerde yüksek prevalans örnekleri arasında Yunanistan (%41) ve İspanya (%42) başta gelmektedir (32).

Mayıs 2009'da Avrupa'da Almanya, İtalya, Polonya, İspanya'yı içeren ve 12 farklı tıp fakültesinde yapılan bir kesitsel araştırmada toplam sigara içme prevalansı %28,0 ile en düşük Almanya'da ve %31,3 ile en yüksek İtalya'da olmak üzere, ortalama 29,3% olarak bulunmuştur (33). Bu ülkeler Avrupa'da genel nüfusta sigara içmenin görece daha yüksek olduğu ülkelerdir ve genel durumun tıp öğrencilerine de yansıdığı anlaşılmaktadır.

Kahire'de yapılan bir araştırmada bizim araştırmamıza benzer olarak, öğrencilerin çoğunluğunun sigara içmediği, ancak öğrencilerin %46,7'sinin bir dönem tütün ürünü kullandığı, %35,0'inin de halen aktif sigara ve nargile tükettiği belirlenmiştir (34).

İlk sigaranın uyandıktan sonraki 30 dakika içinde içilmesi fizyolojik nikotin bağımlılığı göstergesidir. Araştırmamızda sigara içen katılımcıların %48,0'inin bu ölçüte göre bağımlı olduğu

görülmüştür. Sigara içenlerin %51,0'i tıp fakültesine başlamadan önce, %49,0'u tıp fakültesine başladıktan sonra sigara içme alışkanlığı edinmişlerdir. Sigaraya tıp fakültesinde başlayanların çoğu (%57,0) sigara içmeye tıp fakültesinin birinci sınıfında başlamıştır. Hiçbir öğrenci sigara içmeye 5. ve 6. sınıfta başlamamıştır. Bizim çalışmamızın aksine, Pakistan'da tıp öğrencilerinde yapılan kesitsel araştırmada, öğrencilerin tıp fakültesindeki sınıfları ilerledikçe, sigara içme sıklığının da arttığı ve sigara karşıtı kampanyalara katılımlarının da azaldığı belirlenmiştir (30).

Sigara içen katılımcıların yarısı daha önceden sigarayı bırakma girişiminde bulunmuştur. Sigarayı bırakma girişimlerinde bulunanların çoğu kendi kendine bırakmayı denemişlerdir. Bırakma girişiminde bulunanların sayısı az olmakla birlikte, bunların %63,5 kadarı bırakma başarısı göstermiştir. Avrupa'da 12 farklı tıp fakültesinde yapılan araştırmada, öğrencilere sigara bırakma yöntemleri hakkında bilgileri sorulmuş, büyük çoğunluğu nikotin bandı, nikotin sakızı ve bazı antidepressanların sigara bırakmada yararlı olduğunun bilincinde olduklarını belirtmişlerdir (33).

Katılımcıların büyük çoğunluğu çevresel sigara dumanından etkilendikleri en sık yer olarak kafe ve restoranları, ikinci sıklıkla kapalı ortamları belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, Kuzey Kıbrıs'ta yürürlükte olan yasal düzenlemeye karşın, kapalı yerlerde sigara içme yasağına, özellikle kafe ve restoranlar tarafından uyulmadığını düşündürmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu sigara dışında başka bir tütün ürünü kullanmamaktadır. Öğrencilerin bir bölümü nargile kullanmakta (toplamda %23,3), az sayıda öğrenci de puro, buharlaştırıcı ya da e-sigara ve pipo kullanmaktadır. Sigara içmediği halde nargile tüketen 60 öğrenci (%9,0) ve ayrıca az sayıda diğer tütün ürünlerini kullanan öğrenci de vardır. Bu öğrenciler ileride aktif sigara içicisi olma potansiyeli taşımaktadır.

Hekim adaylarının büyük çoğunluğu kapalı ortamlarda sigara içme yasağını desteklemekte ve doktorların sigara içmeyerek toplum için rol modeli olması gerektiğini düşünmektedir. Diğer

ülkelerde yapılan çalışmalar da bu sonuçlarla uyumlu bulunmuştur. Örneğin, Avrupa'daki 12 tıp fakültesi araştırmasında tıp öğrencilerinin üçte ikisinden fazlası doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları gerektiğini düşünmektedir (33). Pakistan'daki araştırmada öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%90,0), doktorların sigara içmesinin hastalara ve topluma karşı negatif bir duruş sergileyeceğini düşündükleri saptanmıştır (30). Kahire'deki araştırmada da öğrencilerin çoğunluğu (%87,7) sigara içmenin ciddi bir toplum sağlığı sorunu olduğunu düşünmekte ve yasakları desteklemektedir (34). ABD-İtalya ortak araştırmasında Brown üniversitesi (ABD) öğrencileri (%93,9) İtalya Bologna Üniversitesi'ne (%74,7) kıyasla çok daha yüksek bir oran ile tütün kullanmanın doktorların hastaların sigara içme alışkanlıklarına yaklaşımlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (30). Sonuç olarak dünyanın birçok yerindeki tıp fakültesi öğrencilerinin büyük bölümü, doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları görüşünü desteklemektedirler. Ancak bu tutum ve görüşlerin görece düşük olduğu ülkelerin bulunması tıp eğitiminin bu konudaki yetersizliğinin göstergesidir. Tıp öğrencilerinin rol modeli olma ve yasal önlemleri destekleme konularındaki olumlu tutumlarının yüzde yüz olması beklenir. Bizim araştırmamızda da yüzde 10 ve 16 dolaylarında olumsuz görüş belirten öğrenci bulunmaktadır.

Hekimlerdeki sigara içme durumuna gelince; dünyada tütün kontrolündeki ilerlemeler sonucunda özellikle yüksek gelir düzeyli ülkelerde hekimlerin sigara alışkanlıklarında önemli değişimler olmuştur. Örneğin, Japonya'da hekimlerin sigara içme durumuna ilişkin bir araştırmada, 1965 yılından 2009 yılına kadar Japon hekimlerin sigara içme prevalansının dramatik olarak %66,0'dan %7,0'ye düştüğü saptanmıştır. Bu düşüşün özellikle erkek hekimlerde kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (35).

Dünyanın farklı demografik yerlerinde yapılan ve hekimlerin sigara içme alışkanlıklarını inceleyen bir araştırmada, gelişmiş ülkelerde son otuz yılda sigara içme prevalansında ciddi bir düşüş saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise hekimlerin hala yüksek düzeyde sigara içtiği görülmektedir. Hekimlerde en düşük sigara içme

prevalansları ABD, Avusturalya ve İngiltere'dedir. Hekimlerin hemşire ve diş hekimlerine göre daha az sigara içtikleri belirlenmiştir (36).

Araştırmamızda cinsiyete göre sigara içme alışkanlığı açısından istatistiksel olarak önemli fark bulunmaktadır, erkeklerde sigara içme sıklığı kadınlara göre çok yüksektir. Araştırmamızda erkeklerin %43,5'i, kadınların ise %28,1'i sigara içmektedir. Tüm araştırmalarda kadınlarda hızlar daha düşük olup bazı ülkelerde kadın öğrencilerde sigara alışkanlığının sıfır olduğu ve bunun kültürel nedenlere bağlı olduğu bildirilmektedir (32). Pakistan'da tıp öğrencilerinde yapılan araştırmada da erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre beş kat daha fazla sigara içtiği görülmüştür (30). Avrupa'da 12 farklı tıp fakültesinde yapılan çalışmada, Almanya, İtalya ve İspanya'da erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre daha fazla sigara içtiği görülmüştür. Ancak farklı olarak, Polonya'da kadın tıp öğrencilerinde sigara içme prevalansı daha yüksek bulunmuştur (33).

Araştırmamızda yaşam boyu sigara içme alışkanlıkları açısından erkek öğrencilerin büyük çoğunluğunu günde en az bir adet sigara içenler oluşturmaktayken, kadın katılımcıların ise büyük çoğunluğunu yaşam boyu hiç sigara içmemiş olanlar oluşturmaktadır. Sigara içen erkek öğrencilerin çoğunluğu tıp fakültesine girmeden önce, kadın öğrencilerin ise çoğunluğu fakülteye girdikten sonra sigara içmeye başlamıştır. Kadın öğrenciler erkeklere göre istatistiksel olarak önemli düzeyde tıp fakültesine girdikten sonra sigaraya başlamışlardır (p=0,009).

Aile fertlerinin sigara kullanımı ile öğrencilerin sigara içmesi arasında paralellik bulunmaktadır. Babası sigara içmeyen öğrenciler, babası sigara içen öğrencilere kıyasla istatistiksel olarak önemli ölçüde daha az sigara içmektedir (p<0,05).

Benzer biçimde öğrencilerin annelerinin sigara kullanımı ile kendilerinin sigara içmesi arasında da istatistiksel olarak önemlilik saptanmıştır. Annesi sigara içmeyen öğrenciler annesi sigara içen öğrencilere kıyasla istatistiksel olarak önemli ölçüde daha az sigara içmektedir (p<0,001). Anne-baba ya da kardeşleri sigara içen bireylerin anne-baba ya da kardeşleri sigara içmeyen bireylere göre 4 katına kadar daha çok sigara

kullandıkları bildirilmektedir (13,14). Bu nedenle, bağımlılıkları önleme programlarında birey, ailesi ile birlikte değerlendirilmelidir. Pakistan'daki tıp fakültesi araştırmasında ailesinde sigara içen bir üye bulunan öğrencilerin, kendilerinin sigara içme alışkanlığı edinmesini büyük ölçüde etkilediği saptanmıştır (30). Bu doğrultuda, çocukların aile bireylerinden etkilendiği, ailelerin sigara içme konusunda rol modeli olmaları gerektiği eğitim programlarında yer almalıdır.

Hem sigara içen hem de içmeyen öğrencilerin büyük bir bölümü kapalı yerlerde sigara içme yasağına karşı olumlu bir tutum sergilemektedir. Kadın ve erkek katılımcılarda da kapalı yerlerde sigara içme yasağı konusunda olumlu bir tutum vardır. Ancak sigara içmeyenler ve kadın öğrenciler istatistiksel olarak önemli düzeyde yasakları daha fazla desteklemektedirler. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde dönem bir öğrencilerine yapılan bir araştırmada, öğrencilerin çoğu sınırlayıcı yasaların yürürlükte olmasının sigara kullanımını azalttığını düşünmektedir. Sonuç olarak tıp öğrencileri tütün konusundaki yasal düzenlemelerle ilgili olumlu bir tutum içindedirler (37). Ancak Pakistan'da yapılan kesitsel araştırmada, tıp öğrencilerinin yalnızca %11,1'inin sigara karşıtı kampanyalara destek verdiği ve bu katılımın da çoğunlukla birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinden oluştuğu görülmüştür (30).

Sigara içen ve içmeyen öğrencilerin büyük çoğunluğu doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları görüşüne katılmaktadırlar. Ancak sigara içmeyenler istatistiksel olarak önemli ölçüde daha yüksek düzeyde olumlu tutum içindedirler. ABD ve İtalya ortak araştırmasında, sigara içmeyen öğrencilerin (%86,5) sigara içen öğrencilere (%56,2) kıyasla, doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları görüşünü neredeyse iki katı kadar daha fazla benimsediği görülmektedir (31). Ayrıca bizim çalışmamızda kadın katılımcılar erkek katılımcılara göre doktorların sigara içmeyen rol modeli olmaları görüşünü daha fazla desteklemektedirler. Dünyada benzer araştırmalar, bizim sonucumuz ile örtüşen sonuçlar göstermektedir (34).

Dünyada yapılan araştırmalarda ele alınan başka bir konu, tıp eğitiminde uygulanan tütün eğitim programları hakkındadır. Kahire'de yapılan

araştırmada öğrencilerin yalnızca üçte biri (%34,2) tıp eğitimleri boyunca sigarayı bırakmaya yönelik tedavi eğitimi aldığını belirtmektedir (33). Avrupa'da 12 farklı tıp fakültesinde yapılan çalışmada sigara bırakma eğitimi aldığını belirtenler yalnızca %16,5 olarak saptanmıştır (33). Benzer biçimde Pakistan'da yapılan çalışmada da tıp fakültesinde uygulanan müfredatın tütün kullanımını engelleyecek düzeyde yeterli olmadığı belirlenmiş ve öğrencilerin hastalarına yeterli destek sağlayabilmeleri için müfredata tütünün zararları ile ilgili eklemeler yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (30). Bunlardan farklı olarak, ABD ve İtalya ortak araştırmasında ABD Brown Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrencilerin %95,2 gibi yüksek bir düzeyde, İtalya Bologna Üniversitesi'nde ise öğrencilerin %76,4'ünün tütün kullanımının zararları ile ilgili eğitim aldıkları saptanmıştır (31).

YDÜ Tıp Fakültesi'nde 2015 yılından beri birinci sınıfta tütün alışkanlığının sağlık sonuçları ve hekimin rolü konusunda hem teorik hem uygulamalı; üçüncü sınıfta tütün kontrolü ve sigara bırakma tedavisini kapsamlı bir biçimde ele alan bir eğitim uygulanmaktadır. Altıncı sınıfta ise uygulamalı, interaktif ve öğrenci merkezli bir eğitim sürdürülmektedir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun olumlu bir tutum içinde olması eğitimin bir göstergesi olabilir. Ancak öğrencilerdeki yüksek sigara içme prevalansı bu eğitimin henüz davranış değişikliği oluşturamadığının bir göstergesidir.

6. Sonuç ve öneriler

Tıp Fakültesi öğrencileri arasında sigara içme sıklığı yüksek bulunmuştur. Sigara içen erkek öğrencilerin yarıdan fazlası üniversiteye gelmeden önce sigaraya başlamıştır. Sigara içen kadın öğrencilerin ise yarıdan fazlası tıp fakültesinde sigaraya başladığını açıklamıştır. Bu sonuç tıp eğitimindeki tütün eğitimine erken başlamanın önemini ortaya koymaktadır.

Sigara dışında en fazla kullanılan tütün ürünü nargiledir. Nargile içip sigara içmeyen 60 öğrenci vardır.

Öğrenciler özellikle kafe ve restoranlarda ve başka kapalı yerlerde pasif sigara dumanına maruz kaldıklarını belirtmektedir. Üniversite yerleşkesinde dumandan etkilendiğini belirtenler de vardır.

Sigara bırakma ve tütün kontrolü çalışmalarının başarılı olması için tıp fakültesi öğrencilerinin sigaranın zararları ile ilgili eğitimleri artırılmalı, toplum üzerinde hekimlerin sigara bırakma açısından sorumlulukları olduğu bilinci aşılmalı ve hekimlere sigara bırakma danışmanlığı becerileri kazandıracak biçimde tüm tıp fakültesi müfredatı yeniden düzenlenmeli, yapılandırılmalıdır.

Tıp eğitimi sürecinde öğrencilerin sigara bırakma polikliniklerinde staj yapmaları sağlanmalı ve geleceğin hekimleri olan tıp öğrencilerinin bu konuda topluma rol model olacakları ve sigaradan uzak durmaları gerektiği bilinci verilmelidir. Her tür hekimlik pratiği sürecinde anamnez alırken tütün kullanımının kesinlikle sorgulanması ve sigara içen hastalara motivasyonel görüşme olarak da adlandırılan kısa klinik görüşme yapılması için eğitim programları geliştirilmelidir.

Üniversitelerde ve hastanelerde sigara satılma yasağı getirilmeli, üniversite yerleşkesinin ve hastane çevresinin dumansız hava sahası olması için yasal ve yönetsel düzenlemeler yapılmalıdır. Topluma sigara bırakma programları ücretsiz olarak uygulanmalıdır.

Sonuç olarak, halen tütün bağımlılığının kontrolü için tıp eğitimi de içinde olmak üzere, gerekli programlar yukarıda belirtilmiş olan önlemler ışığında yeniden düzenlenmeli, sağlık sektöründe çalışan her bireyin sorumlulukları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır. Tüm bu yaklaşım ve önlemlerin gerçekleştirilmesi için kamusal sağlık otoritesi ile üniversitelerin yakın işbirliği ve çok sektörlü ortak çalışmaları gereklidir.

İletişim: Dr. Özen Aşut
E-posta: ozen.asut@neu.edu.tr

Kaynaklar

1. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017. Available at : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> Erişim: 08.02.2018.
2. World Health Organization. Why tobacco is a public health priority. Available at: http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/ Erişim: 08.02.2018.
3. Canadian Medical Association. The role of physicians in prevention and health promotion. *Can Med Assoc J* 1995; 153:208A-D. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1338069/pdf/cmaj00074-0083.pdf>. Erişim: 09.02.2018
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit – United States, 1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1993;42:854-857. Available at : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378235/> Erişim: 09.02.2018.
5. Garfinkel L. Cigarette smoking among physicians and other health professionals, 1959–1972. *CA Cancer J Clin* 1976;26:373-375. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/825202>. Erişim: 09.02.2018.
6. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Educ Couns* 2009;74:118-123. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18774670> . Erişim: 12.02.2018
7. Frank E, Carrera JS, Elon L, Hertzberg VS. Predictors of US medical students' prevention counseling practices. *Prev Med* 2007;44:76-8. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16978687> . Erişim: 12.02.2018
8. Aslan D, Bilir N, Dilbaz N, Kılınç O, Örsel O, Özcebe H ve ark. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı. Hekimler İçin Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2010. s. 18-82. Available at: <http://www.havanikoru.org.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/tutun-bagimliliği-el-kitabi-hekimler-icin.pdf>. Erişim: 14.02.2018.
9. Demir T. Sigara bağımlılığı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008; 62: 231-8. Available at: http://www.tuberktoraks.org/managete/fu_folder/2004-01/2004-52-1-063-068.pdf. Erişim: 15.02.2018.
10. Yılmaz S, Benzer F, Ozan S, Gurgoze SY. Oxidative damage and arginase activity in tissues of rats exposed to cigarette smoke. *Revue De Médecine Vétérinaire* 2008; 159(2): 79-86. Available at: https://www.researchgate.net/publication/9003696_Oxidative_damage_and_antioxidant_enzyme_activities_in_experimental_hypothyroidism Erişim: 15.02.2018.
11. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994;309:937-9. 1994:309. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541135/>. Erişim: 18.02.2018.
12. TC. Sağlık Bakanlığı. Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı 2010. Available at: http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu5-ppt-pdf/osman_orsel_tutun.pdf. Erişim: 18.02.2018.
13. Uğur M. Medical Psikoloji. 1. Baskı. İstanbul Sahaflar Kitabevi; 1994. Available at: <http://ebookpdfkitapozeti.xyz/prof-dr-m-mufit-ugur-medikal-psikoloji-pdf-indir/>
14. Odabaşı GN. Sigara Alışkanlığının Türk Toplumunda Dağılım ve özellikleri. Doktora tezi. İstanbul: İstanbul Üniv; 1992. Available at: https://issuu.com/antalyaozelegitimgrubu/docs/s_gara_ali_kanli_i_ve_anne Erişim: 18.02.2018.
15. McWhorter WP, Boyd GM, Mattson ME. Predictors of quitting smoking: the NHANES I followup experience. *Journal of Clinical Epidemiology* 1990;43(12):399-405. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2254778>
16. Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Türk Toraks Derneği. Miki Matbaacılık; 2014. Available at: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/142201415150-Sigara-Birakma-Tani-ve-Tedavi-Uzlas-Raporu-2014.pdf> Erişim: 18.02.2018.
17. Kosku N, Koksü M, Çıkrıkçıoğlu U, Özlen Z. Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Toraks Dergisi* 2003;4(3): 223-30. Available at: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=WY5CM7tPNE2z_YM6pBu0tynopPXZJZ85D6nJqyPD6W8DBxRqIZbT-Fg7qZcUXWuB Erişim: 18.02.2018.
18. Dedeoğlu N, Dönmez L, Aktekin M. Antalya'da sağlık personelinde tütün kullanımı. Sağlık için Sigara Alarmı. 1994;1:7-11. Available at: <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sigara.pdf> Erişim: 18.02.2018.
19. Tezcan S, Yardım N. Türkiye'de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003; 51(4): 390-7. Available at: http://www.academia.edu/2150281/Türkiyede_çeşitli_saglık_kurumlarında_doktor_hemşire_ve_tıp_fakültesi_öğrencilerinin_sigara_içme_boyutu Erişim: 18.02.2018.

20. Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal AMM, Takemura S, Minowa M, Kawahara K. Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians. *JAMA* 2001; 285(20): 2643-8. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11368741> Erişim: 18.02.2018.
21. Josseran L, King G, Velter A, Dressen C, Grizeau, D. Smoking behavior and opinions of French general practitioners. *Journal of the National Medical Association* 2000; 92(8):382-90. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2608614/> Erişim: 20.02.2018.
22. Willaing I, Ladelund S. Smoking behavior among hospital staff still influences attitudes and counseling on smoking. *Nicotine and Tobacco Research* 2004; 6(2): 369-75. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2608614/>
23. Samuels N. Smoking among hospital doctors in Israel and their attitudes regarding anti-smoking legislation. *Public Health* 1997; 111(5): 285-8. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9308375> Erişim: 18.02.2018.
24. Zwar NA, Richmond RL. Role of the general practitioner in smoking cessation. *Drug and Alcohol Review* 2006; 25(1): 21-6. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16492574> Erişim: 18.02.2018.
25. TC. Sağlık Bakanlığı Tütün Bağımlılığı ile Mücadele El Kitabı, 2010. Available at: <http://www.havanikoru.org.tr/dosya/dokumanlar/yayinlar/tutun-bagimliliği-el-kitabi-hekimler-icin.pdf> Erişim: 20.02.2018.
26. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. s. 5. Available at: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011185934-HEB.pdf>
27. Bal DG, Lloyd JC, Manley MW. The role of the primary care physician in tobacco use prevention and cessation. *CA Cancer J Clin* 1995;45(6):369-74. Available at: http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.3322/ca.njclin.45.6.369/asset/369_ftp.pdf;jsessionid=8BEBD860474CCE83CEE698690106F9B.f01t01?v=1&t=jdzp83dv&s=e0a1518bda5f22f77cc645d8bc7afabb51134f0f Erişim: 18.02.2018.
28. Uzaslan E. Sigarayı Bırakma Yöntemleri. *STED* 2003;12(5):166-7. Available at: http://www.ttb.org.tr/STED/sted0503/sigara_birakma.pdf Erişim: 20.02.2018.
29. WHO Global Status Report on Non-communicable Diseases 2014. January 2015. Available at: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
30. Babar BA. Knowledge and Practice Regarding Smoking Among Medical Students in Pakistan. Master's Thesis, University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences Public Health. Available at : http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20161049/urn_nbn_fi_uef-20161049.pdf. Erişim: 18.02.2018.
31. Armstrong GW, Veroonese G, George PF, Montroni I, Ugolini G. Assessment of tobacco habits, attitudes, and education among medical students in the United States and Italy: A cross-sectional survey. *J Prev Med Public Health* 2017; 50(3):177-87. Published online 2017 Apr 14. doi: 10.3961/jpmph.15.061. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5495685/> Erişim: 18.02.2018.
32. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking among medical students. *J Postgrad Med* 2007; 53:55-62. Available at: <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2007/53/1/55/30333> Erişim: 11.04.2018
33. La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M et al. Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public Health* 2012;126(2): 159-64. doi: 10.1016/j.puhe.2011.10.009. Epub 2011 Dec 15. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22177582> . Erişim: 18.02.2018.
34. Khan AA, Dey S, Taha AH et al. Attitudes of Cairo University medical students toward smoking: the need for tobacco control programs in medical education, *J Egypt Public Health Assoc* 2012; 87: 1-7. Available at : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22415329> Erişim:18.02.2018
35. Smith DR, Wada K. Declining rates of tobacco use in the Japanese medical profession 1965-2009. *Epidemiol* 2013;23(1):4-11. Available at : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3700230/> Erişim: 18.02.2018.
36. Smith DR, Leggat LPA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health* 2007; 7:115. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1906758/> Erişim: 18.02.2018.
37. Baykan Z, Naçar M. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı ve tütün kanununa ilişkin görüşleri. *Dicle Medical Journal* 2014; 41 (3): 483-90. Available at : <http://www.diclemedj.org/upload/sayi/33/Dicle%20Med%20J-02121.pdf> Erişim: 18.02.2018.

**TIP ÖĞRENCİLERİNİN
TÜTÜN KULLANIM ALIŞKANLIKLARI VERİ TOPLAMA FORMU**

Sayın öğrencimiz,

Bu anket çalışması sizlerin tütün kullanımı tutum ve davranışlarınızın incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın verileri yukarıda belirtilen amaç dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmanız, soruları dikkatle ve içtenlikle yanıtlamanız doğru sonuçlara ulaşılmasını sağlayacak olup programınızda yer alacak derslerin düzenlenmesi ve bilgi, tutum ve davranışlarınızın geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doç. Dr. Özen Aşut, Prof. Dr. Songül Vaizoğlu, Prof. Dr. Şanda Çalı
Tel. 675 10 00/3026

Araştırma Üyeleri:
Int. Dr. Asu Özcan
Int. Dr. Fatma Dünder
Int. Dr. Çizel Palaz

[] Katılmak istiyorum

Aşağıdaki soruları uygun seçeneği daire içine alarak ve/veya boşluklara yazarak yanıtlayınız. Çoktan seçmeli soruların aksi belirtilmemişse tek yanıtı vardır.

Sosyodemografik Özellikler

1. Kaçıncı sınıfta okuyorsunuz?
2. Cinsiyetinizi belirtiniz. 1. K 2. E
3. Kaç yaşındasınız?
4. Hangi ülkenin vatandaşı olduğunuzu belirtiniz.
5. 12 yaşınıza kadar en uzun süre hangi ülkede yaşadınız?
1. KKTC 2. Türkiye 3. Suriye 4. Diğer (Belirtiniz)
6. Medeni durumunuz nedir? 1. Bekar 2. Evli 3. Diğer (Belirtiniz).....
7. Size göre gelir düzeyiniz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?
Düşük 2.Orta 3.Yüksek
8. Sağlıkla ilgili harcamalarınızı nasıl karşılıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1.Devlet karşılıyor 2.Tamamen cebimden karşılıyorum
3.Özel sağlık sigortam karşılıyor 4. Diğer (Belirtiniz)
- 9.Ne kadar süredir Kıbrıs'ta yaşıyorsunuz?
1. Bir yıldan az 2. Bir -iki yıl 3. Üç-beş yıl 4. Beş yıldan fazla

Tütün Alıkanlığı Özellikleri

10. Hiç sigara içtiniz mi ya da halen sigara içiyor musunuz?
1.Hayır, hiç içmedim
2.Yalnızca denedim
3.Evet, içtim, ancak artık içmiyorum
4.Evet, halen düzenli (her gün, en az 1 adet) içiyorum
5.Ara sıra (günde bir adetten daha az) içiyorum

11. Kaç yıldan beri sigara ya da tütün ürünü içiyorsunuz?

1. Halen sigara / tütün ürünü içmiyorum
2. Bir yıl ya da daha az
3. 2-5 yıldan beri
4. 6-10 yıldan beri
5. 10 yıldan daha uzun süredir

12. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

1. Sigara/tütün ürünü içmiyorum
2. Günde birden az
3. 1-5
4. 6-10
7. 20'den fazla

13. Sigara dışında bir tütün ürünü (örneğin nargile) kullanma durumunuz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

1. Sigara dahil hiçbir tütün ürünü içmedim
2. Sigara dışında bir tütün ürünü içmedim
3. Her gün içerim (Tütün ürününün tipini belirtiniz).....
4. Haftada birkaç kez içerim (Tütün ürününün tipini belirtiniz).....
5. Haftada birden daha seyrek içerim (Tütün ürününün tipini belirtiniz).....
6. Eskiden içerdim, şimdi içmiyorum (Tütün ürününün tipini belirtiniz).....

14. Sigara içmeye ne zaman başladınız ?

1. Sigara içmiyorum
2. Tıp fakültesine başlamadan önce
3. Tıp fakültesine başladıktan sonra (Kaçıncı sınıfta)

15. Sabah ilk sigarayı uyandıktan kaç dakika sonra içersiniz?

1. Sigara içmiyorum
2. İlk 5 dakika içinde
3. 6- 30 dakika içinde
4. 30 dakikadan daha sonra

16. Başkalarının içtiği sigara dumanına ne biçimde maruz kaldığınızı belirtiniz. (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Sigara dumanına maruz kalmıyorum
Evde sürekli sigara içiliyor
Gelen konuklar içiyor
Sık bulduğum kapalı ortamlarda içiliyor
Misafirliğe gittiğimde sigara içiliyor
Lokantada / kafede/ sigara içiliyor
Diğer (Belirtiniz).....

17. Daha önce hiç sigarayı bırakmayı denediniz mi?

1. Hayır
 2. Evet (Kaç kez)
- Bırakma yönteminiz neydi ?.....

18. Kapalı yerlerde sigara içmenin yasaklanmasını doğru buluyor, destekliyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

19. Sigara içmeme bakımından hastalar ve toplum için hekimlerin rol modeli olması gerektiğini düşünüyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

20. TC Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Danışma Hattı'nın telefon numarası aşağıdakilerden hangisidir?

- 112 155 156 171 181

C. AİLE ÖYKÜSÜ

21. Ailenizde sigara / tütün ürünü kullanan var mı? (Birden fazla seçenek seçebilirsiniz)

1. Evet, annem kullanıyor
2. Evet, babam kullanıyor
3. Evet, hem annem hem babam kullanıyor
4. Evet, erkek / kız kardeşlerim kullanıyor
5. Hayır, sigara kullanan yok

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde Yaşlanma İle İlgili Seçilmiş Bazı Ölçütlerin Değerlendirilmesi

An Assessment of Selected Aging Related Criteria in the World Health Organization European Region

Araştırma



Research

Adem Kuzu¹, Cihan Aydın², Mücahit Yıldız³, Hanife Ece Erik⁴, H. Gökçe Keskinlik⁵, Dr. Dilek Aslan⁶, Dr. Meltem Şengelen⁷

DOI: 10.17942/sted.378109

Geliş/Received : 21.03.2018
Kabul/Accepted : 22.08.2018

Öz

Amaç: Dünya genelinde ya da bir bölgedeki sağlık verilerinin incelenmesi ve karşılaştırılması, güncel durumun global ölçüde izlenebilmesi ve özellikle karar vericilerin önceliklerini belirlemesine katkı sunabilir. Yaşlılık global düzeyde "istenilen" bir gelişme olup bazı açılardan değerlendirme ve karşılaştırmaların yapılabilmesi bu konuda geleceğe yönelik yol haritası çıkarmada yararlı olacaktır. Bu temel gerekçe ile bu makalede Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde yer alan 53 ülkenin yaşam beklentisi ve yaşlılıkla ilgili seçilmiş ölçütler incelenmiş, ülkeler arasında karşılaştırmalar yapılmış ve yaşlılığı ilgilendirdiği düşünülen bazı değerlendirmeler yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada 53 ülkenin doğuştan beklenen yaşam süreleri, 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payları temel ölçütler olarak değerlendirilmiştir. Bunlara ek olarak; genel bütçeden sağlığa ayrılan pay, İnsani Kalkınma İndeksi, toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi diğer bazı ölçütler de değerlendirilmiştir. Veriler Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) web sitelerinden elde edilmiştir. Ölçütlerin ülkelere göre karşılaştırılması için tablo, grafik ve haritalar kullanılmıştır. İleri analiz aşamasında korelasyon ve regresyon analizleri de yapılmıştır.

Bulgular: Avrupa Bölgesi, Dünya Sağlık Örgütü'nün altı coğrafi bölgesi içinde yaşlı nüfusu en fazla olan bölge iken, doğuştan beklenen yaşam süresinde ikinci sırada yer almaktadır. Bölge ülkelerinin çoğunun gelişmişlik göstergelerinde dünya ortalamasının üzerinde yer aldığı görülmektedir. Ancak bölge kendi içinde farklılıkları barındırmaktadır. Batı ve Orta Avrupa ülkelerinin; Balkanlar, Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkelerine göre daha uzun doğuştan beklenen yaşam süresine sahip olması, yaşlı nüfusun toplam nüfustaki payının ve İnsani Kalkınma İndeksi'nin daha yüksek olması farklılıklardan bazılarıdır.

Sonuç: Bölgede eşitsizliklerin giderilmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Sağlığın temel belirleyicilerini dikkate alan ve bilimsel zeminde geliştirilmiş müdahale programları özellikle orta ve uzun vadede planlanmalıdır. Bu tür bilimsel çalışmaların yapılması için de güçlü, doğru ve sürekliliği olan veri tabanının oluşturulması bir ihtiyaçtır.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, Eşitsizlik, Küreselleşme, Kalkınma

Abstract

Aim: The examination and comparison of global or regional health data may contribute to monitoring the current situation globally and in particular to the determination of decision-makers' priorities. Old age is a "desired" development at the global level, and the ability to make assessments and comparisons from certain angles might be useful for setting a course for future in this regard. Accordingly, in this article, the life expectancy for 53 countries in World Health Organization European Region and selected criteria related to ageing were examined, comparisons were made between the countries and certain assessments considered to be related to old age were performed.

Materials and Method: The life expectancy at birth for 53 countries and the share of the population aged 65 and over compared to the total population were considered to be basic criteria. Additionally; some other criteria such as the share of overall budget allocated to health, Human Development Index and gender inequality were also assessed. The data were obtained from the websites of the World Health Organization and the United Nations Development Program. Tables, graphs and maps were used for the comparison of the criteria across the countries. Correlation and regression analyses were also performed during the advanced analysis phase.

Findings: The European Region is the area with the largest share of elderly population among the six geographical regions of the World Health Organization while it ranks second in life expectancy at birth. Most of the countries in the region are above the world average in terms of development indicators. However, the region has some differences within itself. Some of these differences are as follows: In Western and Central European countries life expectancy at birth is longer than that in Balkans, Eastern Europe and Central Asian countries, the proportion of elderly in the total population and the Human Development Index are higher in Western and Central European countries.

Conclusion: Studies are required to eliminate the inequalities in the Region. Scientifically developed intervention programs, which take the main determinants of health into account should be planned especially in the medium and long run. In order to carry out such scientific studies, it is also necessary to create a strong, accurate and sustainable database.

Key words: Old age, Inequality, Globalization, Development

1 Dr.; Tekirdağ Kapaklı İlçe Devlet Hastanesi, Tekirdağ (ORCID No: 0000-0001-7859-6404)

2 Dr.; Ardahan Posof İlçe Devlet Hastanesi, Ardahan (ORCID No: 0000-0002-3455-6205)

3 Dr.; HÜTF 2017 yılı mezunu (ORCID No: 0000-0001-8494-3484)

4 Dr. Arş. Gör.; Hacettepe Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0002-0707-0306)

5 Dr. Arş. Gör.; İstanbul Sağlık Bilimleri Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Arş. Hast., İstanbul (ORCID No: 0000-0002-4542-9316)

6 Dr. Öğr. Gör.; Hacettepe Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No:0000-0002-8257-765X)

7 Prof. Dr.; Hacettepe Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No:0000-0002-4053-2517)

Giriş

Yaşlanma kişilerin sahip olduğu bedensel ve ruhsal bazı yetileri zamanla azaltan fizyolojik bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık başlangıcını 65 yaş olarak belirlemiş olup; yaşlılığı da kendi içerisinde genç yaşlı (65-74), yaşlı (75-84) ve ileri yaşlı (85+) olarak sınıflamıştır. Toplumlar da toplam nüfus içerisindeki yaşlı nüfus payına göre genç toplum (%4'ten az), olgun toplum (%4-7), yaşlı toplum (%7-10) ve çok yaşlı toplum (%10'dan fazla) olarak sınıflandırılmaktadır (1).

Modern tıbbın gelişmesine bağlı olarak azalan mortalite hızları nedeniyle dünya nüfusu gün geçtikçe yaşlanmaktadır (1,2). Nüfusun yaşlanması bir nüfusta yaşlı nüfusun payının arttığını, çocukların ve gençlerin payının göreceli olarak azaldığını göstermektedir. Dünyadaki yaşlanma süreci "demografik dönüşüm" olarak adlandırılmaktadır. Mortalite ve fertilitenin azalmasıyla doğuştan sonra beklenen yaşam süresindeki artış bu dönüşümün temel nedenidir (3). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi 1950-55 yılları arasında 46,5 iken 2015 yılında 71,4'e yükselmiştir. 1,2 Aynı yıl için DSÖ Avrupa bölgesinin doğuştan beklenen yaşam süresi 76,8 olarak tahmin edilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2015 yılında yayınlanan "Yaşlı Sağlığı Küresel Strateji ve Eylem Planı (Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health)" raporuna göre 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş ve üzeri kişi sayısının 2025'te 1,2 milyara, 2050'de ise iki milyara çıkması beklenmektedir. Bu bilgiler toplumdaki yaşlı birey sayısının arttığına ve zamanla daha da artacağına işaret etmektedir (4).

Yaşlılık döneminde pek çok sağlık sorunu görülmektedir. Bu sağlık sorunları yeti yitimiyle ya da ölümlerle sonuçlanabilmektedir (5). Sağlık sorunlarının mortalite ve morbiditesini azaltmak için genç yaşlardan itibaren önlem almak gerekmektedir. Önleme yaklaşımlarının sağlığını belirleyicilerini dikkate alan bir bakış açısıyla ele alınması sağlığın bütünsel tanımı içerisinde bir gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlığın belirleyicileri alt başlığında ise; sosyo-ekonomik belirleyiciler, demografik değişkenler, toplumsal

cinsiyet ölçütleri, eğitim vb. öne çıkan başlıklar bulunmaktadır (6). Sağlığın belirleyicileri, bireylerin ya da toplumların sağlığını etkileyen sosyo-ekonomik değişkenlerin tümünü kapsayan bir tanımlamadır. Bu değişkenler başlıca; bireysel özellikler, sosyo-ekonomik değişkenler, çevresel belirleyiciler, yaşam tarzı, ulaşım ve sosyal hizmetler ile ilgili belirleyiciler olarak sınıflanabilir (7).

Dünyada yaşlılık olgusunun, yaşlı refahı politikalarının, yaşlılara sunulan sağlık hizmetinin ve yaşlı bakımı gibi konuların tartışılarak yeniden gözden geçirilmesi yaşlılıkla ilgili doğru bir gelecek öngörüsü için uygun olur (8). Bu hedef geniş ölçekli olup ülkemiz ve ülkemizin de içinde bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerinin bu kapsamda değerlendirilmesi de konuya dair görüş oluşturabilmeye katkı sağlayabilir. Bu temel gerekçe ile bu makalede Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde yer alan 53 ülkenin yaşam beklentisi ve yaşlılıkla ilgili seçilmiş ölçütler incelenmiş, ülkeler arasında karşılaştırmalar yapılmış ve elde edilen sonuçlardan yararlanılarak bazı öneriler geliştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma 04.07.2017 tarihi itibarıyla DSÖ Avrupa Bölgesi web sayfasında yer alan 53 ülkeye ait veriler kullanılarak yapılmıştır (9).

Araştırmanın tipi

Tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

Araştırmada kullanılan ölçütler ve tanımları

Yaşlı: Dünya Sağlık Örgütü tarafından 65 yaş ve üzeri birey olarak kabul edilmektedir (1).

Bütçeden Sağlığa Ayrılan Pay: Devletin sağlığa harcadığı paranın tüm harcamalar içindeki payıdır (10).

Gini İndeksi/Katsayısı: Ülke içindeki gelir dağılımının eşitsizliğini gösteren bir değişkendir. Değer "0" ile "100" arasında olup "0" mutlak eşitliği gösterirken, "100" ise mutlak eşitsizliği ifade etmektedir (11).

İnsani Kalkınma İndeksi: Bu indeks, insani gelişmişliğin, yalnızca bir ekonomik büyüme ile değerlendirilemeyeceği, bir ülkenin gelişmişliğini

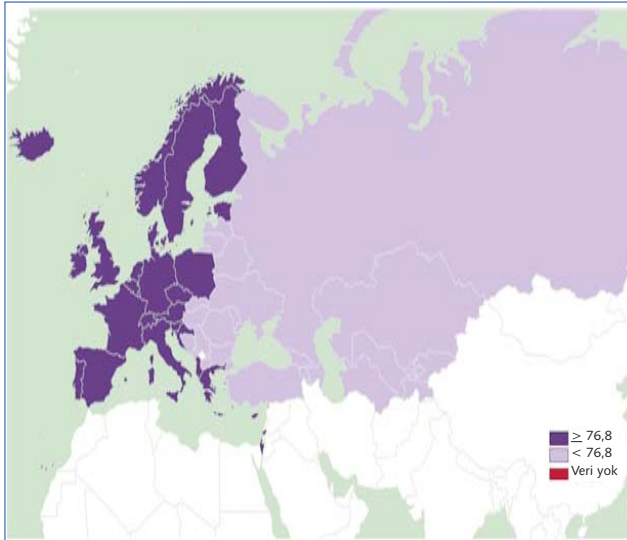
değerlendirmek için bazilere ihtiyaç olması sebebiyle oluşturulmuştur. İndeks esas olarak üç parametreden oluşmaktadır; bunlar beklenen yaşam indeksi, eğitim indeksi ve Gini indeksidir (12). Sağlık boyutu sağlık ve uzun yaşam ölçütüyle değerlendirilmektedir. Eğitim boyutu; beklenen ortalama eğitim yılı, 25 yaş ve üstü yetişkinler için okulda geçen yılların ortalaması ile ölçülmektedir. Ekonomi boyutu; kişi başı gayrisafi milli gelir ile ölçülmektedir. İnsani Kalkınma İndeksi bu başlıklar ile gelişmişliğin yalnızca bir bölümünü ele alabilmekte, cinsiyet eşitsizliği, yoksulluk, işsizlik, insanın güven içinde yaşıyor olması gibi ölçütler bu indekste yer almamaktadır (13).

Veri kaynakları, veri toplama yöntemi, verilerin sunumu

Araştırmada kullanılan verileri DSÖ ve UNDP resmi web sitelerinden yararlanılarak toplanmıştır. Veri toplama aşamasında öncelikle verilerin yazılı olarak kaydedilmesi için bir veri toplama formu oluşturulmuştur. Verilerin sunumu sırasında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen tanım, terminoloji ve isimlendirmeler kullanılmıştır.

Verilerin analizi

Verilerin girişi ve analizi için SPSS-23 istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişki gösterimi için saçılım



Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ülkelerinde Avrupa ortalamasına göre doğuştan beklenen yaşam süresi* (DSÖ Avrupa Bölgesinde yer alan San Marino ve Monako verileri yer almamaktadır)

a Haritada doğuştan beklenen yaşam süreleri ülke karşılaştırılması DSÖ Avrupa ortalamasına (76,8) göre yapılmıştır.

grafığı kullanılmıştır. Doğrusal ilişki bulunan değişkenlerde Pearson korelasyon ve doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımlı değişken 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı ile bağımsız değişken toplam bütçeden sağlığa ayrılan pay ve İnsani Kalkınma İndeksi arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizleri yapılmıştır. Bağımlı değişken doğuştan beklenen yaşam süresi ile bağımsız değişkenler toplam bütçeden sağlığa ayrılan payın korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Pearson korelasyon analizinde, doğrusal regresyon analizinde $p < 0,05$ değeri "istatistiksel olarak anlamlı" kabul edilmiştir (14).

Pearson korelasyon katsayısının gücü için; "0,00-0,25=çok zayıf ilişki; 0,26- 0,49=zayıf ilişki; 0,50- 0,69=orta ilişki; 0,70- 0,89=yüksek ilişki ve 0,90- 1,0=çok yüksek ilişki" kategorileri kullanılmıştır (14).

Regresyon analizinde R2 (belirtme katsayısı), bağımlı değişkendeki değişimin ne kadarının bağımsız değişken ya da değişkenler tarafından açıklandığını ifade etmiştir ve bulunan değer regresyon modelinin açıklayıcılık gücünü yansıtmıştır (14).

Etik konular

Araştırma bilgileri açık kaynaklar kullanılarak toplandığı için etik kurul onayı alınmamıştır. Araştırma sonuçları amaç dışı kullanılmamıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamında DSÖ Avrupa Bölgesi'nde yer alan 53 ülke ilk aşamada doğuştan beklenen yaşam süresi, toplam nüfus içindeki yaşlı nüfusun payı, gelişmişliğin bir göstergesi olan insani kalkınma indeksi ve toplam bütçeden sağlığa ayrılan pay açısından incelenmiştir.

Şekil 1'de Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ülkelerinde Avrupa ortalamasına göre doğuştan beklenen yaşam süresi sunulmuştur. Doğu Avrupa ülkeleri, Rusya, Orta Asya ülkeleri ve Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süreleri Avrupa ortalamasının altındadır.

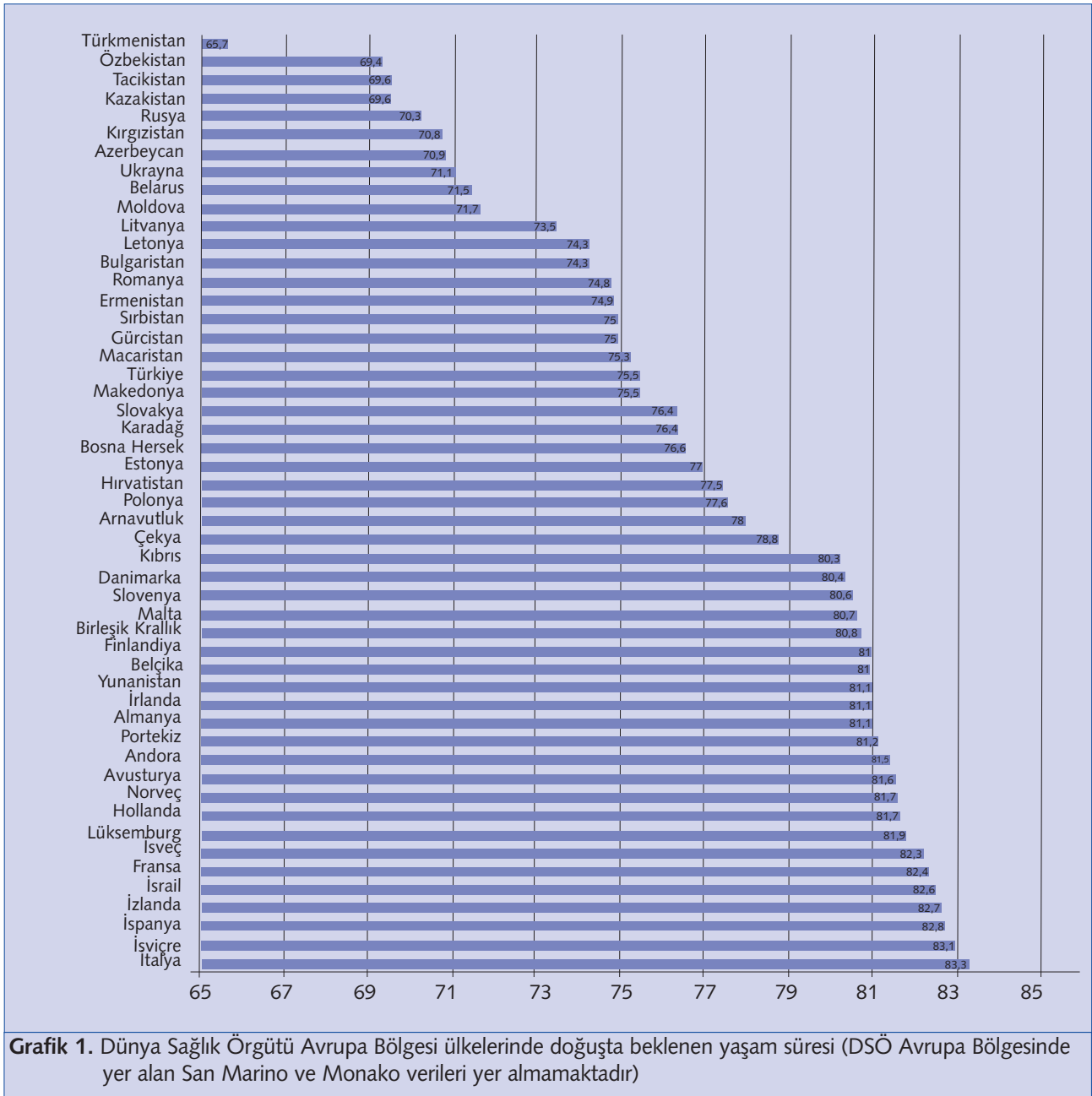
Grafik 1'de Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ülkelerinde doğuştan beklenen yaşam süresi görülmektedir. İtalya, İsviçre, İspanya, İzlanda, İsrail doğuştan beklenen yaşam süresi birbirine çok

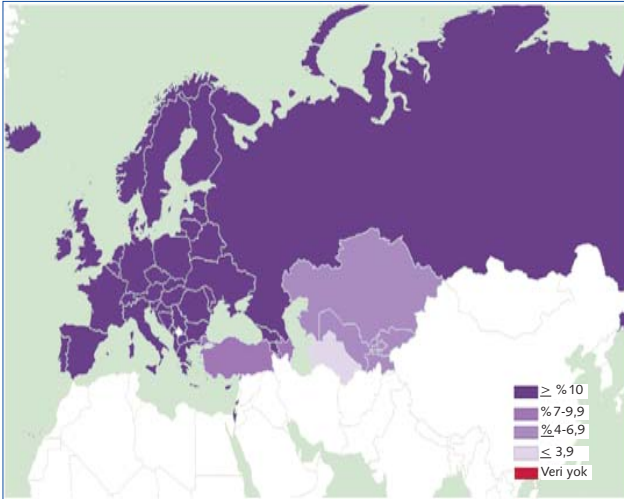
yakın ve en uzun olan ülkelerdir. Türkmenistan, Özbekistan, Tacikistan, Kazakistan, Rusya Avrupa Bölgesi ülkeleri içinde en kısa yaşam süresine sahip ülkelerdir. En uzun doğu'da beklenen yaşam süresine sahip ülke olan İtalya (83,3 yıl) ile en kısa doğu'da beklenen yaşam süresine sahip Türkmenistan (65 yıl) arasında 18,3 yıl saptanmıştır.

Şekil 2'de 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı sunulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü 2013 yılı DSÖ Avrupa Bölgesi verilerine göre, 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının en az olduğu ülke %3,8 ile

Türkmenistan, en fazla olduğu ülke ise %21,0 ile İtalya'dır. Kazakistan, Kırgızistan, Tacikistan ve Özbekistan'ndaki bu pay %4-6,9 arasında ve olgun toplum sınıfındadır. Türkiye %7,6 Azerbaycan %7 ile yaşlı toplum kategorisindedir. Avrupa ülkelerinin büyük kısmın çok yaşlı toplumdur. Doğu-Batı Avrupa'da farklılıklar görülmektedir.

Grafik 2'de DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerinde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payları sunulmuştur. Bölgede 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı en fazla olan ülkeler sırasıyla İtalya, Almanya ve Yunanistan,

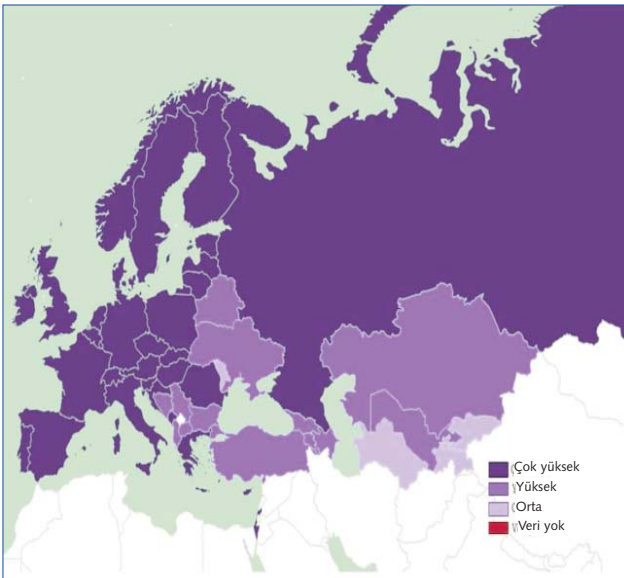




Şekil 2. 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı (%) (DSÖ Avrupa Bölgesinde yer alan Andorra ve Monako verileri yer almamaktadır)

Bulgaristan, Finlandiya; en az olan ülkeler Türkmenistan, Özbekistan ve Kırgızistan, Tacikistan ve Kazakistan'dır.

Şekil 3'de DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinin İnsani Kalkınma İndeksi açısından karşılaştırılması sunulmuştur. Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Fonu (UNDP) ülkeleri gelişmişlik seviyelerine göre "çok yüksek", "yüksek", "orta" ve "düşük" insani gelişme seviyesi olarak sınıflamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ülkelerinin tamamı "orta" ve daha yüksek gelişmişlik seviyesinde yer almaktadır.



Şekil 3. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ülkelerinin İnsani Kalkınma İndeksi açısından karşılaştırılması (DSÖ Avrupa Bölgesinde yer alan San Marino ve Monako verileri yer almamaktadır)

Haritadan Avrupa ülkelerinin büyük kısmının "çok yüksek" insani gelişmişlik seviyesinde olduğu görülmektedir. Türkiye, "yüksek" insani gelişmişlik seviyesinde olup Avrupa'da 40, dünyada 71. sıradadır. Avrupa bölgesinden yalnızca dört ülke (Moldova, Türkmenistan, Kırgızistan ve Tacikistan) "orta" insani gelişmişlik seviyesindedir. Dünyada daha çok Afrika ülkelerinin bulunduğu "düşük" insani gelişmişlik seviyesinde Avrupa ülkesi yoktur. Ayrıca İnsani Kalkınma İndeksinin en yüksek olduğu bölge ülkeleri sırasıyla Norveç, İsviçre ve Almanya iken, en düşük olduğu ülkeler sırasıyla Tacikistan, Kırgızistan ve Türkmenistan'dır.

Tablo 1'de ülkelerin İnsani Kalkınma İndeksi sıraları, doğuştan beklenen yaşam süreleri, 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı ve toplam bütçe içerisinde sağlığa ayrılan payın yüzdesi sunulmuştur.

Çok yüksek insani gelişmişlik grubundaki ülkelerin doğuştan beklenen yaşam süresi ortalaması 81,6, toplam bütçe içinden sağlığa ayrılan pay %9,64 ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı %17,13'dür.

Yüksek insani gelişmişlik grubundaki ülkelerin doğuştan beklenen yaşam süresi ortalaması 75,33, sağlığa ayrılan pay %7,01 ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı %14,33 olarak hesaplanmaktadır.

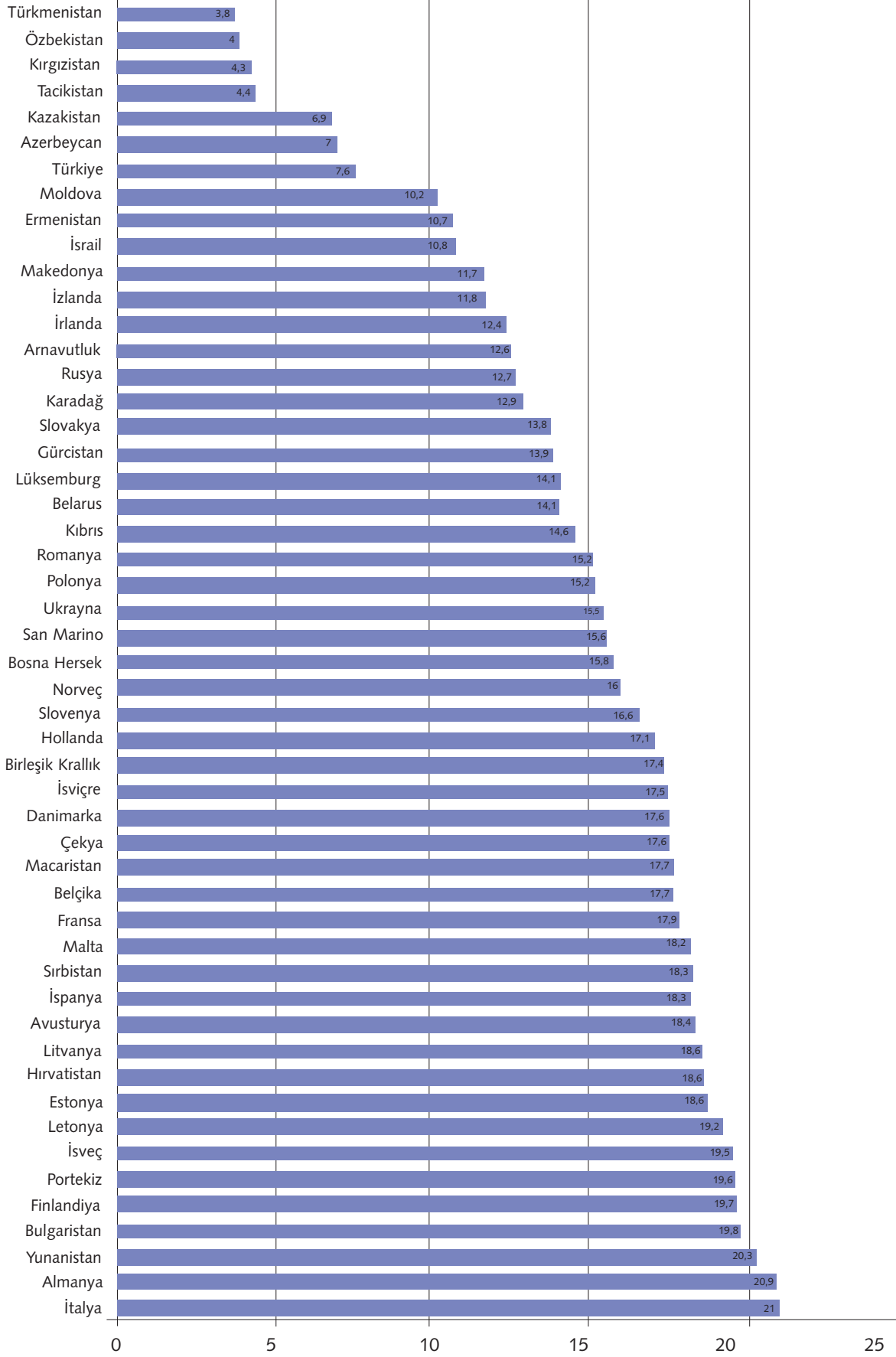
Orta insani gelişmişlik grubundaki ülkelerin doğuştan beklenen yaşam süresi ortalaması 69,45, sağlığa ayrılan pay %6,45 ve yaşlı nüfusun payı %5,67 olduğu görülmektedir. Bu dört ülkeden Moldova dışarıda tutulduğunda ise doğuştan beklenen yaşam süresi 68,7, sağlığa ayrılan pay %5,16 ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının %4,16 olduğu görülmektedir.

Grafik 3'te ülkelerin İnsani Kalkınma İndeksi değerlerine göre sıralanan ülkelerin yaşlı nüfuslarının toplam nüfus içindeki payları ve sağlığa ayırdıkları paya ilişkin karşılaştırmalar görülmektedir. Seri 1: toplam bütçeden sağlığa ayrılan payı, Seri 2: 65 yaş nüfusun toplam nüfus içindeki payı ifade etmektedir. Ülkelerin değerleri arasındaki ilişkilerde farklı eğilimler bulunmaktadır. İnsani Kalkınma İndeksi sıralamasında birinci ülke olan Norveç

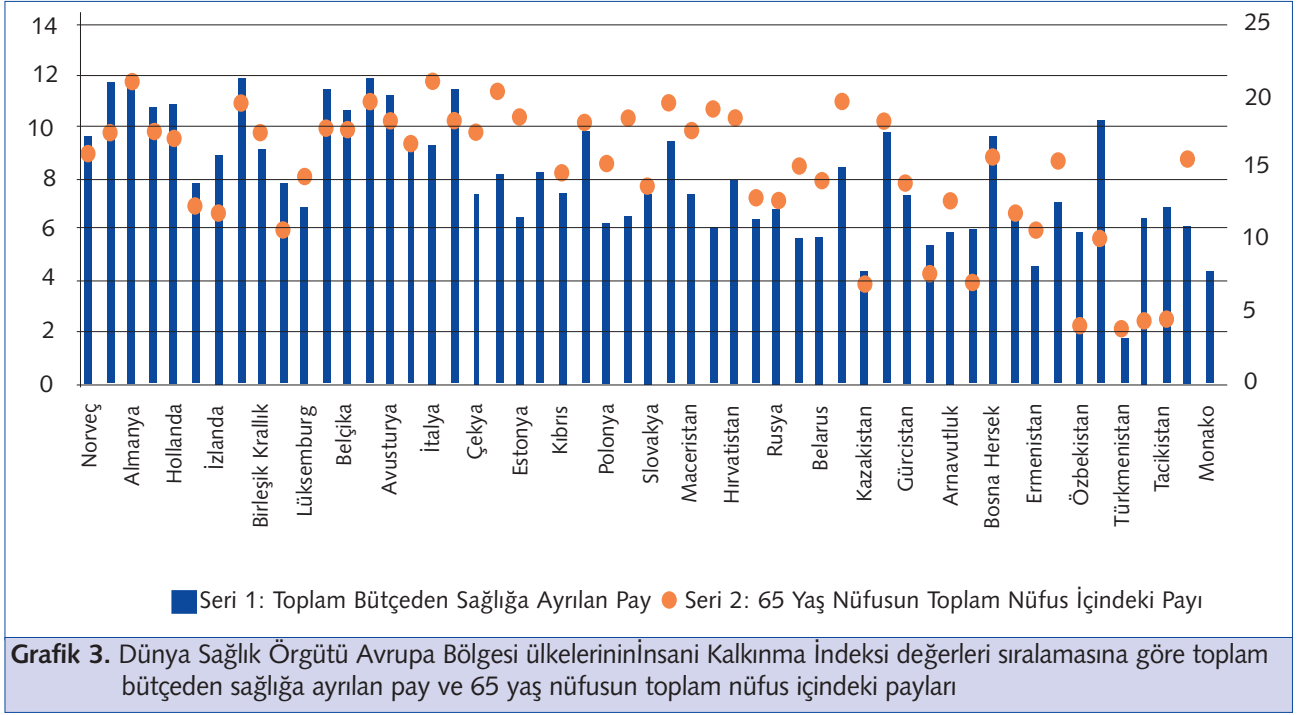
Tablo 1. İnsani Kalkınma İndeksi sınıflandırmasına göre DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerinin bazı indikatörleri

İnsani Kalkınma İndeksi Sıralaması	Ülkeler	Toplam bütçe içerisinde sağlığa ayrılan pay (%)	Doğuşta beklenen yaşam süresi	65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı (%)
Çok Yüksek İnsani Kalkınma İndeksi				
1	Norveç	9,7	81,7	16,0
2	İsviçre	11,7	83,1	17,5
4	Almanya	11,3	81,1	20,9
5	Danimarka	10,8	80,4	17,6
7	Hollanda	10,9	81,7	17,1
8	İrlanda	7,8	81,1	12,4
9	İzlanda	8,9	82,7	11,8
14	İsveç	11,9	82,3	19,5
16	Birleşik Krallık	9,1	80,8	17,4
19	İsrail	7,8	82,6	10,8
20	Lüksemburg	6,9	81,9	14,1
21	Fransa	11,5	82,4	17,9
22	Belçika	10,6	81	17,7
23	Finlandiya	9,7	81	19,7
24	Avusturya	11,2	81,6	18,4
25	Slovenya	9,2	80,6	16,6
26	İtalya	9,3	83,3	21
27	İspanya	9	82,8	18,3
28	Çekya	7,4	78,8	17,6
29	Yunanistan	8,1	81,1	20,3
30	Estonya	6,4	77	18,6
32	Andorra	8,1	81,5	Veri yok
33	Kıbrıs	7,4	80,3	14,6
33	Malta	9,8	80,7	18,2
36	Polonya	6,3	77,6	15,2
37	Litvanya	6,5	73,5	18,6
40	Slovakya	8,1	76,4	13,8
41	Portekiz	9,5	81,2	19,6
43	Macaristan	7,4	75,3	17,7
44	Letonya	5,9	74,3	19,2
45	Hırvatistan	7,8	77,5	18,6
48	Karadağ	6,4	76,4	12,9
49	Rusya	7,1	70,3	12,7
50	Romanya	5,6	74,8	15,2
Yüksek İnsani Kalkınma İndeksi				
52	Belarus	5,7	71,5	14,1
56	Bulgaristan	8,4	74,3	19,8
56	Kazakistan	4,4	69,6	6,9
66	Sırbistan	10,4	75	18,3
70	Gürcistan	7,4	75	13,9
71	Türkiye	5,4	75,5	7,6
75	Arnavutluk	5,9	78	12,6
78	Azerbaycan	6	70,9	7
81	Bosna Hersek	9,6	76,6	15,8
82	Makedonya	6,5	75,5	11,7
84	Ermenistan	4,5	74,9	10,7
84	Ukrayna	7,1	71,1	15,5
105	Özbekistan	5,8	69,4	4
Orta İnsani Kalkınma İndeksi				
107	Moldova	10,3	71,7	10,2
111	Türkmenistan	2,1	65,7	3,8
120	Kırgızistan	6,5	70,8	4,3
129	Tacikistan	6,9	69,6	4,4

*Monako ve San Marino'nun verilerine ulaşılamamıştır.



Grafik 2. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ülkelerinde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payları (DSÖ Avrupa Bölgesinde yer alan Andorra ve Monaco verileri yer almamaktadır)



değerlendirildiğinde yaşlı nüfusun payı % 16, sağlığa ayrılan pay ise %9,6 olarak görülmektedir. Yüksek insani kalkınma seviyesinde olan ülkelere nazaran Estonya'nın yaşlı nüfusu % 18,6 olup sağlığa ayrılan payın %6,4 olduğu görülmekte; Norveç gibi çok yüksek insani kalkınma seviyesindeki ülkelere nazaran sağlığa daha az pay ayrıldığı söylenebilir. Moldova dışındaki diğer ülkeler değerlendirildiğinde ise; Türkmenistan'ın yaşlı nüfusu % 3,8 sağlığa ayrılan pay % 2,1, Kırgızistan'ın yaşlı nüfusu % 4,3 sağlığa ayrılan pay % 6,5 ve Tacikistan'ın yaşlı nüfusu % 4,4 sağlığa ayrılan payı % 6,9 olarak görülmektedir. Bu üç ülkenin hem sağlığa çok yüksek ve yüksek insani kalkınma seviyesindeki ülkelere nazaran çok daha düşük seviyelerde olduğu görülmektedir.

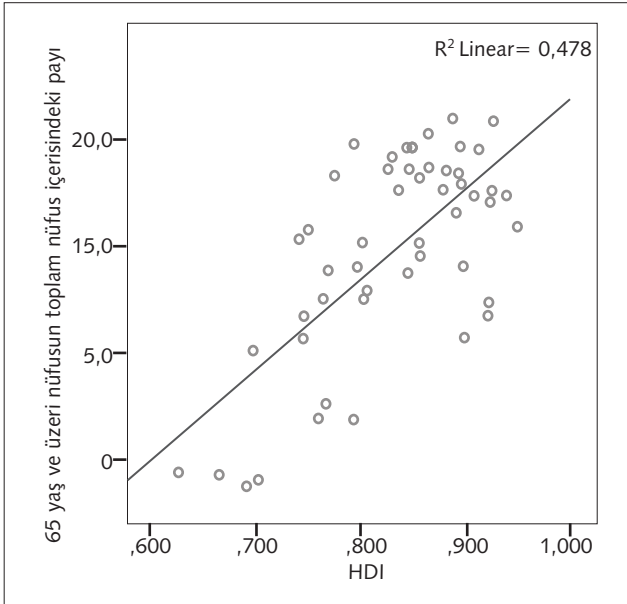
Grafik 4'de değerler arasındaki karşılaştırmalar görülmektedir. Toplam bütçeden sağlığa ayrılan pay ile doğuştan beklenen yaşam süresi ve 65 yaş ve üzeri nüfus yüzdesi arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Yapılan doğrusal regresyon analizi toplam bütçe içindeki sağlığa ayrılan pay 65 yaş ve üzeri nüfusun dağılımı % 38, doğuştan beklenen yaşam süresini % 47,9

açıklayabilmektedir. Toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üzeri nüfusun payı ile İnsani Kalkınma İndeksi (HDI) arasında "iyi" derece doğrusal ilişki tespit edilmiş olup, doğrusal regresyon analizi % 47,8 bu ilişkiyi açıklayabilmektedir.

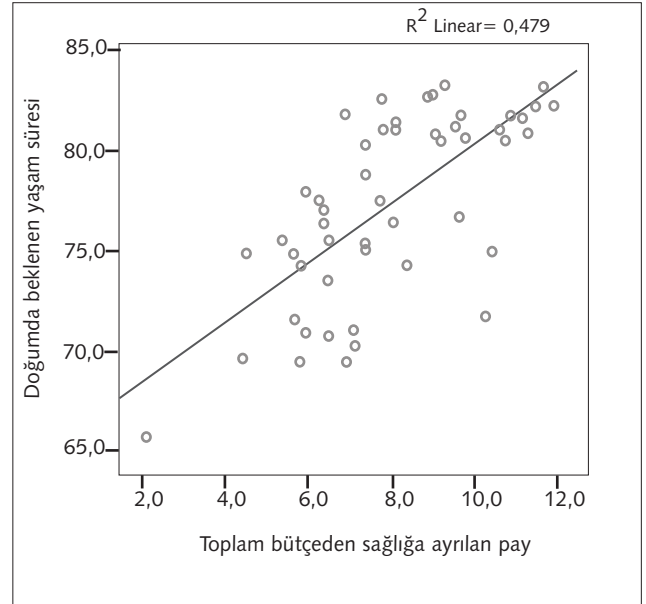
Tartışma

Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda farklı alanlarda olduğu gibi sağlık göstergeleri açısından da eşitsizlikler mevcuttur (15). Bu eşitsizlikler bireylerin ve toplumların yaşantılarını yakından etkilemektedir. Dolayısıyla, var olan eşitsizliklerin saptanabilmesi geleceğe dair önleme yöntemlerinin belirlenmesi açısından da değerlidir. Bu çalışmada DSÖ Avrupa Bölgesi, özellikle "yaşlanan toplum olma" özelliği açısından değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerin bölge içindeki ülkelerin yaşlılık ve ilgili bazı parametreler açısından farklılıklarını ve benzerliklerini ortaya koymaya katkı sağlamıştır. Özellikle coğrafi olarak değerlendirmeler yapılmış olan bu çalışma dışında da sağlığın ekonomik, sosyal yaşantı, kültür, vb. konulardan etkilendiği bilinmektedir (16).

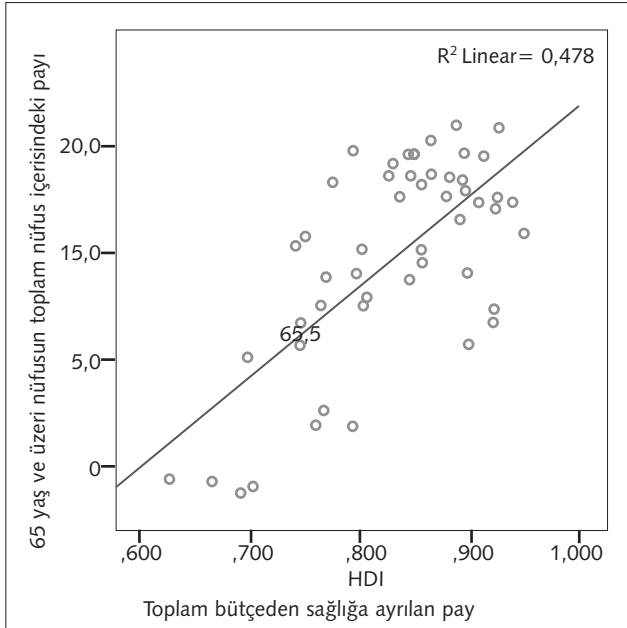
Avrupa Bölgesi dünyada en yaşlı bölge olmakla birlikte kendi içinde heterojen bir yapı göstermektedir. Bu bölgede doğuştan beklenen yaşam süresi incelendiğinde AB üyesi ülkelerin kalkınma indekslerinin daha yüksek olduğu ve



Pearson Korelasyon: $p < 0,01$, $r: 0,691$
 Doğrusal Regresyon: $p < 0,01$, R^2 : %47,8
 a. 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Payı İle Toplam Bütçede Sağlığa Ayrılan Payın Karşılaştırılması



Pearson Korelasyon: $p < 0,05$, $r: 0,692$
 Doğrusal Regresyon: $p < 0,01$, R^2 : %47,9



Pearson Korelasyon $p < 0,01$, $r: 0,616$
 Doğrusal Regresyon $p < 0,01$, R^2 : %38

Grafik 4. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ülkelerinin insani kalkınma değerleri sıralamasına göre toplam bütçeden sağlığa ayrılan pay ve 65 yaş nüfusun toplam nüfus içindeki payları

beklenen yaşam sürelerinin üye olmayan ülkelere göre daha iyi durumda olduğu dikkat çekmektedir. Avrupa Bölgesinde doğuştan

beklenen yaşam süresi açısından değerlendirildiğinde en yüksek ülke İtalya (83,3 yıl) ile en düşük ülke Tacikistan (65 yıl) arasındaki 18,3 yıllık fark dikkat çekmektedir (Grafik 1). Doğuştan beklenen yaşam süresi en uzun ülke olan İtalya'nın İnsani Kalkınma İndeksi sıralamasına bakıldığında ilk sırada olmadığı görülmektedir. İlk sırada yer alan Norveç'te ise doğuştan beklenen yaşam süresi 81,7 yıldır (Tablo 1). Bu da doğuştan beklenen yaşam süresi gibi sağlığın belirleyicilerinin birçok faktörden etkilendiğini göstermektedir (17).

Alt başlıklarından biri kişi başına düşen gayri safi milli gelir olan İnsani Kalkınma İndeksi yönünden ülkeler çok yüksek, yüksek, orta olarak gruplandırıldığında, gruplar arasında sağlığa ayrılan pay, doğuştan beklenen yaşam süresi, 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı gibi sağlık göstergelerinin gelişmişlik seviyesiyle paralellik göstermektedir (Tablo 1). Sağlıklı ve uzun yaşamı yalnızca ekonomik nedenler belirliyor olmasa da Amerika Birleşik Devletleri'nde 2001-2014 yılları arasında yapılan bir çalışmada gelir durumunun yaşam süresi üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Yüksek gelir durumuna sahip grupta doğuştan beklenen yaşam süresi daha uzun bulunmuştur. Yaşam beklentisi arasındaki farka bakıldığında, bireylerin en zengin %1'inde ve en yoksul %1'inde, erkekler



Fotoğraf: "Sohbet köyü" Hasan Cenk Mirza, TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2016 Sergi Ödülü

için 14,6 yıl (%95 GA, 14,4 ila 14,8 yıl) ve kadınlar için 10,1 yıl (%95 Güven Aralığı, 9,9 ile 10,3 yıl) fark olduğu görülmüştür ($p < 0,01$) (18). Bu veriler gelir düzeyinin sağlık üzerine etkisinin önemine işaret etmektedir.

Araştırmanın kimi kısıtlılıkları bulunmaktadır. Araştırmada DSÖ ve BM veri tabanlarından ulaşılan verilerin tamamı eşit güncellikte değildir. Ayrıca, araştırılmak istenen her veri her ülke için ulaşılabilmektedir. Örneğin; sağlığı etkilediği düşünülen sağlığın sosyal belirleyicileri ile uyumlu her veriye de ulaşım olanaklı olamamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü hizmet modelleri geliştirmek ve sorunlara daha kolay müdahale edebilmek için dünya üzerinde kendine altı coğrafi bölge belirlemiştir (19). Her bölgeyi kendi içinde değerlendirip ihtiyaca göre hizmet sunmakta ve ilerlemeyi sağlamak için hedefler koymaktadır ancak bölgeler içindeki hizmet sunumu, hizmete ulaşım, mevcut sağlık

göstergelerinin eşitsizliği hedeflere ulaşmayı mümkün kılmamaktadır. Avrupa Bölgesi de heterojen bölgelerden biridir, bu durum ülkelerin hem mevcut durumunun hem de ihtiyaçlarının belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Bölgelerin coğrafi konum yerine ülke gelişmişlik seviyesine göre belirlenmesi bu karmaşayı çözmekte faydalı olabilecektir.

Sonuç olarak; yaşlı sağlığı göstergeleri açısından olan eşitsizlikler dünyada olduğu gibi DSÖ Avrupa Bölgesinde de kendini göstermektedir. Bölgedeki farklılıkları değerlendirirken yalnızca hastalığa ve sağlığa dayalı ölçütler üzerinden değerlendirme yapmak yanıltıcı olabilmektedir. Heterojen yapının altında bireysel özellikler, sosyoekonomik belirleyiciler, çevresel belirleyiciler, yaşam tarzı ile ilgili belirleyicileri ve ulaşım ve sosyal hizmetler ile ilgili belirleyiciler birçok faktör yer almaktadır. Altta yatan nedenleri iyi analiz edip, onlara yönelik tespiti yapılması risklerin gerçek boyutunun

anlaşılmasına ve müdahalelerin başarısının artmasına yardımcı olacaktır. Dolayısıyla, Avrupa ülkeleri ve dünya yaşlılığı iyi yorumlamalı, yorumlarken sağlığın sosyal belirleyicilerini öncelik verilmelidir. Ülkeler arasında sağlık göstergeleri arasındaki farklılıklar, eşitsizlikler en aza indirilmeli ve bu yönde sağlık politikaları geliştirilmelidir.

Not: Makale araştırmacıların Temmuz 2017 döneminde tamamladıkları çalışmanın verilerinden yararlanılarak yazılmıştır.

İletişim: Hanife Ece Erik

E-posta: ecedogan@live.co

Kaynaklar

1. Bilir N, Paksoy Erbaydar N. Yaşlılık Sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler (Güler Ç, Akın L. Ed), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları,3. Baskı, 2015, s. 1528-38.
2. [Internet] http://www.WHO.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/enErişim:03.07.2017
3. Mandıracıoğlu A. Dünya'da ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri Ege Tıp Dergisi 49(3) 39-45, 2010 [Internet] http://www.egetip.dergisi.org/pdf/pdf_EGE_460.pdf, Erişim: 04.07.2017.
4. [Internet] <http://www.WHO.int/ageing/global-strategy/GSAP-ageing-health-draft.pdf?ua=> Erişim:03.07.2017.
5. [Internet] http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilik_kaliteli_yasam_son.pdf Erişim:04.07.2017.
6. Aslan D, Ertem M. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği , Yayın No: 2012-1, Palme Yayıncılık, 1.baskı ,2012, s.12. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1sagligiyeni16.7.2012.pdf Erişim:06.07.2017.
7. Öner C. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5. [Internet] https://www.researchgate.net/profile/Can_Oener/publication/281024524_SAGLIGIN_SOSYAL_BELIRLEYICILERI_VE_YASAM_KALITESI_ILE_ILISKISI/links/55d1787808ae118c85c01cc6/SAGLIGIN-SOSYAL-BELIRLEYICILERI-VE-YASAM-KALITESI-ILE-ILISKISI.pdf Erişim: 15.07.2017.
8. [Internet] eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/blob. Erişim:04.07.2017.
9. [Internet]<http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>. Erişim:28.12.2018
10. [Internet] http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Table7.pdf Erişim:10.07.2017.
11. [Internet] <http://hdr.undp.org/en/indicators/67106> Erişim:05.07.2017.
12. [Internet] <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi> Erişim:05.07.2017.
13. [Internet] <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI> Erişim:05.08.2017.
14. [Internet] http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mse-ppt-pdf/Kenan_KOSE3.pdf Erişim:08.08.2017.
15. [Internet]http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf Erişim:08.08.2017.
16. [Internet]<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/> Erişim:08.08.2017.
- 17 [Internet] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28492829> Erişim:07.08.2017.
18. [Internet] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4866586/>. Erişim:06.08.2017.
19. [Internet] http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/definition_regions/en/ Erişim:29.08.2017.



Selma Şen¹, Fatma Başar²

DOI: 10.17942/sted.336703

Geliş/Received : 03.09.2017

Kabul/Accepted : 22.04.2018

Öz

Amaç: Çalışma Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların Pap Smear Testi ile ilgili farkındalıklarını belirlemek amacıyla kesitsel tipte, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın evrenini, Kütahya ili merkezine bağlı Bahçelievler mahallesinde 15-49 yaş arası kadınlar oluşturmuştur. Örnekleme ise, 08.04.2011-20.05.2011 tarihleri arasında Bahçelievler Mahallesi aile sağlığı merkezine takip ve tedavi için başvuran çalışmaya katılmayı kabul eden 100 kadın oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından literatür bilgisine dayalı olarak oluşturulan anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SSPS paket programından yararlanılarak sayı, yüzde ve ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların %31,0'inin 20-24 yaş aralığında, %64,0'ünün evli, %31,0'inin ilkökul mezunu, %57,0'sinin ev hanımı oldukları belirlenmiştir. Kadınların %53'ünün pap smear testini duyduğu, %47'sinin ise duymadığı, %36'sı Pap Smear testini daha önce yaptırdığı, %64'ü ise yaptırmadığı saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmada Pap Smear testini yaptırma oranlarının çok düşük olduğu bulunmuştur. Tarama testleri ile tanı konularak erken müdahale edilebilen az sayıda kanserden biride serviks kanseri olması nedeniyle; kadınlara serviks kanseri, Pap Smear testi ve risk faktörleri hakkında eğitim verilerek farkındalıklarının artırılmasının gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Papsmear testi, Farkındalık, Kadın

Abstract

Aim: This cross-sectional, descriptive study was conducted to determine the awareness among women living in Kütahya region about Pap Smear Test.

Method: The population of the study was composed of women aged 15-49 years living at Bahçelievler district of downtown Kütahya. The study sample consisted of 100 women who attended Bahçelievler family health centre between 08.04.2011 and 20.05.2011 for follow-up and treatment and agreed to participate in the study. The data were collected through face-to-face interviews using a questionnaire created by the researchers based on literature. The numbers, percentage and chi-square test were used by means of SSPS software to evaluate data.

Findings: It was determined that of the women participated in the study, 31.0% were between 20 and 24 years of age, 64.0% were married, 31.0% were primary school graduates and 57.0% were housewives. It was found that 53% of the participants have heard and 47% have not heard about Pap smear test; 36% of them have undergone the Pap Smear test previously and 64% have never had the test.

Conclusion: The rates of having Pap smear test were found to be very low in the study. Since cervical cancer is one of the few cancers that can be diagnosed and intervened early through screening tests, women should be educated on cervical cancer, Pap smear test and the risk factors in order to raise their awareness about this issue.

Key words: Pap smear test, Awareness, Woman

*I. Kadın Araştırmaları Sempozyumu, 6-8 Mart 2012, Eskişehir'de Sözel Bildiri olarak yayınlanmıştır.

1 Dr.; Manisa Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Manisa (ORCID No: 0000-0002-2815-7929)

2 Dr.; Kütahya Sağlık Bilimleri Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD, Kütahya (ORCID No: (0000-0003-4288-9111)

Giriş

Kadın üreme organlarında görülen kanserler, jinekolojik kanser olarak adlandırılmaktadır. Dünyada en sık rastlanan jinekolojik kanser türü, rahim ağzından kaynaklanan "Serviks kanseri" dir. Bu yıl tüm dünyada 500.000 yeni rahim ağzı kanserinin teşhis edilmesi beklenmektedir. Rahim ağzı kanseri, dünya genelinde meme kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanser türüdür. Sıklığı ülkeden ülkeye ve o ülkenin sosyoekonomik durumunun gelişmişliğine bağlı olarak değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu kanserin görülme sıklığı ve hastalık nedeniyle ölümler azalmaktadır. Çünkü hastalık, pap smear tarama testi ile çok erken dönemde tanımlanabilmektedir (1).

Serviks kanserinin erken tanısında en etkin yöntem pap smear testi yaptırmaktır. Yapılan çalışmalar, pap smear testinin serviks kanserinin erken tanısında C-III düzeyinde etkili olduğu gösterilmiştir (2). Serviks kanserini en önemli özelliği önlenebilir olması ve erken teşhisi



Fotoğraf: "Çiçek Alırmısınız?" Can Mustafa Eren
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

yapılabildiğinde prognozunun iyi olmasıdır (3). Serviks kanserinin kontrolünde erken tanı ve tarama önümüzdeki 20 yıl içinde de altın standart olmaya devam edecektir (4).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çok güçlü olduğu Amerika da son elli yılda önemli gelişmeler olmuştur. Örneğin kadınların kansere bağlı ölüm nedenleri arasında serviks kanseri birinci sırada yer alırken; son yıllarda koruyucu hekimlik yöntemlerinin etkinleştirilmesi ile 13. sıraya gerilemiştir. Elbette bu gelişmenin önemli sacayaklarından birisi de papsmear tarama programının yaygınlaştırılmasıdır (5).

Ülkemizde pap smear testinin kullanımı büyük çoğunlukla Kadın Doğum poliklinikleri ile sınırlandırılmaktadır. Pap smear testinin birinci basamak hekimlerince de yapılması ülkemizde sağlık otoritelerince başlatılacak bir tarama programının başarılı olmasında önemli bir adım olacaktır (5). Bu nedenle, özellikle riskli grupta bulunan kadınlar başta olmak üzere tüm kadınların eğitilerek erken teşhis için sağlık bilincinin geliştirilmesi gerekir (6).

Gereç ve Yöntem

Çalışma Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların Pap Smear Testi ile ilgili farkındalıklarını belirlemek amacıyla kesitsel tipte, tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini, Kütahya ili merkezine bağlı Bahçelievler mahallesinde yaşayan 15-49 yaş arası kadınlar oluşturmuştur. Örnekleme ise, 08 Nisan 2011-20 Mayıs 2011 tarihleri arasında Bahçelievler Mahallesi aile sağlığı merkezine takip ve tedavi için başvuran çalışmaya katılmayı kabul eden 100 kadın oluşturmuştur.

Veriler araştırmacılar tarafından literatür bilgisine dayalı olarak oluşturulan anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi ile ASM ye gelen hastalardan haftanın bir günü toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan ve 30 sorudan oluşan "Anket Formu" kullanılmıştır. Anket formunda, ilk beş soruda kadınların sosyo demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu vb.) ile ilgili bilgileri, devamında da obstetrik ve jinekolojik bilgileri ve Pap Smear Testi hakkındaki bilgi ve uygulamaları sorgulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SSPS paket programından yararlanılarak sayı, yüzde ve ki kare testi kullanılmıştır.

Tablo 1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları			
Tanıtıcı özellikler	Sayı	Yüzde	Ortalama
Yaş Grubu			
15-19 yaş	5	5,0	25,66±4,22
20-24 yaş	31	31,0	
25-29 yaş	19	19,0	
30-34 yaş	22	22,0	
35-49 yaş	23	23,0	
Eğitim durumu			
Okur-yazar değil	7	7,0	
Okur-yazar	17	17,0	
İlkokul	31	31,0	
Ortaokul	9	9,0	
Lise	18	18,0	
Üniversite/Yüksekokul	18	18,0	
Çalışma durumu			
Ev hanımı	57	57,0	
İşçi	6	6,0	
Memur	11	11,0	
Diğer meslek grubu	26	26,0	
Medeni durumu			
Evli	64	64,0	
Bekar	25	25,0	
Eşinden ayrı	11	11,0	
Sosyo-ekonomik Durumu			
Kötü	8	8,0	
Orta	69	69,0	
İyi	21	21,0	
Çok iyi	2	2,0	
Toplam	120	100,0	

Ayrıca, Kütahya Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü ile gerekli yazışmalar yapıldıktan sonra, çalışmanın yürütüleceği kurumun ilgili birimlerinden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Görüşme öncesinde, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmacının amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda araştırmacılar tarafından açıklamalar yapılmış ve yazılı onamları alınmıştır.

Bulgular

Tablo 1'de kadınların demografik özelliklerine ilişkin veriler sunulmuştur. Kadınların %31,0'inin 20-24 yaş arası, %19,0'unun 25-29 yaş arası, %22,0'sinin 30-34 yaş arası, %23,0'ünün 35-49 yaş arası ve yaş ortalamasının 25,66±4.22 olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %31'inin ilkokul mezunu, %9,0'unun ortaokul

Tablo 2. Kadınların evlenme yaşı, evlilik süresi ve partner sayılarına göre dağılımları		
Evlilik Özellikleri	Sayı	Yüzde
Evlilik Yaşı		
18 yaş ve altı	37	37,0
19-25 yaş	36	36,0
26-30 yaş	1	1,0
31 yaş ve üstü	1	1,0
Evli değil	25	25,0
Evlilik Süresi		
1 yıl ve altı	6	6,0
2-5 yıl	14	14,0
6-10 yıl	20	20,0
11-15 yıl	16	16,0
16 yıl ve üstü	20	20,0
Yok	24	24,0
İlk Cinsel İlişki Yaşı		
18 yaş ve altı	44	44,0
19-25 yaş	38	38,0
26-30 yaş	1	1,0
31 yaş ve üstü	0	0,0
Yok	17	17,0
Partner Sayısı		
Bir	75	75,0
İki	4	4,0
Üç	4	4,0
Yok	17	17,0
Toplam	100	100,0

mezunu, %18'inin lise mezunu, %18,0'inin üniversite mezunu oldukları, %64,0'ü evli, %25,0'i bekar, %57,0'si ev hanımı, %11,0'i memur, %69,0'unun sosyoekonomik durumlarının orta, %21,0'inin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2'de Kadınların evlenme yaşı gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; %37,0'sinin 18 yaş ve altı, %36,0'sinin 19-25 yaş arası, %25,0'inin evli olmadığı saptanmıştır. Kadınların evlilik sürelerine bakıldığında; %6,0'si 1 yıl ve altı, %14,0'ü 2-5 yıl arası, %20,0'si 6-10 yıl arası, %16,0'si 11-15 yıl arası, %20,0'si 16 yıl ve üstü, %24,0'ü evli olmadığı saptanmıştır. Kadınların ilk cinsel ilişki yaşı ve partner sayısı incelendiğinde; %44,0'ü 18 yaş ve altı, %38,0'i 19-25 yaş arası, %17,0'si cinsel ilişkiye girmemiş. Kadınların partner sayısına bakıldığında; %75,0'inin 1 tane, %17,0'sinin ise yoktur (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların jinekolojik özelliklerine göre dağılımları (n=100)

Jinekolojik Özellikler	Sayı	Yüzde		
AP kullanma yöntemleri				
Korunmuyorum	18	18,0		
Oral Kontraseptif	12	12,0		
RİA	14	14,0		
Prezervatif	32	32,0		
Geri çekme	9	9,0		
Yok	15	15,0		
Jinekolojik muayene olma durumu	68	68,0		
Evet				
Hayır	32	32,0		
Jinekolojik Muayene Olma Nedenleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gebelik ve doğum	50	50	50,0	50,0
Düşük ya da kürtaj	10	90	10,0	90,0
Kanama	8	92	8,0	92,0
Kötü kokulu akıntı	7	93	7,0	93,0
Kasık ve bel ağrısı	5	95	5,0	95,0
Adet düzensizliği	14	86	14,0	86,0
Ağrılı cinsel ilişki	10	90	10,0	90,0
Kaşıntı	14	86	14,0	86,0
Sağlık kontrolü	10	90	10,0	90,0

Tablo 3'te Kadınların hangi AP yöntemi kullandıkları incelendiğinde; %32,0'sinin prezervatif, %18,0'inin korunmadığı, %14,0'ünün RİA, %12,0'sinin Oral Kontraseptif kullandığı saptanmıştır. Kadınların jinekolojik muayene olma durumuna bakıldığında; %68,0'i jinekolojik muayene olmuş, %32,0'si olmamıştır. Kadınların jinekolojik muayene olma nedenlerine bakıldığında; %50,0'si gebelik ve doğum, %10,0'u düşük yada kürtaj, %8,0'i kanama, %7,0'si kötü kokulu akıntı, %5,0'i kasık ve bel ağrısı, %14,0'ü adet düzensizliği, %10,0'u ağrılı cinsel ilişki, %14,0'ü kaşıntı, %10,0'u sağlık kontrolü nedeni ile jinekolojik muayene oldukları bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4'de Kadınların pap smear testini duyma ve yaptırma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %53,0'ünün pap smear testini duyduğunu, %47,0'sinin ise duymadığı saptanmıştır. Kadınların daha önce pap smear testini yaptırma durumlarına bakıldığında; %36,0'sı pap smear testini daha önce yaptırmış, %64,0'ü ise yaptırmamıştır (Tablo 4).

Kadınların pap smear testi yaptıрма zamanına göre dağılımları incelendiğinde; %38,9'u 6 ay ve altı, %33,3'ü 1-2 yıl, %8,3'ü 4-6 yıl ve üstü, %19,5'i 3-5 yıl önce pap smear testi yaptırdıkları saptanmıştır. Kadınların pap smear yaptıрма nedenleri incelendiğinde; %66,7'sinin hekim önerisi ile yaptıрма, %13,9'unun servikal kanser taraması nedeniyle kendi isteği ile, %19,4'ünün ise enfeksiyon nedeni ile yaptırdığı bulunmuştur (Tablo 4).

Kadınların pap smear testinin yapılma nedenini bilme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; %54,0'ü jinekolojik kanser, %8,0'i enfeksiyon, %7,0'si doğum sonrası oluşan sorunlara yönelik, %31,0'inin bilmediği bulunmuştur. Kadınların pap smear testini kimlerin yaptırmaması gerektiğini bilme özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %57,0'si bütün kadınlar, %29,0'u evli kadınlar, %1,0'i 40 yaş üstü kadınlar, %4,0'ü doğum yapmış kadınlar, %9,0'u jinekolojik hastalığı olan kadınların yaptırmaması gerektiği bulunmuştur. Kadınların pap smear testinin ne zaman yaptırıldığını bilme durumuna ilişkin verilerin

Tablo 4. Kadınların pap smear testi ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin dağılımları

Pap Smear Testi İle İlgili Bilgi Düzeyleri	Sayı	Yüzde
Pap Smear Testini Duyma Durumu		
Evet	53	53,0
Hayır	47	47,0
Daha Önce Pap Smear Testini Yaptırma		
Evet	36	36,0
Hayır	64	64,0
Pap Smear Testi Yaptırma Zamanı(n=36)		
6 ay ve altı	14	38,9
1-2 yıl	12	33,3
3-5 yıl	7	19,5
4-6 yıl ve üstü	3	8,3
Kadınları Pap Smear Yaptırma Nedenleri (n=36)		
Hekim önerisi ile yaptırma	24	66,7
Servikal kanser taraması nedeniyle kendi isteği ile	5	13,9
Enfeksiyon nedeni ile	7	19,4
Pap Smear Testinin Yapılma Nedenini Bilme		
Jinekolojik kanser	54	54,0
Enfeksiyon	8	8,0
Doğum sonrası oluşan sorunlara yönelik	7	7,0
Bilmiyorum	31	31,0
Pap Smear Testini Kimler Yaptırır		
Bütün kadınlar	57	57,0
Evli kadınlar	29	29,0
40 yaş üstü kadınlar	1	1,0
Doğum yapmış kadınlar	4	4,0
Jinekolojik hastalığı olan kadınlar	9	9,0
Pap smear yaptırılma zamanı		
Adetin ilk günü	12	12,0
Adetin son günü	26	26,0
Adetin bitiminden sonraki 3-10 günler arasında ya da kanamanın olmadığı zamanda	36	36,0
Bilmiyorum	26	26,0
Pap Smear Testi Ne Sıklıkta Yapılır		
İlk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra ve bundan sonra her yıl	36	36,0
2 yılda bir	25	25,0
Doğum yaptıktan sonra	6	6,0
Muayenede hekim önerisi ile	32	32,0
Bilmiyorum	1	1,0
Toplam	100	100,0

Tablo 5. Kadınların pap smear testini bilme durumlarına göre pap smear testini yaptırma durumlarının dağılımı (n: 100)

Pap smear testini duyma durumları	Yaptırıyor		Yaptırmıyor		Toplam		X² P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Duydum	35	66,0	18	34,0	53	100,0	X ² =44,160
Duymadım	1	2,1	46	97,9	47	100,0	
Toplam	36	36,0	64	64,0	100	100,0	P=0,000

dağılımı incelendiğinde; %12,0'si adet ilk günü, %26,0'si adet son günü, %36,0'si adet bitiminden sonraki 3-10 günler arasında ya da kanamanın olmadığı zaman, %26'sı pap smear yaptırmama zamanını bilmediği bulunmuştur. Kadınların pap smear testini yaptırmama sıklığını bilme durumuna ilişkin verilerin dağılımı incelendiğinde; %36,0'si ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra ve bundan sonra her yıl, %25,0'i 2 yılda bir, %6,0'si doğum yaptıktan sonra, %32,0'si muayenede hekim önerisi ile, %1,0'i bilmediğini belirtmişlerdir (Tablo 4).

Kadınlardan Pap Smear Testini "Duydum" diyenlerin çoğunluğu (%66,0) Pap Smear Testini yaptırdığı, Pap Smear Testini "Duymadım" diyenlerin ise tamamına yakının %91,4'nün Pap Smear Testini yaptırmadıkları saptanmıştır. Bu bulgu istatistikî açıdan ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($X^2=44,160$; $P=0,000$). (Tablo 5).

Tartışma

Aile sağlığı merkezlerinin günlük pratiğinde özellikle üreme çağındaki kadınların değerlendirilmesinde, koruyucu hekimlik uygulamaları adına erken tanı konulması olasılığı olan hastalıklardan biriside Serviks kanseridir (5). Serviks kanserinin etkili bir tarama ile premalign aşamada yakalanması ve tedavi edilmesi, insidans ve mortaliteyi düşürmek açısından oldukça önemlidir. Pap smear testi, servikte kanser başlangıcı olabilecek herhangi bir hücresel değişikliği belirleyebilen ve maliyet açısından da etkin nadir tarama metodlarından birisidir (7).

Araştırmaya katılan kadınların %37,0'sinin 18 yaş altında evlendiği, %36,0'nın 19-25 yaş arasında evlendiği, %44,0'ünün ilk cinsel deneyim yaşının 18 yaş altında olduğunu ifade ettikleri görülmektedir.

Cinsel aktivite serviks kanserlerine ait risk faktörleri arasında yer almaktadır ve evli kadınlarda, genç yaşta evlenenlerde ve sık cinsel ilişkide bulunanlarda daha fazla görülmektedir. Özellikle 20 yaşından önce ilk cinsel ilişkinin önemli bir risk faktörü olduğu ve birden fazla kişi ile cinsel ilişkinin belli bir oranda serviks kanserlerinin oluşumuna katkıda bulunduğu ortaya konmuştur (8). Araştırmamızda 18 yaş altında evlenen ve ilk cinsel deneyimlerini 18 yaş altında yaşayan kadınların serviks kanseri açısından risk altında olduğu düşünülebilir.

Kadınların jinekolojik muayene olma durumuna bakıldığında; %68,0'i jinekolojik muayene olmuş, %32,0'si olmamıştır. Kadınların jinekolojik muayene olma nedenlerine bakıldığında; %50,0'si gebelik ve doğum, %10,0'u düşük ya da kürtaj, %14,0'ü adet düzensizliği, %10,0'u ağırlı cinsel ilişki, %14,0'ü kaşıntı, %10,0'u sağlık kontrolü nedeni ile jinekolojik muayene oldukları bulunmuştur.

Gakidou'nun (2008) çalışmasında, 57 ülkeye ait verileri ve bulguları kullanarak "En az bir kez jinekolojik muayene olmuş olma oranını geliştirmekte olan ülkeler için %44,7, gelişmiş ülkeler için %93,6 olarak bildirilmiştir (9). Görüldüğü gibi ülkemizde yapılan ve bizim bulduğumuz jinekolojik muayene olma oranı, geliştirmekte olan ülkeler için bildirilen ortalama oranın da altındadır (10,11,12,13,14). Jinekolojik muayene olma oranı, Pap test yaptırmama durumu hakkında dolaylı bir bilgi niteliğinde olabilir. Ülkemizde kadınların bilgi eksikliği, sağlık sorunlarını önemsememe, utanma, parasal sorunlar gibi nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları belirtilmektedir (10,13,14). Sağlık kuruluşlarına başvurmama nedenleri ise; hastalıklar, hastane ortamı, hastanede uygulanan tanı, tedavi işlemlerini bir tehlike olarak algılamalarıdır. Hastane ortamına giren kadınlar, başkalarına bağımlı hale gelmekte, hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişiler, bilinmeyen aletler, işlemler, tedaviler, korkutucu kurallar, anlaşılmayan tıbbi dil, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar, bireyselliğin göz ardı edilmesi ve mahremiyet gibi nedenlerle anksiyete yaşayabilmektedirler. Jinekolojik muayene, kadınlarda anksiyete yaratan uygulamalardan birisidir. Jinekolojik muayenede kadının anksiyete yaşamasının nedenleri, yukarıda belirtilen nedenlere ilave olarak kadının cinselliği olumsuz olarak algılaması, sağlık personelinin olumsuz tutumu, muayene eden kişinin karşı cinsten olması, muayene pozisyonu ve kullanılan aletler, önceki olumsuz muayene deneyimleri, mahremiyete dikkat edilmemesidir (14). Jinekolojik muayene sırasında yaşanan anksiyete, kadınların muayeneden kaçmalarına ve ancak sıkıntıları ile baş edemeyecekleri duruma geldiklerinde hekime başvurmalarına neden olmaktadır. Bu durum hastalıkların erken tanı ve tedavisini güçleştirebilir ve belki olanaksız hale getirebilir.

Çalışmamızda kadınların %53,0'ünün pap smear testini duyduğunu, %47,0'sinin ise duymadığı; %36,0'sı pap smear testini daha önce yaptırmış, %64,0'ü ise yaptırmamış olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgulardan Pap Smear testini yaptırma oranlarının çok düşük olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Gücük ve ark.'nın çalışmasında pap smear testini bilme oranı %51,6 iken testi yaptırma oranı %14,4'dür. Ak ve ark.'nın (2010) çalışmasında testi duyma oranı %46,8, testi yaptırma oranı ise %19,4, Gökgez'ün (2015) kadınların %51,6'sının pap smear yaptırdığı, %38,1'inin serviks kanseri hakkında bilgisi olduğu, Gümüş ve Çam'ın çalışmasına göre kadınların %41,8'inin pap testi bildiği, bu kadınların yalnızca %20,8'inin pap testi yaptırdığı, Esencan'ın (2009) çalışmasında ise kadınların %20'sinin pap smear yaptırdıkları belirtilmektedir (1,5,15,16,17). Yurt dışında bir üniversite hastanesine başvuranlarda testi duyma oranı %68,1 ve testi yaptırma oranı ise %40,3 olarak kaydedilmiştir. Vietnamba yapılan bir çalışmada ise %74 duyma oranı ve %76 yaptırma oranı kaydedilmiştir (18,19).

Bizim çalışmamızdaki papsmear testini düşük yaptırma oranı ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik gösterirken, yurt dışında oldukça yüksektir. Pap smear ile servikal kanser taraması, kanser önlenmesine yönelik ve maliyet açısından etkin olan çok nadir metodlardan birisidir. Serviks kanseri riskini azaltan birçok sağlık davranışı vardır, ancak hiçbir davranış rutin pap smear yaptırma kadar etkili değildir. Gelişmiş ülkelerde son 50 yıldır rutin Pap smear tarama testinin uygulanması ile serviks kanseri oranları kullanılmasıyla invaziv servikal kanser oranları düşmüştür (12). Bu nedenle bu uygulamaların ülkemizde yaygınlaştırılması için öncelikle kadınların bu konularda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Kadınların pap smear yaptırma nedenleri incelendiğinde; %66,7'sinin hekim önerisi ile yaptırma, %13,9'unun servikal kanser taraması nedeniyle kendi isteği ile, %19,4'ünün ise enfeksiyon nedeni ile yaptırdığı bulunmuştur.

Kaya'nın (2011) çalışmasında kadınların yaklaşık olarak %60'ı düzenli sağlık kontrolü için pap

smear test yaptırdığını belirtirken, %14,4'ü doktor isteği ile, %10,4'ü akıntı, kaşıntı ve kanama şikayeti ile yaptırdığını ve %72,8'inin ihtiyaç duymadığı için pap smear test yaptırmadığını ifade etmiştir (12). Doğan'ın (2008) çalışmasına göre %36,8'inin pap smear testini doktor isteği olduğunda yaptırdıkları belirlenmiştir (17). Ünal ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmaya katılan kadınların pap smear testini neden yaptırdıklarına bakıldığında %73'ünün doktor isteğiyle yalnızca %10'unun kontrol amaçlı yaptırdığı gözlenmiştir (20). McFarland (2003), Pap smear testi yaptırmaya yönelik olarak kadınlarda algılanan engeller arasında bilgi eksikliği, sağlık çalışanına karşı negatif tutum, düşük motivasyon, testten korkma, personelin cinsiyeti, hekime ulaşmada yetersizlik olarak belirtmiştir (21).

Çalışmamızda kadınların %54,0'ü jinekolojik kanser nedeni ile pap smear yapıldığını, %31,0'inin yapılma nedenini bilmediği, %57,0'si pap smearı bütün kadınların yaptırmaması gerektiği, %29,0'u evli kadınların yaptırmaması gerektiği belirttikleri bulunmuştur. Kadınların %12,0'si adet ilk günü, %26,0'sı adet son günü, %36,0'si adet bitiminden sonraki 3-10 günler arasında ya da kanamanın olmadığı zaman pap smear testinin yapılması gerektiğini, %26,0'sı ne zaman yapıldığını bilmediği, %36,0'si ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra ve bundan sonra her yıl, %25,0'i 2 yılda bir, %6,0'si doğum yaptıktan sonra, %32,0'si muayenede hekim önerisi ile pap smear testinin yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Servikal kanserin erken teşhisine yönelik Pap smear taramasıyla ilgili olarak American Cancer Society (ACS); kadınların ilk seksüel deneyimden 3 yıl sonra ya da seksüel aktif olsun ya da olmasın 21 yaşına geldiklerinde, 30 yaş ve üzerinde her yıl, üç yıl negatif sonuç çıkması durumunda 3 yılda bir Pap smear testi yaptırmalarını, 70 yaşın üzerinde ve son 10 yılda anormal Pap test sonucu olmayan, üç ya da daha fazla normal Pap test sonucu olan kadınların servikal kanser tarama programından çıkarılmalarını; benzer biçimde American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG); yaşamı boyunca herhangi bir dönemde ya da halen seksüel aktif olan ya da 21 yaşına gelmiş tüm kadınların yıllık pelvik muayene ve Pap smear yaptırmalarını, 30 yaş üzerinde ve 3 yıl ardışık yıllık normal pelvik

muayene ve Pap smear sonucu olan kadınların daha uzun aralıklarla kontrol edilebileceğini bildirmiştir (22,23). Ancak, çalışmamızda kadınların Pap smear yaptırması gereken grubu ve ne sıklıkta yapılması gerektiğini tam olarak tanımlayamadıkları görülmüştür. Bu bulgu da kadınların sağlık personeli tarafından konunun önemi konusunda yeterli düzeyde bilgilendirilmediğini göstermektedir.

Kadınlardan Pap Smear Testini "Duydum" diyenlerin çoğunluğu (%66,0) Pap Smear Testini yaptırdığı, Pap Smear Testini "Duymadım" diyenlerin ise tamamına yakının (%91,4) Pap Smear Testini yaptırmadıkları saptanmıştır. Yapılan birçok çalışmada da bilgi eksikliğinin kadınların Pap smear testi yaptırmalarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (6,10,11,24,25). DSÖ dahil beş uluslararası örgütle işbirliği yapan Serviks Kanseri Önleme Örgütü (THA Alliance for Cervical Cancer Prevention/ACCP), bilgi ve eğitim hizmetlerinde yalnızca doktorların değil tüm sağlık personelinin kadınlara nerede ve ne zaman ulaşabilirse servis kanserlerinden korunma konusunda eğitim vermeleri gerektiğini belirtmiştir (26).

Sonuç

Çalışmada Pap Smear testi yaptırmama oranlarının çok düşük olduğu bulunmuştur. Tarama testleri ile tanı konularak erken müdahale edilebilen az sayıda kanserden biride serviks kanseri olması nedeniyle; kadınlara serviks kanseri, Pap Smear testi ve risk faktörleri hakkında eğitim verilerek farkındalıklarının artırılmasının gerektiği düşünülmektedir.

Pap smear, tüm gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de cinsel ilişkiye başladıktan 3 yıl sonra yıllık pelvik muayenelerin bir parçası olarak yapılmalıdır. Bu sonuçlar doğrultusunda; sağlık personeli tarafından, jinekolojik muayeneye gelen kadınlara Pap smear testinin ne amaçla ve ne sıklıkta yapılması gerektiğinin ve öneminin anlatılması, bu konuda sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması, medyada tarama programlarına daha sık yer verilmesi ve etkili bir tarama programı geliştirilmesi önerilmekte olup, bu faaliyetlerin kadınların serviks kanseriyle ilgili bilinçlenmeleri ve düzenli Pap smear yaptırmaları açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

İletişim: Dr. Fatma Başar

E-posta: fatma.basar@ksbu.edu.tr

Kaynaklar

1. Esencan YT. [The Evaluation of The Behavior of Women on Gynecological Diagnostic Methods]. Zeynep Kamil Bülteni. 2009; 40(2): 63-66.
2. Aydoğdu GN, Bahar Z. [The Effects of Using Health Belief and Health Promotion Models in Low-Income Women with Regard to Breast and Cervical Cancer Early Detection Behaviour]. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011; 4(1): 34-40.
3. Barut A. [Cervical Cancer Early Detection and Treatment]. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED). 2000; 9(3): 97-99.
4. Hatipoğlu, A. [Early Diagnosis and Screening Problems in Cancer]. Eds.: Tuncer AM. In: [Cancer Control in Turkey]. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Yayını. Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara 2007, p: 381-388.
5. Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. [Attitude Concerning the Pap Smear Test of Women Who Admitted to the Family Medicine Outpatient Clinic]. Konuralp Tıp Dergisi. 2010; 2(2): 1-4.
6. Wellensiek N, Moodley M, Moodley J, Nkwanya N. Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. Int J Gynecol Cancer. 2002; 12(4): 376-82.
7. Eroğlu K, Koç G. [Gynecological Cancer Control and Nursing]. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2013; 1(2): 77-90.
8. Açıkgöz A, Çehrel R, Ellidokuz H. [Women's Knowledge and Attitude About Cancer and The Behaviour For Early Diagnosis Procedures]. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2011; 25 (3): 145-154.
9. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: Low average levels and large inequalities. PLOS Medicine. 2008; 5(6): 863-868.
10. Akyüz A, Gülten G, Tülay Y, Çetintürk, A, Kök G. [Evaluation of The Pap Smear Test Status of Women and of The Factors Affecting This Status]. Gülhane Tıp Dergisi. 2006; 48(1): 25-29.
11. Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. [Attitudes, behaviors and Knowledge About Pap Smear of Who Apply to Osmangazi University Obstetrics and Gynecology Clinic]. Sağlık ve Toplum. 2003; 13(2): 60-66.
12. Aşlar Hacıhasanoğlu R, Köse S, Yıldırım A. [Women's Knowledge, Beliefs and Behaviors About Cervical Cancer and Pap Smear Test]. Türkiye Klinikleri Dergisi J Nurs Sci. 2015; 7 (2):102-111.

13. Işık O, Çelik M, Keten H, Dalgacı A, Yıldırım F. [Determination of Knowledge, Attitude, and Behaviors of Female Physicians About Pap Smear Test]. *Cukurova Med J.* 2016; 41(2):291-298.
14. Erbil N, Şenkul A, Sağlam Y, Ergül N. [Determination of attitudes With Gynecologic Examination and Anxiety of Turkish Women Before Gynecologic Examination]. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi.* 2008; 5(1): 1-13
15. Göçük S, Alkan S, Arıca S, Ateş A. [Van Mother-Child Health and Family Planning Center Pap Smear Clinics of Information, Evaluation of Applicants]. *TAF Prev Med Bull.* 2011; 10(5): 527-532.
16. Gökgöz N, Aktaş D. [Determination of Women Awareness Level of Cervical Cancer & Conducting Pap-Smear Test]. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi.* 2015; 3(2): 11-23
17. Gümüş A, Çam O. [Relationships Between Early Diagnosis Attitudes in Cervical Cancer of Women And Levels of Self-Esteem, Body Perception And Hopelessness]. *Nobel Medicus* 2011;7(3):46-52
18. Barghouti FF, Takruri AH, Froelicher ES. Awareness and Behavior About Pap Smear Testing in Family Medicine Practice. *Saudi Medical Journal.* 2008; 29(7): 1036-1040.
19. Nguyen TT, McPhee SJ, Lam T, Mock J. Predictors of Cervical Pap Smear Screening Awareness, Intention, And Receipt Among Vietnamese-American Women. *Am J Prev M.* 2002; 23(3): 207-214.
20. Ünalın P, Baş G, Atalay A, Kasapbaşı T, Kurt S, Uzunler A. [The Results and Knowledge About Pap Smear of Who Apply to Marmara University Obstetrics and Gynecology Clinic]. *Zeynep Kamil Tıp Bül.* 2005; 36(4): 147-151.
21. McFarland DM. Cervical Cancer And Pap Smear Screening in Botswana: Knowledge And Perceptions. *International Nursing Review.* 2003; 50(3): 167-175.
22. Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. Cervical Cancer Screening Beliefs Among Young Hispanic Women. *Prevent Med.* 2004; 38(2): 192-197.
23. Ozan H. Pap Smear: When? How? From who? *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi.* 2005; 2: 36-40.
24. Hislop TG, Teh C, Lai A, Ralston JD, Shu J, Taylor VM. Pap Screening and Knowledge of Risk Factors For Cervical Cancer in Chinese Women in British Columbia, Canada. *Ethnicity & Health.* 2004; 9(3): 267-81
25. Ralston JD, Taylor VM, Yasui Y. Knowledge of Cervical Cancer Risk Factors Among Chinese Immigrants in Seattle. *J Community Health.* 2003; 28(3): 41-57
26. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: A manual for managers. Seattle: ACCP. 2004; 13:130-46

Bir ASM Bölgesindeki Kadınların Doğum Sonu Dönemde Geleneksel Uygulama Tercihlerinin İncelenmesi

An Examination of the Preferences towards Traditional Practices in the Postnatal Period among the Women Residing in the Service Area of a Family Health Centre



Sibel Ergün¹, Serap Kaynak², Ayşe Karadaş³, Celalettin Çevik⁴

DOI: 10.17948/sted.411964

Geliş/Received : 02.04.2018
Kabul/Accepted : 22.09.2018

Öz

Amaç: Tanımlayıcı türde olan bu araştırma 15-49 yaş lohusa kadınların doğum sonu döneminde yaptıkları geleneksel uygulamaları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 3 Mart 2015 – 15 Nisan 2016 tarihleri arasında Balıkesir kent merkezinde bir ASM'ye başvuran kadınlardan çalışmaya katılmayı kabul eden 447 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı oluşturulan sosyodemografik özellikler formu ve doğum sonu döneminde geleneksel uygulamalar formu kullanılarak toplanmıştır. Çözümlemede tanımlayıcı bulgular sayı ve yüzdeler ile gruplar arası farklar ki-kare testi ile karşılaştırılmış anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların %66,2'sinin 35 yaş ve üzerinde olduğu, %65,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu ve %94,0'ının çekirdek tipi aileye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların %79,0'ının doğum sonu döneminde lohusalıkla ilgili ve bebek bakımı ile ilgili geleneksel bir uygulama yaptığı belirlenmiştir. Ayrıca ilköğretim mezunlarında çalışmayanlarda, yaşamının çoğunu kırsal alanda geçirenlerde, gelir durumu kötü olanlarda, geniş aile yapısına sahip olanlarda, üç ve üzeri çocuğu olanlarda, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım almayanlarda doğum sonrası geleneksel yöntemi kullanımı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışma sonucunda kadınların doğum sonu döneme ve bebek bakımına yönelik çeşitli geleneksel uygulamalar yaptıkları saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Gebelik, Lohusalık dönemi, Bebek bakımı, Geleneksel uygulamalar

Abstract

Aim: This descriptive study was carried out to determine the traditional practices of puerperants aged 15-49 years.

Materials and Method: 447 women, who attended a Family Health Centre in Balıkesir between 3rd March 2015 and 15th April 2016 and agreed to participate in the research were included in this study. Data were collected using a socio-demographic questionnaire created by the researchers based on the literature and a survey form asking about the traditional practices in the postnatal period. During data analysis, descriptive findings were compared using numbers and percentages and a chi-square test was conducted to compare the differences between groups. The level of significance was considered to be $p < 0.05$.

Findings: It was seen that of the women participated in the research, 66.2% were aged 35 years and over, 65.3% were primary school graduates and 94% had nuclear families. It was found that 79% of women have used a traditional practice related to puerperality and baby care in the postpartum period. The findings also showed that the rate of using traditional practices was significantly higher among primary school graduates, unemployed ones, among those who spent most of their lives in rural areas, those living on low income, having extended families, among the participants with 3 or more children and who have not received prenatal and postnatal care ($p < 0,05$).

Conclusion: It was concluded that women use various traditional practices in baby care during the postnatal period.

Key words: Pregnancy, Puerperium, Baby care, Traditional practices

1 Hemşire; Balıkesir Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Balıkesir (ORCID No: 0000-0003-1227-5856)
1 Hemşire; Balıkesir Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Balıkesir (ORCID No: 0000-0001-9482-5254)
1 Hemşire; Balıkesir Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Balıkesir (ORCID No: 0000-0003-3955-2980)
1 Hemşire; 7Balıkesir Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Balıkesir (ORCID No: 000-0002-1123-6196)

Giriş

Geleneksel sağlık uygulamaları; dünyanın hemen her yerinde, yöreden yöreye, aileden aileye, kişiden kişiye bazı farklılıklar gösteren, değişik sıklıkta başvurulan toplumun inanç, gelenek, değer ve kültürleri ile yaptıkları tıbbi uygulamalardır (1).

Günümüzde Türkiye’de ve dünyada geleneksel uygulamalara ilişkin farklılıklar ve benzerlikler olsa da hala yapılmaya devam edildiği görülmektedir (2,3). Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde geleneksel inanç ve uygulamalar nedeniyle başta anne ve bebek olmak üzere pek çok kişi zarar görmektedir (4,5). Anne-bebek ölümlerini biyolojik faktörler ve sağlık hizmetleri doğrudan etkilerken; gelenekler, aile geliri, ekolojik ortam, sosyo-ekonomik ve fiziksel ortamlar ise dolaylı etkilemektedir (6). Ana çocuk sağlığı sorunları olarak adlandırılan bu durum ülkemiz için de öncelikli bir sorun olmaya devam etmektedir (6,7).

Geleneksel inanç ve uygulamalar sıklıkla gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinde kullanılmaktadır (8). Geleneksel uygulamalar en çok doğum sonu dönem olarak adlandırılan; doğum eylemi sona erdikten, bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin hemen hemen gebelik öncesi durumuna döndüğü altı haftalık (40 günlük) bir döneminde uygulanmaktadır (9). Türk toplumunda bu dönemin önemi “lohusa kadının mezarı 40 gün açık olur” cümlesiyle de vurgulanmaktadır. Anne ve bebeğe bu dönemde bilinçsizce yalnızca kulaktan dolma bilgilerle yapılan geleneksel uygulamalar anne ve bebeğin hastalanmalarına, enfeksiyon gelişmesine ya da tedavi sürecinin uzamasına, ileriki yaşamında sekel kalmasına neden olabilmektedir. Hizmet verilen toplumda gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemin nasıl tanımlandığı, özellikle doğum sonrası dönemde yapılan kültürel uygulamaların neler olduğu, bu dönemde sağlık hizmeti alınmasının önündeki kültürel engellerin tanımlanması bakım sürecini olumlu etkiler ve kişilere verilmesi gereken eğitimde yol gösterici olur. Toplumlar tarafından kullanılan geleneksel inanç ve uygulamaların bilinmesi, bunlardan zarar görenlerin ortaya çıkarılması sürdürülmesinde sakınca olmayanların ise korunması ve kültürel özellikler ile geleneklere

bir anlamda sahip çıkılması oldukça önemlidir (6). Bu nedenle daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için bakım verilen grubun hastalık ve sağlığı nasıl algıladıklarını ve buna nasıl tepki verdiklerini yargılamadan holistik bir bakış açısıyla ele almak gerekir. Bu durum aynı zamanda sağlığın geliştirilmesine ve yükseltilmesine de katkı sağlar (3,10).

Bu araştırma; 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamalarını tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler sağlık çalışanlarına, özellikle de hemşireye hastane ya da aile sağlığı merkezlerine başvuran halkın kültürel özellikleri doğrultusunda bakımını planlamada yol gösterici olacaktır.

Yöntem

Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma Balıkesir kent merkezinde bir aile sağlığı bölgesine bağlı yaşayan 15-49 yaş kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmanın evreni ve örnek büyüklüğü

Araştırmada örnek büyüklüğü hesaplanmamış, Mart-Haziran 2015 tarihleri arasında Aile Sağlığı merkezine başvuran (n=17280) ve araştırmaya katılmayı kabul eden 15-49 yaş 447 kadınla yüz yüze görüşülerek yürütülmüştür.

Araştırmanın değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni doğum sonu geleneksel uygulamalara başvurma durumu, bağımsız değişkenleri ise yaş, eğitim, çalışma durumu, yaşanan yer, gelir durumu, sağlık güvencesi, aile tipi, evlenme yaşı, çocuk sayısı, doğum öncesi bakım alma doğum sonrası bakım almadır.

Veri toplama

Araştırmada sosyodemografik özellikler formu, geleneksel uygulamalar formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak oluşturulmuştur. Sosyodemografik özellikler formu bireyin özellikleri ve doğum öncesi, doğum sonrası sağlık hizmeti almasına ilişkin 26 sorudan oluşmaktadır. Geleneksel uygulama formunda, neden geleneksel uygulamanın tercih edildiği, geleneksel uygulama türleri, anneye yönelik uygulamalar ve bebeğe yönelik uygulamalara yönelik 16 sorudan oluşmaktadır.

İstatistik çözümler

Çözümlemede tip I hata düzeyi %5 kabul edilmiş, SPSS 24 istatistik programı kullanılmıştır.

Tanımlayıcı bulgular sayı ve yüzdeler ile kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ki-kare, Fisherin kesin testi ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan ve literatürde anlamlı

bulunan değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırma grubunun %66,2'si 35 yaş ve üzeri kişiler olup yaş ortalaması $36,8 \pm 7,2$ 'dir.

Katılımcıların %65,3'ü ilköğretim mezunu,

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklere göre araştırma grubunun özellikleri

Değişkenler	n	%
Yaş		
Yaş ortalaması: $36,82 \pm 7,16$		
15-24	20	4,5
24-34	131	29,3
35 yaş ve üzeri	296	66,2
Eğitim		
İlköğretim	292	65,3
Lise	89	19,9
Üniversite	66	14,8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	62	13,9
Çalışmıyor	385	86,1
Yaşanılan yer		
Kırsal	187	41,8
Kentsel	260	58,2
Gelir durumu		
İyi	68	15,2
Orta	212	47,4
Kötü	167	37,4
Sağlık güvencesi		
Yok	25	5,6
Var	422	94,4
Aile tipi		
Geniş aile	27	6,0
Çekirdek aile	420	94,0
Evlenme yaşı		
15-24	344	77,0
25 yaş ve üzeri	103	23,0
Evlenme yaş ortalaması: $22,19 \pm 3,76$		
Çocuk sayısı		
1	150	33,6
2	222	49,7
3 ve üzeri	75	16,8
Evde doğum yapma		
Evet	46	10,3
Hayır	401	89,7
Doğum öncesi bakım: $6,61 \pm 5,07$		
Evet	398	89,0
Hayır	49	11,0
Doğum sonrası bakım: $3,76 \pm 2,63$		
Evet	367	82,1
Hayır	80	17,9
Doğum sonrası bakım ortalaması:		
Doğum sonrası bakımın alındığı yer*		
Ev	8	2,2
Aile Sağlığı Merkezi	230	62,7
Hastane	129	35,1
Doğum sonrası geleneksel uygulama kullanma		
Evet	353	79,0
Hayır	94	21,0
Geleneksel uygulamaların tercih nedeni		
Ulaşımı kolay	304	68,0
Çevremdekilerin etkisi	29	6,5
Daha etkili	17	3,8
Çaresizlik	3	0,7

* Özel muayenehane, özel hastane, üniversite hastanesi

Tablo 2. Anneye yönelik geleneksel uygulamalar

Değişkenler		n	%
Anneye yönelik uygulamalar (n=447)	40 gün cinsel ilişkiye girmemesi	182	40,7
	Evde tek başına bırakmamak	128	28,6
	İki lohusa kadının karşılaşınca iğne değiştirmesi	8	28,0
	Lohusayı höllüğe yatırmak	4	1,8
	Karnını sarmak	125	0,9
Sütünün artması için yapılan uygulamalar (n=447)	Sulu gıdalar içirmek	156	34,9
	Dut suyu şerbet içirmek	99	22,1
	Bal tatlı pekmez yedirmek	56	12,5
	Soğan yeşillik yedirmek	55	12,3
	Bulgur pilavı yedirmek	37	8,3
	Ciğer et yedirmek	25	5,6
	Kuru fasulye nohut yedirmek	19	4,3
Albarmasına yönelik uygulamalar (n=447)	Evde tek başına bırakmamak	108	24,2
	Bebeği ve anneyi doğumdan 7, 20, 40 gün sonra yıkamak	72	16,1
	Lohusanın bulunduğu odaya süpürge, nazarlık kuranı kerim asmak	70	15,7
	Karanlıkta yalnız bırakmamak	62	13,9
	Kırmızı tülbent bağlamak	47	10,5
	Bebeğin yastığının altına iğne koymak	33	7,4
	İki lohusa kadının birbirini ziyarete gitmemesi	30	6,7
	Evde erkek bulundurmamak	14	3,1
	Lohusayı aynaya baktırmamak	11	2,5
Doğum sonu kanaması olan kadına yönelik uygulamalar (n:113)	Bele yakı koymak	31	27,5
	Karnına bastırmak	29	25,7
	Kiremit ısıtıp koymak	27	23,9
	Hocaya okutmak	14	12,4
	Lohusanın karnına höllük ısıtıp koymak	12	10,6

%86,1'i çalışmayan, %58,2'si yaşamının büyük çoğunluğunu kentte geçiren, %94,4'ü sağlık güvencesi olan, %94,0'ı çekirdek aile yapısına sahip, %77,0'si 15-24 yaş arasında evlenen, %49,7'si iki çocuğa sahip kişilerdir. Araştırma grubundaki kişilerin, %89,7'si sağlık kurumunda doğum yapmış, %89,0'ı doğum öncesi bakım, %82,1'i doğum sonrası bakım almış ve doğum sonrası bakımın %62,7'si aile sağlığı merkezinde (ASM)'de almıştır. %79,0'ı doğum sonrası dönemde lohusalık ya da bebekle ilgili bir nedenle geleneksel uygulamalara başvurmuş, %68,0'ı geleneksel yöntemi ulaşımı kolay olduğu için tercih etmiştir (Tablo 1).

Katılımcılara lohusa bakımına yönelik geleneksel uygulamaları sorulduğunda; %40,7'si anne bakımına yönelik olarak doğum sonrası 40 gün cinsel ilişkiye girmediğini, %34,9'u sütün artırılması için sulu gıdalar içtiğini, %24,2'si

albarması olmaması için evde tek başına bırakılmadığını, %27,5'i doğum sonu kanamanın önlenmesi için beline yakı koyduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubundaki kişilerin %51,9'u bebeğin göbeğinin çabuk düşmesi için göbeğe zeytinyağı sürdüğünü, %62,4'ü göbek bağıny ayak basmayan yere gömdüğünü, %42,6'sı bebeği pişik olmasın diye höllük altına koyduğunu, %76,7'si kokmasın diye bebeğini tuzladığını, %38,7'si bacakları düzgün olsun diye bebeği kundakladığını, %82,4'ü bebeğin sarılık olmaması için yüzüne sarı örtü ile örtüğünü, %70,1'i sarılığın geçmesi için bebeğe sarı bez bağladığını, %51,5'i bebeğinin nazardan korunması için dua edildiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Araştırma grubunda ilköğretim mezunlarında, çalışmayanlarda, yaşamının çoğunu kırsal alanda

Tablo 3. Bebeğe yönelik geleneksel uygulamalar

Değişkenler		n	%
Göbeğin çabuk düşmesi için yapılanlar (n=293)	Göbeğe zeytinyağı sürmek	152	51,9
	Göbeğe krem sürmek	74	25,3
	Göbeğe pudra sürmek	34	11,6
	Göbeği göbek bağı ile sıkıca bağlamak	17	5,8
	Göbeğe yağlı hamur koymak	7	2,4
	Göbeğin üzeri çaput koymak	4	1,4
Göbek bağı düşünce yapılanlar (n=447)	Bağı ayak basmayan yere gömmek	279	62,4
	Çöpe atmak	110	24,6
	Suya atmak	45	10,1
	Kızınıkini eve erkeğinkini dışarı atmak	13	2,9
Bebeği höllük altına koyma nedeni (n=108)	Pişik olmasın	46	42,6
	Gaz sancısı olmasın	32	29,6
	Bebeğin altı kolay temizlensin	16	14,8
	Toprakta gücünü alsın	14	13,0
Tuzlama nedeni (n=330)	Kokmasın	253	76,7
	Pişik olmasın	77	23,3
Kundaklama nedeni (n=308)	Bacakları düzgün olsun	123	38,7
	Çocuk sıcak kalsın	70	22,0
	Rahat uyusun	57	17,9
	Çelik gibi sert olsun	44	13,8
	Beli batmasın	24	7,5
Sarılık olmaması için yapılanlar (n=290)	Yüzüne sarı örtü örtmek	239	82,4
	Altın konulan su ile yıkamak	51	17,6
Sarılığın geçmesi için yapılanlar (n=187)	Sarı bez bağlamak	131	70,1
	İki kaş arasını jilet ile kesmek	56	29,9
Bebeği nazardan korumak için (n=230)	Dua etmek	230	51,5
	Nazar boncuğu takmak	141	31,5
	Muska takmak	51	11,4
	Nazarla bakan kişiye okutmak	21	4,7
	Sarımsak takmak	4	0,9

geçirenlerde, gelir durumu kötü olanlarda, geniş aile yapısına sahip olanlarda, üç ve üzeri çocuğu olanlarda, evde doğum yapmayanlarda, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım almayanlarda doğum sonrası geleneksel yöntemi kullanımı anlamlı olarak fazla bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tartışma

Katılımcıların %66,2'si 35 yaş ve üzeri kişiler olup yaş ortalaması $36,8\pm 7,2$ 'dir ve %65,3'ü ilköğretim mezunudur. Araştırma il merkezinde ve sosyokültürel düzeyi yüksek olan bir aile sağlığı merkezinde yapıldığı için yaş ortalamasının yüksek çıktığı ve en düşük eğitim düzeyinin ilköğretim

olduğu düşünülmektedir. Çocukların daha iyi yetiştirilmesi ve sağlıklı nesiller oluşturulmasında annelerin yaşı ve eğitim düzeyi önemlidir. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça, daha yüksek oranda doğum öncesi bakım aldığı, doğumlarını sağlık kuruluşunda yaptığı, doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirdiği ve bunların bebeklerin sağlığını olumlu yönden etkilediği belirtilmiştir (7). Bu durum literatürdeki çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %79,0'ı herhangi bir sağlık problemi olduğunda geleneksel uygulama yöntemleriyle problemi çözmeye çalıştıklarını ve bunların %68,0'ı geleneksel

Tablo 4. Bazı sosyodemografik değişkenlere göre geleneksel yöntem kullanma durumu

Değişkenler	Doğum sonu geleneksel yöntem kullanma		Test değeri	p değeri	
		Kullanıyor n (%)			Kullanmıyor n (%)
Yaş	15-24	14 (70,0)	6 (30,0)	χ^2 :3,404	p:0,182
	25-34	98 (74,8)	33 (25,2)		
	35 yaş ve üzeri	241 (81,4)	55 (18,6)		
Eğitim	İlköğretim	243 (83,2)	49 (16,8)	χ^2 :9,263	p:0,010
	Lise	64 (71,9)	25 (28,1)		
	Üniversite	46 (69,7)	20 (30,3)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	41 (66,1)	21 (33,9)	χ^2 :7,148	p:0,008
	Çalışmıyor	312 (81,0)	73 (19,0)		
Yaşamın çoğunun geçirildiği yer	Kırsal	170 (90,9)	17 (9,1)	χ^2 :27,591	p:0,001
	Kentsel	183 (70,4)	77 (29,6)		
Gelir durumu iyi	İyi	52 (76,5)	16 (23,5)	χ^2 :48,589	p:0,001
	Orta	141 (66,5)	71 (33,5)		
	Kötü	160 (95,8)	7 (4,2)		
Sağlık güvencesi	Yok	17 (68,0)	8 (32,0)	χ^2 :1,919	p:0,166
	Var	336 (79,6)	86 (20,4)		
Aile tipi	Geniş	91 (95,8)	4 (4,2)	χ^2 :20,548	p:0,001
	Çekirdek	262 (74,4)	90 (25,6)		
Evlenme yaşı	15-24	270 (78,5)	74 (21,5)	χ^2 :0,209	p:0,647
	25 ve üzeri	83 (80,6)	20 (19,4)		
Çocuk sayısı	1	119 (79,3)	30 (20,7)	χ^2 :8,933	p:0,010
	2	180 (82,9)	38 (17,1)		
	3 ve üzeri	52 (66,7)	26 (33,3)		
Evde doğum	Evet	21 (45,7)	25 (54,3)	χ^2 :34,278	p:0,001
	Hayır	332 (82,8)	69 (17,2)		
Doğum öncesi bakım alma	Evet	47 (95,9)	2 (4,1)	χ^2 :9,518	p:0,002
	Hayır	76 (95,0)	4 (5,0)		
Doğum sonu bakım alma	Evet	277 (75,5)	90 (24,5)	χ^2 :15,00	p:0,001
	Hayır	128 (85,3)	22 (14,7)		
Doğum sonu bakım alınan yer	Ev	5 (62,5)	3 (37,5)	χ^2 :0,848	p:0,654
	ASM	173 (75,2)	57 (24,8)		
	Hastane	99 (76,7)	30 (23,3)		

uygulamaları ulaşımı kolay olduğu için tercih ettiğini belirtmiştir. Kadınların büyük bir oranının bir hastalık durumunda sağlık kuruluşuna başvurmak yerine geleneksel uygulama yöntemlerini kullanmayı tercih etmeleri nedeni kadınların eğitim durumlarıyla ilişkilendirilebilir. Çünkü araştırmaya katılan ilköğretim mezunu annelerin %83,2'si herhangi bir sağlık problemi olduğunda bildiği ya da duyduğu geleneksel uygulama yöntemlerini kullanarak problemi çözdüklerini belirtmiştir. Araştırmada eğitim durumu ile geleneksel uygulama yöntemlerini kullanma arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Annelerin eğitim durumunun artması geleneksel yöntemlere başvuru oranını düşürmektedir. Ülkemizde, bireylerin hastalık durumunda sağlık kurumuna başvurmak yerine bildikleri bazı geleneksel uygulamaları kullanması eğitim durumuyla ilişkili olarak değişmektedir. Bu durum literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (11,12,13).

Araştırmada, kadınların %40,7'si lohusalık döneminde ilk kırk gün cinsel ilişkiye girmediklerini belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda da benzer biçimde kadınların çoğu kırk gün cinsel ilişkiye girilmemesi gerektiğini ifade etmiştir (8,12,14). Doğum sonrası kırk gün cinsel ilişkiye girilmemesi sağlık açısından yararlı bir uygulamadır. Gebeliğin dokuz ayı süresince oluşan bütün anatomik ve fizyolojik değişimler postpartum altı hafta süresince gebelik öncesi konuma dönmektedir. Bu süreç uterusun involusyonu olarak adlandırılır. Ayrıca doğum eyleminde meydana gelen laserasyonlar, epizyotomi ve plasentanın ayrıldığı yerdeki kan damarlarının açık olması sonucu doğum sonu dönemde kadının vücudu enfeksiyonlara da açıktır ve perineal kas tonüsündeki azalmaya bağlı olarak cinsel ilişki ağrılı olabilmektedir (9).

Araştırmaya katılan ve doğum sonu dönemde geleneksel uygulama yöntemleri kullanan kadınların %34,9'u sütünün artması için sulu gıda tükettiklerini belirtmiştir. Karabulutlu (2014)'nin çalışmasında bu oran %75,0 bulunmuştur (15). Uğurlu ve ark. yapmış olduğu çalışmada kadınların çoğu sütün artırılması için bol sulu gıda alınması gerektiğini belirtmiştir. Yeterli süt üretimi için bol sıvı alımının önemi oldukça büyüktür. Bu nedenle bu tür geleneksel uygulamaların anne-bebek sağlığı açısından önemli olduğunu

görülmektedir (10). Yeterli süt üretimi için loğusa kadının günde en az 3 lt sıvı tüketmesi ve günlük alınması gereken kaloriye 500 kalori eklenmesi gerektiği göz önüne alındığında bu uygulamaların yararlı olduğu söylenebilir. Ancak aşırı tatlı tüketimi, aşırı kalori ile birlikte kadının kilo almasına neden olabilmektedir.

Araştırmada kadınların %24,2'si postpartum dönemde albasmasını önlemeye yönelik evde yalnız bırakılmadığını ifade etmiş ve albasmasının geçmesine yönelik ise birileri tarafından kendilerine dua okuduğunu belirtmiştir. Yapılan araştırmalarda da lohusanın bulunduğu odaya süpürge, Kuran-ı Kerim, soğan, sarımsak ve nazarlığın asılması, kırmızı örtü kullanılması, lohusa ya da kırklı çocuğun yastığının altına kesici aletler koyulması gibi geleneksel yöntemlerin kullanıldığı gösterilmiştir (14,16,17). Çalışmamız literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Doğum sonu dönemde puerperal enfeksiyonlarda görülen yüksek ateş, sayıklama, iştahsızlık gibi belirtiler; geleneksel halk inançları arasında görülen "albasması"nın belirtileriyle aynı olarak kabul edilir. Halk, kadını doktora götürmek yerine hocaya okutturmakta, tütsü yaptırmakta ya da başka geleneksel uygulamalara başvurumaktadırlar. Bu uygulamalar sonucunda kadın hayatını kaybetmekte ya da sakat kalmaktadır (12,18,21).

Araştırmada kadınların %27,5'i doğum sonu kanamanın önlenmesi için bele yakı koyduğunu belirtmiştir. Doğum sonu kanamanın önlenmesine yönelik geleneksel uygulama oranlarının Gölbaşı ve Eğri (2010) çalışmalarında %11,3, Karabulutlu (2014)'nin çalışmasında %3,7, olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalar doğum sonu kanamanın önlenmesinde geleneksel uygulamaların yaygın olarak uygulandığını ortaya koymaktadır (15,19).

Bebek Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar

Araştırmada, bebek bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar incelendiğinde; annelerin %51,9'unun bebeğin göbeği çabuk düşmesi için göbeğe zeytinyağı sürdüğü saptanmıştır. Göbek kordonuna yönelik geleneksel uygulama oranlarının Çalışkan ve Bayat (2011)'in çalışmasında %22,4, Arsoy, Canbulat, Ayhan (2014)'in çalışmasında %4,9, Eğri ve Gölbaşı (2007)'nin çalışmasında %37,3 olduğu

saptanmıştır. Bütün bu çalışmalar göbek bakımında geleneksel uygulamaların yüksek oranda uygulandığını ortaya koymaktadır (7,13,20).

Araştırmada, annelerin %62,4'ü düşen bebek göbeğini ayak basmayan bir yere gömdüğünü belirtmiştir. Çınar ve ark. (2015) yapmış olduğu araştırmada annelerin çoğunluğunun göbek kordonunu halen evde sakladığını belirtilmiştir (22). Egelioğlu ve ark. (2014) çalışmasında, göbeği cami ve okul bahçesine gömme oranı %48,2'dir (23). Karabulutlu (2014)'nin çalışmasında annelerin %35,0'nun bebek göbeği ile ilgili geleneksel uygulamalar yaptığı belirtilmiştir (24). Yenidoğan bakımında bebeğin göbeğinin düşmesi durumunda saklama ya da gömme işlemi ülkemizin geleneklerinde oldukça yaygın olarak bulunmaktadır. Anne ve bebek sağlığına yönelik transkültürel yaklaşıma göre zararlı olmayan uygulamaların yapılmasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

Araştırmada annelerin %42,6'sı bebeğin pişik olmaması için altına höllük koyduğunu ifade etmiştir. Eğri ve Gölbaşı'nın (2007) yapmış olduğu çalışmada kadınların %29,8'inin, Lafçı ve Erdem'in (2014) çalışmasında ise %23,3'ünün bebekte pişik olmaması için altına höllük koydukları tespit edilmiştir (14,20). Halen Anadolu'nun kırsal bölgelerinde bebeğin doğumu yaklaştıkça, bebeğin derisine yapışmayan ve pişik yapmayan "höllük" adı verilen kundak toprağı çuvallarla eve taşınmaktadır. Höllük yapımı için kullanılan killi toprağın emicilik özelliği sayesinde yenidoğan bebeklerde alt bezi olarak kullanılmaktadır. Mercimek büyüklüğünde elenen höllük toprağı vücudu yakmayacak ısıda tavada kızdırılarak, kundak bezinin içine serilen höllük bezine yayılmakta ve çocuk bunun üzerine yatırılarak sarılmaktadır. Ufalanmış höllük toprağının ise pişik tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir (25,26). Ancak bilindiği gibi, toprak pek çok mikroorganizmanın yaşamı ve taşınması için uygun bir ortamdır. Böyle bir uygulamada



Fotoğraf: Fatma Küçükşahin TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

çocuk enfeksiyon açısından risk altındadır. Geleneksel uygulamada yapılan bu uygulama çocuk sağlığına ağır zararlar verebilmektedir.

Annelerin %76,7'si bebeklerin kokmaması için tuzlandığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (10,14,22,27). Annelerin, bebeklerini terinin kokmaması amacıyla tuzladığı görülmektedir. Ancak, tuz hassas olan bebeğin cildinde ağrı, kızarıklık, deri bütünlüğünde bozulma, vücuttan sıvı kaybı ve dehidratasyon gibi etkilere neden olabileceği için çağdaş tıbbi uygulamalara ters düşen geleneksel bir uygulamadır (28). Bebeği tuzlama oranının yüksek olduğu yerlerde, sağlık personeline anne eğitimi konusunda önemli görevler düşmektedir.

Araştırmada, annelerin %38,7'si bebeğin bacaklarının düzgün olması için bebeği kundakladıklarını ifade etmiştir. Literatürde bulunan konu ile ilgili bulunan çalışmalarda da benzer oranlarda annelerin bebeklerin eli ayağa düzgün olması için kundakladıklarını belirttikleri bulunmuştur (13,22,23). Ancak, literatürde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde daha yüksek kundaklama oranları da olduğu gözlenmektedir (10,11,14,20,24,29,30). Genel olarak çalışmaların çoğunluğunda kundak yapma oranı yüksek olduğu görülmektedir. Kundak uygulaması yeni doğan bebeklerde gelişimsel kalça displazisine sebep olmaktadır. Devam eden kundaklama geleneksel uygulaması yenidoğan sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Günümüz koşullarında sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin arttığı göz önünde bulundurulduğunda, çocuğun fiziksel engeli olmaması için bu uygulamanın kullanılmaması gerekmektedir.

Annelerin %82,4'ü bebek sarılık olmasın diye bebeğin yüzüne sarı örtü örttüğünü ifade etmiş ve %70,1'i sarılığın geçmesi için sarı bez bağladığını belirtmiştir. Uğurlu ve ark. (2013) yapmış olduğu çalışmada annelerin %32,2'sinin, Açıkgöz ve ark. (2014) yaptığı çalışmada %60,0'ünün, Aydın ve ark (2014) yaptığı çalışmada %30,0'unun, Polat ve ark. (2015) çalışmasında %69,0'ünün sarılık durumunda bebeğine sarı tülbent örttüğü saptanmıştır (10,31,32,33). Dinç'in yaptığı çalışmada annelerin %47,3'ü bebeğin kulağının arkasını kesmekte, %34,5'i ise doktora götürmektedir (28).

Özyazıcıoğlu (2004) ve Polat'ın (1995) çalışmalarında annelerin çoğu çocuğa altın takma, altın suyu ve yumurta sarısı ile yıkama ya da sarı giysiler giydirme gibi yöntemlere başvurulduğu bulunmuştur (18,34). Zamanında tanı konup tedavi edilmeyen yüksek bilirubin düzeylerinin yol açacağı bilirubin ensefalopatisi ciddi nörolojik sekellere neden olmakta; Kernikterus olarak bilinen serebral felç gelişebilmektedir. Tüm bu çabalarda amaç bilirubin düzeylerinin aşırı yükselmesini önlemek ve nörolojik hasar riskini ortadan kaldırmak, bir anlamda kernikterus olgularını "eradike etmek"tir. Yenidoğanda bilirubin yüksekliğine bağlı olarak ortaya çıkan bu tür komplikasyonları önlemek için çocuğun acilen bir sağlık kuruluşuna götürülmesi gerekir. Bu tür yapılan geleneksel uygulamalar çocuğun hayatını riske sokacağı için yapılması uygun bulunmamaktadır (35,36).

Araştırmada, annelerin %51,5'i bebeği nazardan korumak için dua okuduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (10,20,37,38). Halk arasında neşeli ve sağlıklı çocukların birdenbire hastalanması, sürekli ağlaması, iştahtan kesilmesi gibi olayların nedeni her ne olursa olsun, nazar değmesi olarak açıklanmaktadır. Ülkemizde olduğu kadar bütün toplumlarda da yaygın olarak görülen nazar inancı ve bundan korunmak için yapılan dua okuma, nazar boncuğu takma gibi uygulamaların bebek sağlığına zararı olmadığı için yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır (39).

Araştırma grubunda ilköğretim mezunlarında, bir işte çalışmayanlarda, yaşamının çoğunu kırsal alanda geçirenlerde, gelir durumu kötü olanlarda, geniş aile yapısına sahip olanlarda, üç ve üzeri çocuğu olanlarda, evde doğum yapmayanlarda, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım almayanlarda doğum sonrası geleneksel yöntemi kullanımı anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4).

Bizim araştırmamıza benzer biçimde bir çok çalışmada doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamaların eğitim düzeyi düşük, sosyoekonomik durumu kötü, işi olmayan, geniş ailelerde yaşayan bireyler tarafından daha çok uygulandığını saptanmıştır (8,12,20).

Sonuç

Sonuç olarak bu araştırmadan elde edilen bulgular doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaların yaygınlığı ve çeşitliliğini göstermesi açısından önemlidir. Bu sonuç doğrultusunda sağlık hizmeti sunan hemşireler; gebelik döneminin başından itibaren aileyi bütüncül olarak değerlendirmeli, geleneksel uygulamaları ortaya çıkaracak biçimde kapsamlı veri toplamalı, yapılan geleneksel uygulamaların sağlık üzerindeki etkisini değerlendirmeli ve gerekli eğitimleri sürekli ve düzenli olarak yapmalıdır.

Bu araştırmada çıkar çatışması bildirilmemiş ve maddi finans desteği alınmamıştır.

Kısıtlılıklar: Yalnızca ASM'ye başvuran kadınların üzerinde yürütülmesi araştırmanın bir kısıtlılığıdır.

İletişim: Sibel Ergün

E-posta: sibel.ergun@balikesir.edu.tr

Kaynaklar

1. Shouman HAEA, ElSayed HEM. Comparison of postpartum beliefs and practices among badu women in Arish City & Women in Missouri City. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)* 2016;5(1):28-39. DOI: 10.9790/1959-05112839.
2. Eğri G B, Konak A. Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara Dünya'dan ve Türkiye'den örnekler. *Journal of World of Turks* 2011;3:143-5.
3. Aydın S, Oskay Ü. Perinatolojide kültürlerarası hemşirelik. *Int J Human Science* 2013;10:1607-19.
4. Akman G, Gözüyeşil E. Doğum sonu dönemde geleneksel uygulamalara yönelik yapılan araştırmaların incelenmesi. 1.Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi *JACSD* 2018;12: 92-125.
5. Çakırer N, Çalışkan Zİ. Nevşehir ili Ağıllı köyünde gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010;9(4):343-8.
6. Sivri BB.0-12 aylık bebeği olan annelerin anne-bebek bakımına ilişkin geleneksel uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Kayseri, 2012.
7. Çalışkan Z, Bayat M. Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: Bir Kapadokya örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14:2.
8. Altuntuğ K, Anık Y, Ege E. Traditional practices of mothers in the postpartum period: evidence from Turkey. *African Journal of Reproductive Health* 2018;22(1):94-102. DOI: 10.29063/ajrh2018/v22i1.9.
9. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2017.
10. Uğurlu Sülü E, Başbakkal Z, Dayılar H, Çoban V, Ada Z. Ödemiş'te bulunan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;2(3):345-57.
11. Bölükbaş N, Erbil N, Altunbaş H, Arslan Z, 0-12 aylık bebeği olan annelerin çocuk bakımında başvurdukları geleneksel uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009;6(1):164-76.
12. Sivri BB, Karataş N. The traditional practices for mother at post partum period. *Bozok Med. J.* 2015;5(4):39-48.
13. Arısoy A, Canbulat N, Ayhan F. karaman ilindeki annelerin bebeklerinin bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17:1.
14. Lafçı D, Erdem E. 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. *Gaziantep Med J* 2014;20(3):226-36.
15. Karabulutlu Ö. Kars ilinde gebelik ve doğum sonu dönemde anne bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar. *F.N. Hem. Derg* 2014;22(3):145-51.
16. Bakır E, İnci H, Alan S, Gökyıldız Ş, Elmas E. Adana'da albasması inancı ve geleneksel uygulamalar. *Lokman Hekim Journal* 2011;1(1):13-8.
17. Koyun A, Çamuroğlu C, Korkmaz G, Mentеше N, Ocak F. Kadınların gebelik, doğum ve yenidoğan bakımına ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları. *Aile Ve Toplum* 2010;11(6):57-64.
18. Polat HH. Sivas Ulaş'ta Halk Hekimliği Uygulamaları. Ankara: Ürün Yayıncılık. Ltd.Şti; 1995:104-5.
19. Gölbaşı Z, Eğri G. Doğum sonu dönemde annenin bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2010;32:276-282.
20. Eğri G, Gölbaşı Z. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamaları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(5):313-20.
21. Ceylan S, Hamzaoğlu O, Beyan C. "GATA hematoloji-onkoloji bilim dallarında yatan hastaların halk hekimliği uygulamalarına başvurma durumlarının saptanması". V. Ulusal Halk Sağlığı Bildiri Kitabı. İstanbul. 1996:82-7.
22. Çınar İÖ, Aslan GK, Kartal A, İnci FH, Koştı N. Annelerin 0-1 yaş bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015;14(5):378-86.

23. Egelioglu Çetışli N, Karayağız Muslu G, Şen S, Er Güneri S, Bolışık B, Saruhan A. Ege bölgesinde doğum sonu dönemde uygulanan geleneksel uygulamalar. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2014;2(1):22-35.
24. Karabulutlu Ö. Kars İlinde doğum sonu dönemde yenidoğan bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. DEUHYO ED 2014;7(4): 295-302.
25. Lim PL. Wound infections in tsunamisurvivors: A commentary. Ann Acad Med Singapore 2005;34:582-5.
26. Lateef A, Oloke JK, Gueguimkana EB. The prevalence of bacterial resistance in clinical, food, water and some environmental samples in South Nigeria. Environ Moint Assess 2005;100:59-69.
27. Çetinkaya A, Özmen A, Cambaz S. Manisa'da çocuğu olan 15-49 yaş kadınların doğum sonu dönemde yeni doğan sağlığı ile ilgili geleneksel uygulamaları. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(2):39-46
28. Dinç S. Őanlıurfa merkezde bulunan 4 Numaralı Sağlık Ocağına kayıtlı 0-1 yaşında çocuğa sahip olan annelerin çocuklarının bakımında uyguladıkları geleneksel uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2005;1(2):53-63.
29. Çelik AS, Çapık A, Engin R. Erzurum'da gebelik ve doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(4):262-7.
30. Yalçın H, Selma Ç, Fatma K ve ark. Çocuk sağlığı ve bakımı ile ilgili geleneksel uygulamalar. 5.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı. Őanlıurfa, 2006:223.
31. Açıkgöz A, Örsal O, Örsal O, Balci-Alparslan G. Traditional practices used by turkish mothers in the care of their babies. Holistic Nursing Practice 2014; 28:198-207.
32. Aydın D, Karaca-Çiftçi E, Karataş H. Identification of the traditional methods of newborn mothers regarding jaundice in Turkey. Journal of Clinical Nursing 2014; 23:524-30.
33. Polat S, Özyazıcıoğlu N, Bıcakçı H. Traditional practices used in infant care. Indian Journal of Traditional Knowledge 2015; 1:47-51.
34. Özyazıcıoğlu N. 12 aylık çocuğu olan sağlık sorunlarında başvurdukları geleneksel uygulamalar. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(2):30-8.
35. Kaplan M, Muraca M, Hammerman C, et al. Inbalance between production and conjugation of bilirubin: a fundamental concept in the mechanism of neonatal jaundice. Pediatrics 2002;110-47.
36. Bhutani VK. Kernicterus as a "Never-Event": A newborn safety standart? Indian J Pediatr 2005;72(1):53-6.
37. Gölcük Y. 0-12 Ay Çocuğu Olan Annelerin Bebek Bakımında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar. Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Malatya, 2014.
38. Molu B. 0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Çocuk Bakımında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2011. Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
39. Çıblak N. "Halk kültüründe nazar, nazarlık inancı ve bunlara bağlı uygulamalar", Türklük Bilimi Araştırmaları (TÜBAR) 2004;15;103-25.

Cavit Işık Yavuz¹, Hanife Ece Erik², Ahmet Karer Yurtdaş³, Cansu Ece⁴, Merve Dilşad Gün⁵, Güçlü Sezai Kılıçoğlu⁶, Gamze Özer⁷, Deren Özyürek⁸, Muhammet Hüseyin Sarı⁹

DOI: 10.17942/sted.475014

Geliş/Received : 26.10.2018
Kabul/Accepted : 22.01.2019

10.

Öz

Amaç: Genetiği değiştirilmiş gıdalar modern biyoteknolojinin gıda üretimine uygulanan şeklidir. Gittikçe yaygınlaşan kullanım alanı, bu gıdaları toplum sağlığı açısından dikkat çekici bir noktaya taşımıştır. Bu çalışmada varolan çalışma ve yayınların incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada 2008-2017 yılları arasında PubMed veri tabanında yayımlanan genetiği değiştirilmiş gıdaların sağlık etkileri ile ilgili yayınlar incelenmiştir. Çalışmada belirlenen anahtar kelimelerle ulaşılan 85 makalenin 49'u ölçütleri sağladığı için araştırmaya dahil edilmiştir

Bulgular: Araştırmada toplam 49 makale incelenmiştir. 16 farklı ülkeden yapılan yayınların 2'sinin türü gözlemsel araştırma (%4,1), 43'ünün türü deneysel araştırma (%87,8), 3'ünün türü derleme makale (%6,1), 1'inin türü ise olgu sunumu (%2,0) olduğu belirlenmiştir. İnsanlarda yapılmış dört çalışmaya rastlanmıştır. Sağlık etkileri açısından en sık metabolik etkiler üzerinde durulduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Çalışma kısıtlıklarına karşın bu konuda yapılan yayınların büyük oranda hayvan deneylerini kapsadığını ortaya koymaktadır. İnsan sağlığına yönelik olarak konuya ihtiyatlılık prensibi çerçevesinde yaklaşılması yararlı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Genetiği değiştirilmiş gıda, Sağlık, Sağlık etkisi

Abstract

Aim: Genetically modified foods are the form of modern biotechnology applied to food production. The ever-increasing use of these foods has brought them into greater prominence in terms of public health. In this study, it was aimed to examine the relevant studies and publications in the literature.

Materials and Methods: The study examined the publications on the health effects of genetically modified foods published in the PubMed database between 2008 and 2017. 85 articles were obtained using predetermined keywords and 49 of them that met the criteria were included in the study.

Findings: 49 articles were examined in the study. Of these publications from 16 different countries, 2 were observational (4.1%), 43 were experimental research (87.8%), 3 were review articles (6.1%) and 1 was case report (2.0%). Four studies were on humans. It was determined that the metabolic effects were most commonly emphasized ones among the health effects of genetically modified foods.

Conclusion: Despite the limitations of the study, it reveals that the publications on this subject mostly cover animal experiments. For human health, it would be useful to approach the issue on the basis of the precautionary principle.

Key words: Genetically modified food, Health, Health effect

1 Doç. Dr.; Tıp Doktoru, Halk Sağlığı ve Çevre Sağlığı Uzmanı, Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0001-9279-1740)

2 Dr. Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0002-0707-0306)

3 Int. Dr. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0002-7294-5623)

4 Int. Dr. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0001-6403-2552)

5 Int. Dr. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0003-3996-5929)

6 Int. Dr. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0001-5782-3444)

7 Int. Dr. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0001-5545-2512)

8 Int. Dr. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0003-4651-1394)

9 Int. Dr. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara (ORCID No: 0000-0002-1325-8081)

Biyoteknolojinin hızlı gelişimi, genetiği değiştirilmiş gıdaları gün geçtikçe hayatımızda daha görünür ve kullanılabilir hale getirmektedir. Genetiği değiştirilmiş gıdalar genel anlamda birçok araştırmancının konusudur ve tarım ve gıda sektörünün temel bileşenlerinden biri olmuş durumdadır. Her yıl, genetik materyalin modifikasyonu ile üretilen yiyecek miktarında ciddi bir artış görülebilmektedir. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü, gıda üretiminde kullanılan genetik modifikasyon ve nanoteknoloji gibi yeni teknolojilerin güvenliğinin değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır (1).

Bununla birlikte genetiği değiştirilmiş gıdaların artışı giderek daha fazla gündeme gelen bazı tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Farklı başlıklarda çeşitli tartışmalar arasında insan sağlığı açısından öne çıkan endişeler, alerjik etkiler ve gen transferi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu iki konuda endişeler alerjik reaksiyonların provake edilmesi ve genetiği değiştirilmiş gıdanın sindirimi sırasında insan vücuduna bazı genlerin transferi üzerinde yoğunlaşmaktadır (2). Endişeler göz önüne alınarak hemen her ülkede genetiği değiştirilmiş gıdalarla ilgili sıkı yasal düzenlemeler ve denetim mekanizmaları getirilmiştir (3).

Sağlıkla ilişkili olarak endişe kaynağı olan genetiği değiştirilmiş gıdalarla ilgili araştırmalar çoğalmakta ve yaygınlaşmaktadır. İnsan sağlığına ilişkin oluşturduğu endişelere karşın insanlar üzerinde yapılmış etki çalışmaları yok denecek kadar azdır. İnsanlarda daha çok genetiği değiştirilmiş gıdalarla ilgili tüketim ve satın alma davranışlarını, risk algısını ve görüşlerini inceleyen çalışmalar yapılmaktadır (4). Genetiği değiştirilmiş gıdalarla ilgili endişe ve tartışmalar, bu konuda yapılmış çalışmaların önemini artırmaktadır. Bu çalışmada, uluslararası medikal yayınlara ait en yaygın kullanılan bilimsel veri tabanlarından PubMed veri tabanında son 10 yılda yayınlanmış genetiği değiştirilmiş gıdaların sağlığa etkileri ile ilgili yayınların incelenmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmada belirlenen anahtar sözcükler kullanılarak PubMed veri tabanında son 10 yılda (2008-2017) yayımlanmış İngilizce makaleler incelenmiştir. Kapsama alınacak makaleler, aralarında "AND" bağlacı kullanılarak "genetically modified food, health, effect" anahtar sözcükleri

ile belirlenmiştir. Bu anahtar sözcüklerle toplam 85 makaleye ulaşılmıştır. Ulaşılan 85 makale ilk aşamada içeriği itibarıyla konuya uygunluğu açısından incelenmiş ve bu aşamada bir elemeye tabii tutulmuş, ikinci aşamada ise konuyla doğrudan ilişkili olan yayınlar tam metin olarak araştırmaya dahil edilmiştir. Yayın taraması 10-15 Ocak 2018 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasında yayınların değerlendirilmesi için araştırmacılar tarafından oluşturulan 20 madde içeren bir veri toplama formu kullanılmıştır. Bu formla yayınlara ilgili makalenin yayınlandığı dergi, derginin yer aldığı indeksler, yayın yılı, yayının ait olduğu ülke, sayfa sayısı, yayının türü, yazar sayısı, yazarların çalışma alanı, çalışmada finansal destek durumu, çıkar çatışması olup olmadığı, kaynak sayısı, yayının içeriği ile ilgili ayrıntılar, kullanılan gıdaların türleri ve belirtilip belirtilmediği, makalede genetiği değiştirilmiş gıdaların sağlık etkisinin belirtilip belirtilmediği, yan etki belirtilme durumu, çalışmanın genetiği değiştirilmiş ürün kullanımına yaklaşımı sorgulanmıştır.

Bulgular

Araştırmanın ilk aşamasında anahtar sözcüklerle ulaşılan 85 makalenin 36'sının kapsam dışında olduğu belirlenmiş, ikinci aşamaya 49 makale kalmıştır. Elenen 36 yayının beşi genetiği değiştirilmiş ürünün tespitini sağlayan test yöntemlerini konu alması, 6 yayın genetiği değiştirilmiş ürünün gıda olmaması, 7 yayın biyokimyasal olayları konu edinmesi, 4 yayın sağlık etkisini konu almaması, 6 yayın yalnızca ilaç üzerine çalışma yapması, 8 yayın konu dışı olması nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır.

Yayınlara 8'i (%16,3), SCI ve SCI expanded kapsamında olmayan ve diğer uluslararası indekslerde yer alan dergilerde yayımlanmıştır. 31 yayının (%69,3) incelenen son on yıllık dönemin ikinci yarısında yayımlandığı, yarısından fazlasının Çin, ABD ve Polonya'dan olduğu (%53,0), 43'ünün (%87,8) deneysel çalışma olduğu, insanlarda yapılan çalışmalara dair dört yayın (%8,9) bulunduğu, yazarların (toplamda 327 yazar) %55,0'inin hayvan bilimi, biyoteknoloji ve beslenme ve gıda güvenliği departmanlarında çalıştığı belirlenmiştir. İncelenen 49 yayının 34'ü (%69,4) finansal destek almıştır. Destek alan yayınların 21'inin (%61,8) destek kaynağı kamusal kurumlardır (Tablo 1).

Hayvan deneyi içeren 33 çalışmanın 6'sında 20 hayvan ve altında hayvan kullanılmış ve en çok kullanılan hayvan türleri fare ve domuz olmuştur. Bu hayvan deneylerinde en çok yer verilen veri tipinin biyokimyasal ve histopatolojik veriler olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Yayınlarda en sık rastlanan ilk beş genetiği değiştirilmiş gıdalar sırasıyla; mısır (%18,4), pirinç (%16,3), süt (%12,2), soya (%8,2), domates (%6,1) olmuştur.

49 yayını 40'ında (%81,6) genetiği değiştirilmiş gıdaların sağlığa etkisi sistem bazında belirtilmiştir ve bu etki üçte bir oranında metabolik etkidir (Tablo 3). Yayınların genetiği değiştirilmiş ürün kullanımına yaklaşımları değerlendirildiğinde 27 yayında olumlu yaklaşım (%55,1) saptanmıştır.

Yayın yıllarına göre finansal destek oranı karşılaştırıldığında 2008-2012 ve 2013-2017 yılları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,125$). Öte yandan finansal destek türü ile genetiği değiştirilmiş ürün kullanımına yaklaşımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0,044$). Özel sektörden finansal destek alan çalışmalar kamu ve üniversite desteklerine göre daha yüksek oranda olumlu yaklaşım sergilemektedir (Sırasıyla olumlu yaklaşım yüzdesi %87,5, %66,7 ve %20,0).

Tartışma

Genetiği değiştirilmiş organizmalar ve ürünler son yıllarda birçok alanda kullanılmaya başlanmış ve bu durum tartışmalara yol açmıştır. Yapılan tartışmalar çoğunlukla bu ürünlerin sağlık ve tarımsal ürünlere etkileri üzerine yoğunlaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, genetiği değiştirilmiş gıdaların güvenliği ile ilgili değerlendirmelerin; doğrudan sağlık etkileri (toksikite), alerjik özellikler, besin değeri ya da toksik özellikleri oluşturduğu düşünülen özel bileşenler, aktarılan genin stabilitesi, genetik değişim ile ilişkili beslenme etkileri ve gen yerleştirme sonucu ortaya çıkabilecek istenmeyen etkiler üzerine yapıldığını belirtmektedir (2). Bu anlamda sağlık etkileri açısından alerjik reaksiyonların provoke edilmesi potansiyeli üzerinde durulan en önemli başlığı oluşturmaktadır.

Bu çalışmada genetiği değiştirilmiş gıdaların sağlık üzerine etkileri konulu yayınların incelenmesi amacıyla yola çıkılmıştır. Son on yılda PubMed

Tablo 1. Araştırma kapsamında ulaşılan yayınların bazı özellikleri		
Yayın yılı*	Sayı	Yüzde
2008-2012	18	36,7
2013-2017	31	69,3
Ülke		
Çin	13	26,5
ABD	7	14,3
Polonya	6	12,2
İrlanda	4	8,2
İtalya	3	6,1
Hindistan	3	6,1
Norveç	2	4,1
İspanya	2	4,1
Diğer		
İsrail, Tunus, Hollanda, Almanya, Suudi Arabistan, Güney Kore, İngiltere, Avustralya, European Food Safety Authority	9	18,4
Yayın türü		
Gözlemsel Araştırma	2	4,1
Deneysel Araştırma	43	87,8
Derleme Makale	3	6,1
Olgu Sunumu	1	2,0
Yayındaki veri kaynağı*** (n=43)		
İnsan**	4	8,9
Hayvan	33	73,3
Bitki ve gıda	8	17,8
Yazarın çalıştığı departman (n=327)		
Hayvan Bilimi	70	21,41
Biyoteknoloji	70	21,41
Beslenme ve Gıda Güvenliği	43	13,15
Bitki Bilimi	35	10,70
Halk Sağlığı ve Çevre Sağlığı	27	8,26
Tıp Fakültesi	24	7,34
Veterinerlik	10	3,06
Farmakoloji	7	2,14
Diğer****	41	12,54
Finansal destek		
Var	34	69,4
Yok	6	12,2
Belirlenemedi	9	18,4
Finansal destek kaynağı (n=34)		
Kamu	21	61,8
Özel	8	23,5
Üniversite	5	14,7

* Makalenin varsa elektronik yayın tarihi esas alınmıştır.

**Dört insan araştırmasından iki araştırma deneysel iki araştırma ise gözlemsel araştırmadır. İnsan araştırmalarına katılımcı sayıları 500, 4188, 64 ve 73 olmak üzere toplam 4825'dir.

***3 derleme makale ve 1 tane olgu sunumu tabloya dahil edilmemiştir.

****Moleküler ve hücre biyoloji, toksikoloji, politika ve ekonomi, risk değerlendirme, patoloji, istatistik, pestisit kalite kontrol, biyokimya, cerrahi, domuz geliştirme, Hayvan Besleme Denemeleri Üzerine EFSA GMO Paneli Çalışma Grubu, yaşam bilimi, biyogüvenlik, departman belirtmeyen özel şirketler

veri tabanında genetiği değiştirilmiş gıdaların sağlık üzerine etkileri konulu yayınların incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın kapsamında kullanılan anahtar sözcüklerle 85 makaleye ulaşılmış ama bunlardan 36'sı konu dışı

Tablo 2. İncelenen çalışmalarda hayvan deneylerinin bazı özellikleri		
Süre (gün)* (n=33)	Sayı	Yüzde
30 ve altı	9	27,3
31-90 arası	14	42,4
91 ve üstü	10	30,3
Veri tipi (n=33)		
Antropometrik Veri		
Var	8	24,2
Yok	25	75,8
Radyolojik Veri		
Var	3	9,1
Yok	30	90,9
Histopatolojik Veri		
Var	19	57,6
Yok	14	42,4
Biyokimyasal Veri		
Var	31	93,9
Yok	2	6,1

*Ortalama: 75,85 SD: 51,57 Ortanca: 84

Tablo 3. İncelenen yayınlarda belirtilen sağlık etkisi ile ilgili bazı özellikler		
Sistem (n=40)	Sayı	Yüzde
Metabolik sistem	13	32,5
İmmün sistem	6	15
Gastrointestinal sistem	6	15
Hematolojik sistem	3	7,5
Santral sinir sistemi	1	2,5
Kas-iskelet sistemi	1	2,5
Genital sistem	1	2,5
Tüm sistemler üzerine etki	1	2,5
Diğer*	8	20,0
Yayınlarda GDG kullanımı ile ilgili belirtilen gerekçeler		
Sağlığa faydalı etki	16	32,7
Tarım ürünlerinde verimliliği artırmak	12	24,5
Ekonomik gerekçeler	3	6,1
Gerekçe belirtilmemiş	18	36,7
Yayının genetiği değiştirilmiş ürün kullanımına yaklaşımı		
Olumlu	27	55,1
Olumsuz	3	6,1
Açık olarak belirtilmemiş	8	16,3
Belirtilmemiş	11	22,4

*Sağlığa etkiyi inceleyip bir sistem üzerinde durmayan genel bilgiler veren yayınlar

kalmış, çalışma 49 makale üzerinden yürütülmüştür. Kullanılan anahtar kelimelerden kaynaklı bazı sorunlar tarama kapsamına giren fakat konuyla ilgisiz makaleleri de karşımıza çıkarmıştır. Örneğin kullanılan anahtar kelimelerden olan "food" ibaresinin gıdalarla ilgisi olmayan makalelerde de sıklıkla yer alan Food and Drug Administration (FDA) kelime öbeğinde yer alması konuyla ilgisiz makalelerle de karşı karşıya kalınmasına neden olmuştur. Sözü edilen makaleler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırma kapsamında ulaşılan toplam yayın sayısının çalışmaların yapıldığı ülkelere dağılımına bakıldığında, Çin Halk Cumhuriyeti, Amerika Birleşik Devletleri, Polonya en çok çalışmanın yapıldığı üç ülke olarak öne çıkmaktadır. Çalışmada bu durumun nedenlerine dair bir ipucu elde etmek olanaklı değildir ancak Amerika Birleşik Devletleri'nin ve Çin'in dünyadaki genetiği değiştirilmiş gıda ticaretinde ilk sıralarda yer aldığı bilinmektedir (5). AB ülkeleri, kamuoyunda söz konusu ürünlere karşı oluşan tepki sebebi ile bu ülkelerde üretimi kısıtladığı gibi bu ürünlerin üye ülkelerde kullanımına da ciddi düzeyde sınırlamalar getirmiştir. Ayrıca, Avrupalı tüketicilerin büyük çoğunluğunun GDO'lu ürünleri kabullenmedikleri görülmektedir. Polonya'nın özel durumuna bakıldığında ise ülkede GD gıdalar konusunda ciddi derecede farkındalığın olduğu ve bu farkındalığın hükümetin GD gıdalar konusundaki politikalarını yönlendirebildiği görülmektedir (6). Ancak yukarıda da değinildiği gibi bu tespitlerin yayın sayısına yansıtılabileceği söylenemez.

Bu çalışmada incelenen yayınların çoğu deneysel çalışma kapsamında hayvan ve bitkilerde yapılan çalışmaları, biyokimyasal ve histopatolojik verileri içermektedir. Dört insan araştırmasından ikisi müdahale çalışması iki araştırma ise gözlemsel çalışmadır. Dört çalışma da anketle veri toplamış ve genel olarak genetiği değiştirilmiş gıdalarla ilgili bilgi, tutum ve davranışlara odaklanmıştır (7-10).

Konuya ilişkin mevcut deneysel çalışmaların çoğunun hayvanlar üzerinde yapılmış olması çalışmamızın önemli bir bulgusu olarak görülmektedir. Zira yapılan deneysel araştırmaların çoğunlukla hayvan çalışması olması çalışmaların insanlara genellenebilirliği ile ilgili soruları da beraberinde getirmektedir. Metabolik

yolakların farklılıkları, sistemik etkilerin uyumsuzluğu, hayvanların temin edilmesindeki değişkenler, randomizasyon metodlarındaki farklılıklar başta olmak üzere birçok yanıtıcı unsurdan ötürü hayvan çalışmalarının sonuçlarının insanlara uyarlanmasında sorunlar olduğu bilinmektedir (11).

Hayvan çalışmalarının yarısında fare üçte birinde de domuz kullanılmıştır. Xu ve arkadaşları sıçanlar ve farelerin deney hayvanı olarak kullanılmasını inceledikleri makalelerinde, bunların ucuzluğuna ve biyokimyası, fizyolojisi ve davranışları hakkında önemli bir literatür bulunduğu dikkati çekmişlerdir. Xu ve arkadaşlarına göre, farelerle ya da sıçanlarla elde edilebilen biyolojik materyallerin miktarı, birçok çalışma yapmak için yeterlidir. En önemlisi, kemirgenlerin diyetini değiştirmek ya da belirli hastalıkları taklit etmek ve sağlık durumlarını iyileştirmek için belirli ilaçlarla tedavi etmek mümkündür. Ayrıca fare ve insanların bağırsak mikroflorasında yer alan 6 ana bakteri grubu aynıdır. Özetle bu çalışmada hayvanların özellikle farelerin kullanımının daha elverişli olduğuna işaret etse de çalışmaların birebir insan çalışmaları kadar güvenilir ve insanlara uyarlanabilir olduğunu göstermemektedir (12).

Çalışmalarda yer alan katılımcıların departmanları birkaç başlık altında toplanmaya çalışılsa da diğer pek çok alandan katılımcının olduğu dikkat

çekmektedir. Bunun yanı sıra araştırmacıların çoğunun hayvan bilimi departmanında yer alması çalışmaların daha çok hayvanlar üzerinde yapıldığını bir kere daha vurgulamıştır. Tıp alanındaki yüzdenin çok düşük olması insan sağlığı üzerinde çalışma azlığı ile ilişkili olabilir. Fakat yazarların mevcut departman bilgilerinden hareketle bu konuda anlamlı sonuçlar çıkarmak pek mümkün görünmemektedir.

PubMed'de yayımlanan konu ile ilgili yayın sayısının yıllar içerisinde artış gösterdiği belirlenmiştir. Araştırma kapsamında ulaşılan yayınların 34'ünün finansal destek aldığı, 6'sının finansal destek almadığı belirlenmiştir. 9'unun ise herhangi bir finansal destek alıp almadığı belirlenmemiştir. Finansal desteğin yarından fazlasını kamu oluşturmuştur. GDO'ların insan sağlığına ve ekosisteme yönelik olası risklerini değerlendirme çalışmalarında kamunun etkisi birçok ülkede büyük oranda göze çarpmaktadır. Örneğin ABD'de bu işlevler Tarım Bakanlığı (United States Department of Agriculture-USDA), ABD Gıda ve İlaç Dairesi (United States Food and Drug Administration-FDA) ile ABD Çevre Koruma Ajansı (United States Environmental Protection Agency-EPA) tarafından gerçekleştirilmektedir. FDA'in insan gıdası ve hayvan yemi güvenliğinin sağlanmasında ana sorumluluğu bulunmaktadır. Yeni bitki türlerinden üretilen gıda ve yemlerle ilgili düzenlemeleri de yapmakla sorumludur. GDO'lara ilişkin AB mevzuatının uygulanmasında



Fotoğraf: "Mısır Öğütme" Fatma Küçükşahin
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2016 Büyük Ödül

en yetkili kurumlar Avrupa Komisyon'u ve Avrupa Gıda Güvenilirliği Otoritesi'dir (European Food Safety Authority-EFSA). Çin Halk Cumhuriyeti (ÇHC) biyogüvenlik kapsamında ise 30 Aralık 2011 tarihinde "Tarımda Genetiği Değiştirilmiş Organizmaların Güvenli Yönetimi Hakkında Yönetmeliği (Regulations on Administration of Agricultural Genetically Modified Organisms Safety)" ni çıkarmıştır. Yönetmelik ile ulusal düzeyde tarımsal GDO'ların yönetimi ve denetimi, Devlet Konseyi'nin tarım alanındaki uzman biriminin, yani ÇHC Tarım Bakanlığı'nın sorumluluğu altına verilmiştir (13-15). Çalışmamızda özel sektör destek yayınların konuya daha olumlu yaklaştığı belirlenmiştir. Gerek sayının

azlığı gerekse de çalışmaların içeriği başta olmak üzere birçok faktörün etkili olabilmesi nedeniyle bir yorum yapılamasa da dikkat çekici bir bulgu olarak not edilmelidir.

Araştırma kapsamında ulaşılan yayınlarda genetiği değiştirilmiş gıdaların sağlığa etkisinin 40 yayında belirtildiği görülmüştür. Görülen etkiler çoğunlukla metabolik sistem, immün sistem, gastrointestinal sistem, hematolojik sistem, santral sinir sistemi, kas-iskelet sistemi, genital sistem üzerinedir. Sağlık etkilerinin çok geniş bir alanda dağıldığı görülmektedir. Bu etkiler insanlar üzerinde yapılacak çalışmalar dair ipuçları sağlayabilmeleri açısından dikkate alınmalıdır.

Çalışmada kullanılan anahtar sözcüklerle ilk aşamada ulaşılan 85 yayının 36'sının kapsam dışında kalması, kullanılan anahtar sözcüklerin uygunluğuna ilişkin bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada değerlendirilen yayınlar insan sağlığı açısından oluşturduğu endişelere karşın sağlık etkileri ile ilgili insanlar üzerinde genetiği değiştirilmiş gıdalarla ilgili çalışmaların yeterli sayıda yapılmadığını bu alandaki çalışmaların hayvanlarda yapılan deneysel çalışmalarını kapsadığını göstermektedir. İncelenen yayınların üçte birinde genetiği değiştirilmiş gıdaların sağlığa yararlı etkilerine değinilmesine karşın insan sağlığına etkilerine dair somut kanıtlar ortaya konamamaktadır. Bu alanda ihtiyatlılık prensibi elden bırakılmamalıdır.

İletişim: Dr. Cavit Işık Yavuz

E-posta: cavityavuz@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

1. Food safety WHO web page. Accessed September 6, 2018 at <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/food-safety>
2. Frequently asked questions on genetically modified foods, May 2014. Accessed September 3, 2018 at http://www.who.int/foodsafety/areas_work/food-technology/faq-genetically-modified-food/en/
3. Key S, Ma JK-C, Drake PMW. Genetically modified plants and human health. *J R Soc Med* 2008;101:290–8.
4. Bawa AS, Anilakumar KR. Genetically modified foods: safety, risks and public concerns—a review *J Food Sci Technol* 2013;50(6):1035–46.
5. James, C. Global Status of Commercialized Biotech/GM Crops.: 2014. ISAAA Brief No: 49. Ithaca NY: ISAAA.
6. Rzymiski P, Królczyk A. Attitudes toward genetically modified organisms in Poland: To GMO or not to GMO? *Food Sec* 2016;8:689–97.
7. Lachowski S, Jurkiewicz A, Choina P, Florek-Luszczki M, Buczaj A, Goździewska M. Readiness of adolescents to use genetically modified organisms according to their knowledge and emotional attitude towards GMOs. *Ann Agric Environ Med* 2017;7,24(2):194-200.
8. Han F, Zhou D, Liu X, Cheng J, Zhang Q, Shelton AM. Attitudes in China about Crops and Foods Developed by Biotechnology. *PLoS One*. 2015 Sep 29;10(9):e0139114.
9. Kajale DB, Becker TC. Effects of information on young consumers' willingness to pay for Genetically Modified Food: Experimental Auction Analysis. *Ecol Food Nutr*. 2014;53(3):292-311.
10. Cuppen E, Hisschemøller M, Midden C. Bias in the exchange of arguments: The case of scientists' evaluation of lay viewpoints on GM food. *Public Underst Sci*. 2009 Sep;18(5):591-606.
11. Pound P, Ebrahim S, Sandercock P, Bracken MB, Roberts I. Reviewing Animal Trials Systematically (RATS) Group. Where is the evidence that animal research benefits humans?, *BMJ*. 2004 Feb 28;328(7438): 514–7.
12. Xu W, Li L, Lu J, Luo Y, Shang Y, Huang K. Analysis of caecal microbiota in rats fed with genetically modified rice by real-time quantitative PCR, *J Food Sci*. 2011 Jan-Feb;76(1):M88-93.
13. United States Department of Agriculture web sayfası. Accessed September 20, 2018 at <http://www.usda.gov/wps/portal/usda/usdahome>
14. European Food Safety Authority web sayfası. Accessed September 15, 2018 at <http://www.efsa.europa.eu>: <http://www.efsa.europa.eu/en/aboutefsa>
15. Regulations on Administration of Agricultural Genetically Modified Organisms Safety. Accessed September 28, 2018 at http://english.agri.gov.cn/hottopics/bt/201301/t20130115_9551.htm.

Mevlüt Okan Aydın¹, Vahide Aslihan Durak², Erol Armağan³

DOI: 10.17942/sted.451755

Geliş/Received : 29.01.2018
Kabul/Accepted : 22.06.2018

Öz

Künt travma ile acil servise başvuran olgularda etkin tanı ve tedavi protokolünün belirlenmesi adına Tüm Vücut Bilgisayarlı Tomografi(TVBT) kullanımı son yıllarda önem kazanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, acil servise başvuran travma hastalarında çekilen TVBT bulgularının geriye dönük olarak incelenmesi, fizik muayene ve travma mekanizmasının travma patolojisini öngörme, morbidite ve mortalite tayininde etkisinin belirlenmesidir.

Acil Servise başvuran hastaların başvuru anındaki muayene bulguları ve hekim öngörüsüne göre patoloji düşünülen olgularla, TVBT sonucu karşılaştırıldı. Çalışmamıza alınan 300 olgunun 236'i erkek 64'ü kadındı. Hastaların %51,0'ında trafik kazası, %26,3'ünde yüksekten düşme, %14,7'sinde motosiklet kazası nedeni ile künt travma meydana gelmişti. Çalışmamıza alınan 300 hastanın 186'sında (%62,0) travma ile alakalı en az bir BT bulgusu mevcut iken; hastaların 114'ünde (%38,0) herhangi bir bulguya rastlanmadı. Fizik muayenede düşünülmeyen ancak TVBT'de saptanan patolojik durumların hiçbirinin mortalite ya da morbidite üzerine etkisi olmadığı saptandı. Bu çalışma özellikle acil serviste TVBT kullanımının uygun endikasyonlarının oluşturulması ve standart bir çekim protokolünün sağlanması için yararlı olabilecektir.

Anahtar sözcükler: Acil servis, Künt travma, Bilgisayarlı tomografi

Abstract

In recent years, Whole Body Computed Tomography (WBCT) has gained prominence for the determination of effective diagnosis and treatment protocol for the patients attended the emergency department with blunt trauma. The aim of this study was to retrospectively examine the WBCT findings of trauma patients admitted to the emergency department and to determine the impacts of physical examination and trauma mechanism on the prediction of trauma pathology, morbidity and mortality. The patients' results of the physical examination performed at the time of admission to the emergency department and the cases initially diagnosed by the physician to be pathological were compared with the WBCT findings. Of the 300 cases included in our study, 236 were male and 64 were female. The blunt traumas have resulted from the road traffic accidents, falls from height and motorcycle accidents in 51%, 26.3% and 14.7% of the patients, respectively. At least one CT scan finding associated with trauma was identified among 186 (62%) of 300 patients included in our study, while there were no findings of trauma in 114 (38%) of them. None of the pathological conditions that were considered during the physical examination, but detected through WBCT scan had an effect on mortality or morbidity. This study may contribute particularly to specifying appropriate indications for the use of WBCT in our hospital and establishing a standard protocol for performing CT scans.

Key words: Emergency department, Blunt trauma, Computerized tomography

1 Dr.; Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Arş. Hast. (ORCID No: 0000-0002-8060-8803)
2 Dr. Öğr. Gör.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Acil Tıp AD, (ORCID No: 0000-0003-0836-7862)
3 Prof. Dr.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Acil Tıp AD, (ORCID No: 0000-0002-4641-9873)

Giriş

Travmalar tüm dünyada, özellikle genç nüfusu etkileyen ve bu yüzden sağlık problemi olması yanında üretim kaybına da yol açan ciddi bir problemdir. Travmalar tüm yaş gruplarında kanser ve kardiyovasküler hastalıklardan sonra üçüncü, 1-44 yaş grubunda ise birinci sıradaki ölüm nedenidir (1-4).

Künt travma sebebi ile acil servise başvuran hastaların ilk değerlendirme bulgularının %20-50 oranında şüpheli veya yanıltıcı olduğunu gösteren kanıtlar vardır (5-6). Travma hastası hemodinamik olarak stabil olsa da, gözden kaçan bir yaralanma yüzünden kaybedilebilmektedir (7). Bu yüzden travma hastalarının yönetiminde hızlı ve güvenilir bir görüntüleme yöntemine ihtiyaç duyulmaktadır. Son yıllarda travmada erken tanı fazında bilgisayarlı tomografinin (BT) kullanımı daha da önem kazanmış olup, artık günümüzde Tüm Vücut BT (TVBT), travmalı hastaların yönetiminde erişilebilir, yararlı ve hızlı radyolojik inceleme yöntemi olarak kabul edilmektedir (8-10).

Ancak TVBT'nin nisbeten pahalı olması, yorumlama açısından zaman gerektirmesi ve uygun endikasyonlarla çekilme durumu gibi (yüksek enerjili travma hastaları, hastanın hemodinamik stabilitesi ve mevcut kliniğe göre tomografi istemi vb.) konularda hala sorun yaşanmaktadır (11).

Bu çalışmanın amacı, acil servise başvuran travma hastalarında çekilen TVBT bulgularının geriye dönük olarak incelenmesi, fizik muayene ve travma mekanizmasının travma patolojisini öngörmede, morbidite ve mortalite tayininde etkisinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız 12 aylık sürede üniversitemiz acil servisine künt travma nedeni ile başvuran ve TVBT çekilen hastalara ait verilerin değerlendirildiği geriye dönük dosya taramasına dayalı tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışmamız için Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'nın 22/03/2016 tarih ve 2016-5/14 sayılı onayı alınmıştır.

Acil servise 12 aylık sürede travma nedeni ile başvuran ve TVBT çekilen 400 hastanın dosyaları "Hastane Bilgi Yönetim Sistemi" kullanılarak değerlendirilmeye alınmış; ancak tıbbi verileri eksik, görüntü kalitesi yetersiz, Glasgow Koma

Skalası (GKS) <15 olan ve vital bulguları stabil olmayan 100 olgu çalışma dışı bırakılmıştır.

TVBT bulguları kayıt edilirken vücut 5 bölgeye ayrılmıştır:

1. Baş ve yüz,
2. Servikal,
3. Toraks (torakal vertebra, kostalar, klavikula ve skapula),
4. Abdomen (lomber vertebra, genitoüriner ve retroperitoneal bölge)
5. Pelvis.

Tüm künt travma hastalara kafanın en üst noktasından, pelvis alt sınırına kadar TVBT çekilmiş, olguların BT görüntülemesi 64 kesitli BT cihazı (Siemens-Somatom Definition AS) ile yapılmıştır.

Travma bulguları yönünden hastaların TVBT görüntüleri, mesai saatleri içinde gerçekleşenler spesifik radyologlar tarafından baş, toraks, abdomen, pelvis ve servikal bulguları ayrı ayrı raporlanmış, mesai saati dışında değerlendirilen TVBT görüntüleri ise nöbetçi radyolog tarafından raporlandırılmıştır. Raporlar geriye dönük olarak Hastane Bilgi Yönetim Sistemine bağlı Picture Archiving and Communication System (PACS) üzerinden kaydedilmiştir.

Verilerin uyum analizinde Kappa uyum testi kullanılarak, analizlerde SPSS 22,0 programı kullanılmış ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmamız verilerine göre acil servise künt travma nedeni ile başvuran hasta sayısı 3652 (%3,1) idi ve bunların 400'üne (%10,9) TVBT çekilmişti.

TVBT hastalarına ait demografik veriler değerlendirildiğinde; çalışmaya dahil edilen 300 olgunun 236'i (%78,7) erkek 64'ü (%21,3) kadındı. Yaş aralığı 18-79, yaş ortalaması ise $38,4 \pm 15,4$ olarak bulundu. Hastalara ve travma mekanizmasına ait demografik veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Anormal TVBT bulgularının vücut bölgelerine göre dağılımı Tablo 2'de görülmektedir.

Hasta acil servise ilk başvurduğunda acil servis hekiminin değerlendirmesi sonucunda patoloji düşündüğü durumlarda "var", düşünmediği

Tablo 1. TVBT ile taranan travma hastalarına ait veriler

Cinsiyet		Sayı (n)	Yüzde (%)
Travma şekli	Erkek	236	78,7
	Kadın	64	21,3
	Trafik kazası	153	51
	Yüksekten düşme	79	26,3
	Motorsiklet kazası	44	14,7
	Diğer	24	8

Tablo 2. Anormal TVBT bulgularının vücut bölgelerine göre dağılımı

Görüntüleme	Sonuç	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kraniyal BT	Normal	236	78,7
	Lineer Fraktür	35	11,7
	İntrakraniyal Hemoraji	24	8,0
	Kontüzyon	4	1,3
Boyun BT	Normal	284	94,7
	Fraktür	15	5,0
Toraks BT	Normal	190	63,3
	Kot Fraktürü	32	10,7
	Pnömoheotoraks	35	11,7
	Kontüzyon	29	9,7
	Vasküler Yaralanma	1	0,3
	Perikardiyal Effüzyon	3	1,0
	Torakal Vertebra Fraktürü	10	3,3
Abdomen BT	Normal	230	76,7
	Solid Organ Yaralanması	31	10,3
	Aktif Kanama	6	2,0
	Serbest Sıvı	3	1,0
	Bağırsak Yaralanması	8	2,7
	Lomber Vertebra Yaralanması	22	7,3
Pelvis BT	Normal	267	89,0
	Pelvis Fraktürü	33	11,0

durumlarda "yok" seçeneği işaretlenmiştir. TVBT'de patoloji saptanan durumlar "+", saptanmayan durumlar "-" olarak işaretlenmiştir. Tablo 3'de künt travmada fizik muayene ve tomografi sonucu korelasyonu görülmektedir.

Değerlendirme sonucu toplam 130 hastada kraniyal patolojiden şüphelenilmiş, bunlardan 61'inde (%46,9) patoloji saptanmıştır. Fizik muayenede patoloji düşünülmeyen iki hastada kraniyal BT'de patoloji (lineer kalvaryum fraktürü) saptanmış olup; acil operasyon planlanmamıştır. Kranial muayene ile BT sonucu arasında kafa travması bulgularında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,000$) uyum mevcuttu.

Değerlendirme sonucu toplam 40 hastada servikal patolojiden şüphelenilmiş, bunlardan

sekizinde (%20,0) patoloji saptanmıştır. Fizik muayenede patoloji düşünülmeyen sekiz hastada servikal BT'de patoloji saptanmıştır. Servikal muayene ile BT sonucu arasında boyun travması bulgularında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,000$) uyum mevcuttu. Servikal bölgenin BT bulguları incelendiğinde fizik muayenede patoloji düşünülmeyen ancak BT de patoloji saptanan sekiz vakanın altısında tek vertebra spinöz proçes fraktürü, birinde tek vertebra transvers proçes fraktürü, birinde ise iki vertebra transvers proçes fraktürü saptandı. Bu sekiz vakanın beşi ek patolojilerden ötürü yatırılırken, üç hastada izole patoloji saptandı ve taburcu edildi.

Değerlendirme sonucu toplamda 55 hastada pelvis patolojisinden şüphelenilmiş, bunlardan 27'sinde (%49,1) patoloji saptanmıştır. Fizik

Tablo 3. Anormal TVBT bulgularının vücut bölgelerine göre dağılımı

Fizik muayene bulgusu		BT		Duyarlılık	Pozitif prediktif oran	Özgüllük	Negatif prediktif oran	p
		(+)	(-)					
Kafa Travması	Var	62	68	96,9%	47,7%	71,2%	98,8%	0,000
	Yok	2	168					
Boyun Travması	Var	8	32	50,0%	20,0%	88,7%	96,9%	0,000
	Yok	8	252					
Toraks Travması	Var	83	38	75,5%	68,6%	80,0%	84,9%	0,000
	Yok	27	152					
Batın Travması	Var	50	35	71,4%	58,8%	84,8%	90,7%	0,000
	Yok	20	195					
Pelvis Travması	Var	27	28	81,8%	49,1%	89,5%	97,6%	0,000
	Yok	6	239					

Tablo 4. Hastaların sonlanma biçimleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sonuç	Taburcu	131	43.7
	Yatış (Servis)	79	26.3
	Yatış (Yogun Bakım)	63	21
	Ölüm	1	0.3
	Sevk	26	8.7

muayenede patoloji düşünülmeyen altı hastada pelvis BT'de patoloji saptanmıştır. Pelvik muayene ile BT sonucu arasında pelvis travması bulgularında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,000$) uyum mevcuttu.

Değerlendirme sonucu toplamda 121 hastada toraks patolojisinden şüphelenilmiş, bunlardan 83'ünde (%68,1) patoloji saptanmıştır. Toraks muayenesi ile BT sonucu arasında toraks travması bulgularında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,000$) uyum mevcuttu. Toraks muayenesinde patoloji düşünülmeyen ancak BT de patoloji saptanan 27 hastanın 22 sinde tek kot fraktürü, üçünde izole pulmoner kontüzyon, ikisinde izole pnömotoraks, birinde hem tek kot fraktürü hem de kontüzyon saptanmıştır. Tek kot fraktürü saptanan 22 olgudan 11'inde ek vücut patolojisi saptandığı için yatış verilmiş, geriye kalan 11 olgu başka patoloji saptanmadığı için taburcu edilmiştir.

Değerlendirme sonucu toplamda 85 hastada batın patolojisinden şüphelenilmiş, bunlardan 50'sinde (%58,8) patoloji saptanmıştır. Fizik muayenede patoloji düşünülmeyen 20 hastada abdomen BT'de patoloji saptanmıştır. Batın

muayenesi ile BT sonucu arasında batın travması bulgularında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,000$) uyum mevcuttu. Batın muayenesinde patoloji düşünülmeyen ancak BT de patoloji saptanan 20 olgunun yedisinde grade 1 karaciğer laserasyonu, beşinde grade 1 dalak laserasyonu, birinde batında serbest sıvı, dördünde tek torakal vertebra spinöz proçes fraktürü, üçünde izole tek torakal vertebra transvers proçes fraktürü saptanmıştır. Bu olgulardan karaciğer ve dalak laserasyonu saptanan 12 olgu, serbest sıvı saptanan bir olgu ve torakal vertebra fraktürü saptanan üç olguda ek patoloji saptandığı için yatırılmış; izole torakal vertebra fraktürü olan dört olgu taburcu edilmiştir.

Hastaların %43,7'si acilden taburcu edilirken, hastaların %56,0'ı yatırılmıştır. Acil servise 55 yaşında şıkışmalı araç içi trafik kazası sonrası ambulans ile getirilen bir erkek hastanın getirildiğinde GKS'ı 15 ve vital bulgular stabil iken; çekilen TVBT'sinde aort rüptürü saptanmış, takipler sırasında anstabil hale gelmiş ve tüm müdahalelere rağmen kurtarılamamıştır. Değerlendirmeye alınan 300 hastanın acil serviste sonlanma biçimleri Tablo 4'de yer almaktadır.



Resim 1. Bt-Vrt Görüntüsü- Künt Göğüs Travması Sonrası 4., 5., 6., 7. Ve 8. Kaburgalarda Posterolateral Fraktür (Vaka: Dr Varun Babu, Radiopaedia.org, Rid: 57142)

Tartışma

Acil servise başvuran travma hastalarının ilk değerlendirilmesi, Advanced Trauma Life Support (ATLS) kılavuzu baz alınarak gerçekleştirilmelidir. Bu kriterler hızlı fizik muayene ve uygun görüntüleme yöntemlerinden oluşmaktadır(12).

Bilgisayarlı tomografi; tüm vücut görüntülemedeki uygulanabilirliği, hızlı olması ve yüksek duyarlılığı nedeni ile travma hastalarında önemli bir radyolojik görüntüleme yöntemi haline gelmiştir(13-17). Bir çok merkez travmalı hastalarda artık ilk görüntüleme yöntemi olarak TVBT görüntülemeyi desteklemektedir(17-27). Ülkemizde yakın dönemde retrospektif yapılan bir çalışmada acil servise başvuran ve TVBT çekilen hastaların epidemiyolojik analizi çıkarılmıştır. Bingöl ve arkadaşlarının (28) yaptığı çalışmada 18 yaş ve üzeri 210 olgunun; travma mekanizması, BT sonuçlarının bölgelere göre dağılımı ve hastaların sonuçları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre künt travmayla başvuran 639 hastanın 294'üne(%46) TVBT çekilmiştir.

Wurmb ve arkadaşlarının (29) yapmış olduğu, künt travmalı hastalarda primer tanısal araç olarak

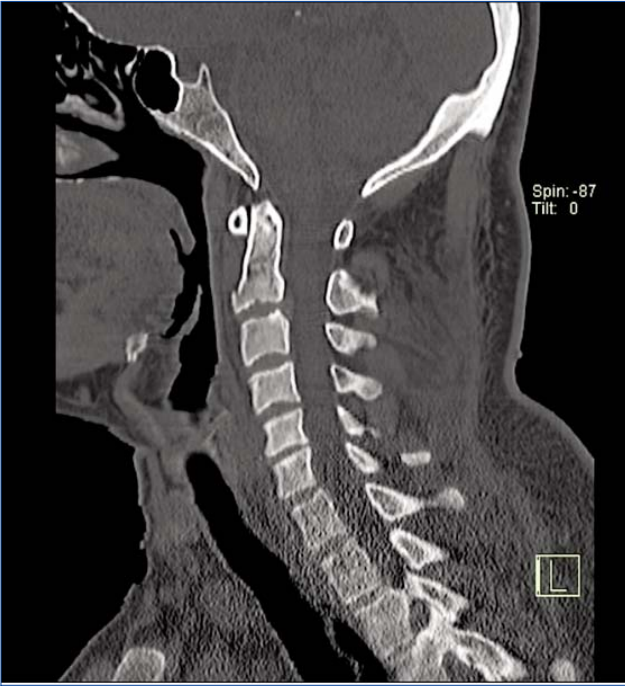
TVBT'nin kullanımı ile ilgili bir çalışmada 126 hastanın %70'ine BT çekilmiştir. Treskes ve arkadaşları (30) tarafından yapılan bir çalışmada ise künt travma ile başvuran 300 hastanın sadece 3 tanesine (%0,01) TVBT çekilme kararı verilmiştir.

Çalışmamızda ise travma nedeni ile getirilen 3652 hastanın %10,9'una TVBT çekilmiştir. Genel olarak TVBT çekme oranımız literatür ile kıyaslandığında daha azdır. Maliyetinin yüksek oluşunun bu konuda rol oynayabileceği düşünülmektedir.

2011 yılında yapılan bir çalışmada (31) çoklu travma hastaları çalışmaya alınmış ve ilk müdahaleleri yapıldıktan sonra tomografiye alınmadan önce hem acil uzmanlarına hem de travma cerrahlarına birbirinden bağımsız olarak hangi görüntülemenin gerekli hangisinin gereksiz olduğu her vaka için sorulmuştur. TVBT gerekliliği; fizik muayene bulguları ve travma mekanizması göz önünde bulundurularak belirlenmiş ve çalışmamızda olduğu gibi, değerlendiren hekimin öngörüsü ve TVBT sonuçları karşılaştırılmıştır. Toplam 701 hastaya 2804 görüntüleme yapılmıştır. Bu 2804 görüntülemenin 1812'sini hem acil uzmanları hem de travma cerrahları gerekli görmüş ve 123 görüntülemede (%7) kritik bir patoloji saptanmış; 187 görüntülemenin ise hem cerrahlar hem de acil uzmanları tarafından gereksiz olduğu düşünülmüş, 4 görüntüde de (%2) kritik olmayan patoloji saptanmıştır (31).

Tillou ve arkadaşlarının (32) 2009 yılında yaptıkları prospektif bir çalışmada, ilk değerlendirmede yaralanma düşünülen olguların yaklaşık %60'ında TVBT'de patoloji saptanmamıştır. Yaralanma bulgusu olmaksızın yalnızca travma mekanizması göz önüne alınarak yapılan TVBT tetkiklerinin %82'sinde de patoloji gözlenmemiştir. Çalışmamızda ise her bir anatomik bölge için fizik muayene duyarlılığı ayrı ayrı incelenmiştir. İlk değerlendirme sonucu yaralanma düşünülen olguların %68,6'sında toraks, %58,8'inde ise batında patoloji saptanmıştır. Fizik muayenenin pozitif prediktif oranı %20,0 ile en az boyun travmasında saptanmıştır.

Hassan ve arkadaşlarının (33) yaptığı bir çalışmada künt abdominal travmada TVBT çekilen



Resim 2. BT-Sagittal Kesit – Trafik Kazası Sonrası Axisin Anterior Alt Köşesinin Anterior Longitudinal Ligamanın Bağlanma Bölgesinde Kırılması.

(Vaka: Dr Ahmed Abdrabou, Radiopaedia.org, rID: 45860)

151 hastanın 126'sında (%83,4) pozitif bulgu tespit etmişlerdir. Bu bulgulardan en çok karaciğer (%42,1), dalak (%34,9) ve böbrek (%30,0) yaralanmaları görülmüştür. Sampson ve arkadaşlarının (34) yaptığı bir çalışmada ise; abdomen bölgesinde en sık saptanan TVBT bulguları karaciğer kontüzyonu veya laserasyonu (%7), dalak kontüzyonu veya laserasyonu (%6), barsak veya mezenterik yaralanma (%7) oranında saptanmıştır. Çalışmamızda ise TVBT'de en çok solid organ yaralanması (karaciğer, dalak, böbrek) saptanmıştır (%10,3).

Motorlu araç kazalarının önemli bir bölümünde görülen torasik aort ve büyük damar yaralanmalarının görüntülenmesinde TVBT yine önem taşımaktadır. Fishman ve arkadaşlarının (35) yaptığı bir çalışmada tanısal amaçlı çoklu travma hastalarında büyük damar yaralanmalarının saptanmasında kullanılan ekokardiyografi, ultrasonografi, aortografi gibi tekniklerin tomografiden daha az kullanışlı olduğu saptanmıştır. Bingöl ve arkadaşlarının (28) yaptığı çalışmada bir hastada (%3,8) aort rüptürü saptanmıştır. Çalışmamızda da bir hastada aort damar yaralanması saptanmıştır.

Çalışmamızda birkaç tane kısıtlılık bulunmaktadır. Çalışmamız geriye dönük dosya taramasına dayalı

olduğu için endikasyonların doğru ve uygun olup olmadığı, tüm vücut TVBT çekiminin gerekli gerekmediği konusundaki kanıtlar yetersizdir. Bununla birlikte, travma hastalarını değerlendiren hekimlerin fizik muayenelerinin subjektivitesi, çalışmanın önemli bir kısıtlılığı oluşturmaktadır. Sonuç olarak hastayı ilk değerlendiren acil servis hekiminin TVBT kararı vermesinde travma mekanizması son derece önemlidir. Çoklu travma hastalarında tedavinin planlanması, mortalite ve morbidite açısından BT'nin önemli bir değere sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak tek başına travma mekanizması TVBT için endikasyon teşkil etmemelidir. Fizik muayene; her hasta değerlendirmesinde önemli olduğu gibi travma hastalarında da tetkiklere karar vermede en önemli faktör olmalıdır.

Gelecekte, travma hastalarında TVBT etkin kullanımını sağlamak için anamnez, fizik muayene, direk grafiler ve ultrason rolünü de değerlendiren geniş hasta gruplarında ve prospektif tasarlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

İletişim: Vahide Aslıhan Durak

E-posta: aslidurakis@hotmail.com

Kaynaklar

1. Athanassiadi K, Gerazounis M, Theakos N. Management of 150 flail chest injuries: Analysis of risk factors affecting outcome. *European Journal of Cardiothoracic Surgery* 2004;26: 73-6.
2. Diekstra RFW, Gulbinat W: The epidemiology of suicidal behaviour: A review of three continents. *World Health Stat Q* 1993;46:52-68.
3. Feliciano DV. Patterns of injury. In: Feliciano DV, Moore E, Mattox KL (eds). *Trauma*. Stamford: Connecticut; 1996. pp: 85-105.
4. Ahvenjärvi L, Mattila L, Ojala R, Tervonen O. Value of multidetector computed tomography in assessing blunt multitrauma patients. *Acta Radiologica*, 2005;46(2):177-83.
5. Schurink GW, Bode PJ, van Luijt PA, van Vugt AB. The value of physical examination in the diagnosis of patients with blunt abdominal trauma: a retrospective study. *Injury* 1997; 28:261-5.
6. Ahvenjärvi L, Niinimäki J, Halonen J. Reliability of the evaluation of multidetector computed tomography images from the scanner's console in high-energy blunt-trauma patients. *Acta Radiologica* 2007;48(1), 64-70.
7. Stengel D, Frank M, Matthes G et al. Primary pan-computed tomography for blunt multiple trauma: Can the whole be better than its parts?. *Injury, Int. J. Care Injured* 2009;40:36-46.

8. Körner M, Krötz MM, Degenhart C, et al. Current role of emergency US in patients with major trauma. *Radiographics* 2008;28(1):225-42.
9. Sise MJ, Kahl JE, Calvo RY, et al. Back to the future: Reducing reliance on torso computed tomography in the initial evaluation of blunt trauma. *J Trauma Acute Care Surg* 2013;74:92-9
10. Healy DA, Hegarty A, Feeley I, et al. Systematic review and meta-analysis of routine total body CT compared with selective CT in trauma patients. *Emerg Med J* 2014;31:101-8.
11. Sözüer E, İkizceli İ. *Travma*. 2nd ed. Ankara: Nobel Kitabevi; 2011;35-50
12. American College of Surgeons. ATLS (Advanced Trauma Life Support): Student Course Manual. 10th ed. Chicago; 2018.
13. Ptak T, Rhea JT, Novelline RA. Experience with a continuous, single-pass whole-body multidetector CT protocol for trauma: the three-minute multiple trauma CT scan. *Emerg Radiol* 2001;8:250-6.
14. Kanz KG, Korner M, Linsenmaier U, et al. Priority-oriented shock trauma room management with the integration of multiple-view spiral computed tomography *Unfallchirurg* 2004;107:937-44.
15. Prokop A, Hotte H, Kruger K, Rehm KE, Isenberg J, Schiffer G. Multislice CT in diagnostic work-up of polytrauma. *Unfallchirurg* 2006;109:545-50.
16. Leidner B, Beckman MO. Standardized whole-body computed tomography as a screening tool in blunt multitrauma patients. *Emerg Radiol* 2001;8:20-28.
17. Sampson MA, Colquhoun KB, Hennessy NL. Computed tomography whole body imaging in multi-trauma: 7 years experience. *Clin Radiol* 2006;61:365-9
18. Leidner B, Adiels M, Aspelin P, Gullstrand P, Wallen S. Standardized CT examination of the multitraumatized patient. *Eur Radiol* 1998;8(144):1630-8
19. Albrecht T, Von Schlippenbach J, Stahel PF, Ertel W, Wolf KJ. The role of whole body spiral CT in the primary work-up of polytrauma patients – comparison with conventional radiography and abdominal sonography. *Rofo* 2004;176:1142-50.
20. Heyer CM, Rduch GJ, Wick M, Bauer TT, Muhr G, Nicolas V. Evaluation of multiple trauma victims with 16-row multidetector CT (MDCT): a time analysis. *Rofo* 2005;177:1677-82.
21. Wurmb T, Fruhwald P, Brederlau J, Steinhubel B, Frommer M, Kuhnigk H et al. The Wurzburg polytrauma algorithm. Concept and first results of a sliding-gantry-based computer tomography diagnostic system *Anaesthesist* 2005;54:763-78.
22. Salim A, Sangthong B, Martin M, Brown C, Plurad D, Demetriades D. Whole body imaging in blunt multisystem trauma patients without obvious signs of injury: results of a prospective study. *Arch Surg* 2006;141:468-547.
23. Fanucci E, Fiaschetti V, Rotili A, Floris R, Simonetti G. Whole body 16-row multislice CT in emergency room: Effects of different protocols on scanning time, image quality and radiation exposure. *Emerg Radiol* 2007;13:251-7.
24. Hoffstetter P, Herold T, Daneschnejad M, Zorger N, Jung EM, Feuerbach S et al. Non-trauma-associated additional findings in whole-body CT examinations in patients with multiple trauma. *Rofo* 2008;180:120-6.
25. Bayer J, Pache G, Strohm PC, Zwingmann J, Blanke P, Baumann T et al. Influence of arm positioning on radiation dose for whole body computed tomography in trauma patients. *J Trauma* 2011;70:900-5.
26. Hilbert P, zur Nieden K, Hofmann GO, Hoeller I, Koch R, Stuttmann R. New aspects in the emergency room management of critically injured patients: A multi-slice 201,1 *British Journal of Surgery* 2012;99(Suppl 1):552-8.
27. Sierink JC, Saltzherr TP, Reitsma JB, Van Delden OM, Luitse JSK, Goslings JC. CT-oriented care algorithm. *Injury* 2007;38:552-8.
28. Bingol O, Ayrik C, Kose A et al. Retrospective analysis of whole-body multislice computed tomography findings taken in trauma patients. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 2015;15:116-21.
29. Wurmb TE, Frühwald P, Hopfner W, et al. Whole-body multislice computed tomography as the primary and sole diagnostic tool in patients with blunt trauma: Searching for its appropriate indication. *The American Journal of Emergency Medicine* 2007;25(9):1057-62.
30. Treskes K, TSaltzherr TP, Luitse JSK, Beenen LFM, Goslings JC. Indications for total-body computed tomography in blunt trauma patients: A systematic review. *Eur J Trauma Emerg Surg* (2017);43:35-42.
31. Gupta M, Schriger DL, Hiatt JR, et al. Selective use of computed tomography compared with routine whole body imaging in patients with blunt trauma. *Ann Emerg Med*. 2011;58(5):407-16.e15.
32. Tillou A, Gupta M, Baraff LJ et al. Is the use of pan-computed tomography for blunt trauma justified? A prospective evaluation. *The Journal of Trauma* 2009;67:779-87.
33. Hassan R, Aziz AA, Yusof MM, Saat A, Rashid MO. The Role of Multislice Computed Tomography (MSCT) in the Detection of Blunt Traumatic Intra Abdominal Injury: Our Experience in Hospital Tengku Ampuan Afzan (HTAA), Kuantan, Pahang. *Med J Malaysia* 2012; 3(67):316-22.
34. Sampson MA, Colquhoun KB, Hennessy NL. Computed tomography whole body imaging in multi-trauma: 7 years experience. *Clin Radiol* 2006;61:365-69.
35. Fishman JE. Imaging of blunt aortic and great vessel trauma. *Journal of Thoracic Imaging* 2000;15(2):97-103.



Dünyada Zika Virüs Salgını ve Yenidoğanlarda Zika Virüs Enfeksiyonu*

Zika Virus Outbreak around the World and Zika Virus Infection in Newborns

Pınar Bekar¹, Duygu Arıkan²

DOI: 10.17942/sted.519525

Geliş/Received : 16.12.2016
Kabul/Accepted : 22.04.2018

Öz

Aedes türü sivrisinekler ile taşınan virüs, Zika virüs hastalığına neden olmaktadır. Son zamanlarda Brezilya'da başlayan büyük salgın, Porto Riko, Virgin Adaları ve Meksika'da dahil olmak üzere Karayipler'de bulunan birkaç adada, ayrıca Güney/Orta Amerika'nın büyük bir parçasının her yerinde ortaya çıkmıştır.

Zika virüs hastalığı olan kişilerde genellikle hafif ateş, deri döküntüsü, konjonktivite, kas ve eklem ağrısı, halsizlik ve baş ağrısı içeren belirtiler vardır. Bu belirtiler genellikle 2-7 gün sürmektedir.

Zika virüsü, gebe bir kadından fetüse yayılabilir ve gebe iken Zika virüsüne sahip annelerin bebeklerinde mikrosefali oluşabilir. Zika virüsü, gebelik sırasında ya da doğumda gebe bir kadından fetüse geçebilir. Bugüne kadar, emzirme yoluyla Zika virüsünü edinen bebeklerin bildiri yoktur. Emzirmenin yararlarından dolayı, anneler Zika virüsü bulunan bölgelerde bile emzirmeleri için teşvik edilmelidir.

Virüsün şu anda spesifik bir tedavi ya da aşısı bulunmamaktadır. Sivrisinekler ve üreme alanları, Zika virüsü enfeksiyonu için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Salgınlar sırasında, sağlık yetkilileri böcek ilaçlama yapılmasını tavsiye edebilir. Gebe kadınlar, Zika virüs bölgelerine seyahat etmemelidir. Hemşire eğitim, danışmanlık rollerini kullanarak zika virüsünden korunma hakkında toplumu bilgilendirmelidir.

Anahtar sözcükler: Çocuk, Hemşirelik, Gebelik, Zika virüsü

Abstract

The virus transmitted by the mosquitoes in the aedes genus leads to Zika virus disease. The pandemic that recently started in Brazil has occurred in Puerto Rico, Virgin Islands and some islands in the Caribbean area including Mexico and in almost every region of a huge part of the Central/South America. Those with Zika virus generally have symptoms including mild fever, skin rash, conjunctivitis, muscle and joint pain, fatigue and headache. These symptoms usually last for 2-7 days. The Zika virus may spread from a pregnant woman to her fetus and microcephaly may develop among infants of the mothers having Zika virus during pregnancy.

Zika virus may be transmitted from a pregnant woman to the fetus during pregnancy or delivery. Until now, there have been no reports about the infants infected with Zika virus through breast-feeding. Because of the benefits of breast-feeding, the mothers should be encouraged to breastfeed even in regions with Zika virus. There is currently no specific treatment or vaccine for the virus. Mosquitoes and their reproduction zones constitute a significant risk factor for the infection of Zika virus. During the outbreaks, the health authorities may recommend the execution of pest control. Pregnant women should not travel to the areas with Zika virus. The nurses should inform the society about protection against Zika virus by using their training and counselling roles.

Key words: Child, Nursing, Pregnancy, Zika virus

*Bu çalışma 26-29 Mayıs 2016 tarihleri arasında Adana'da düzenlenmiş olan "3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi" nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

1 Dr. Öğr. Üyesi., Erzincan Binali Yıldırım Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Çocuk Gelişimi Bölümü, Erzincan (Orcid No: 0000-0002-5430-7185)

2 Prof. Dr.; Atatürk Ü. Hemşirelik Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemş. AD, Erzurum (Orcid No: 0000-0001-9451-8799)

Giriş

Zika virüsü (ZIKA), Flaviviridae ailesi içinde Flavivirus cinsi içinde sınıflandırılmış bir arbovirüstür (eklembacaklı taşınan virüs) (1,2,3). Tek zincirli bir RNA virüsüdür (4). Hastalık ilk olarak 1947 yılında Uganda'nın Zika ormanlarında rhesus maymunlarında, 1952 yılında da Uganda ve Tanzanya'da insanlarda belirlenmiştir. O zamandan beri hastalık Tropikal Afrika, Güneydoğu Asya ve Pasifik adalarında zaman zaman salgınlara yol açmıştır (5,6). Zika virüsü enfeksiyonu, dünyada en yeni sağlık tehdididir (7). Zika virüsü enfeksiyonu 1947'den beri bilinmektedir; ama yalnızca kısa bir süre önce dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (8). Zika virüs salgını, Nisan 2007 tarihinde Yap adasında, Mikronezya'da bildirilmiştir (1). Avustralya'da, Zika enfeksiyonunun ilk olgusunun 2012 yılında Endonezya'dan dönen bir yolcuya olduğu, 2013 yılında Fransız Polinezya'sındaki salgını takiben sonraki salgınlara, Yeni Kaledonya, Paskalya adası ve Cook adalarında meydana geldiği görülmüştür (1). Ekim 2013 yılında Fransız Polinezya'sında Zika virüs enfeksiyonunun ilk olgularının belirlenmesinden sonra, tahmini olarak nüfusun %11'i virüsten etkilenmiştir (1). Son salgın Mayıs 2015'te Brezilya'da başlamıştır (6). Brezilya Sağlık Bakanı, 2015 yılında Zika virüs enfeksiyonlu olgularının 0.4-1.3 milyon olduğunu belirtmiştir



Erişim adresi: <https://www.todayonline.com/world/americas/zika-warning-issued-over-sperm-banks-miami>

(9). Zika virüsü, son zamanlarda Afrika'nın ötesine ve Pasifik ve Güney Amerika bölgelerine yayılmıştır (10). Panama Amerikan Sağlık Örgütü, Zika virüsünün, yayılmaya devam edeceğini ve endemik Aedes sivrisinekler ile Amerika'nın bölgelerine ve sonunda tüm topraklarına ulaşmaya devam edeceğini belirtmektedir (11). Ülkemizde Zika virüs enfeksiyonu günümüze dek saptanmamıştır. Şu anda Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı Ulusal Viroloji Referans Laboratuvarı'nda kuşkulu hastaların kanından virüs genetik materyalinin saptanmasına yönelik testler yapılabilmektedir. Sivrisinek aktivitesinin bulunmadığı kış mevsiminde ülkemizde bir salgın tablosunun çıkması düşünülmektedir. Ancak bu virüs için bulaştırıcı olan Aedes cinsi sivrisinekler ülkemizde de bulunmaktadır. Yapılan bilimsel araştırmalarda ülkemizde bulunan Aedes sivrisineklerinde Zika virüs bulunduğuna dair bir kanıt elde edilmemiştir. Salgın bulunan ülke ve bölgelere gebelerin seyahat etmemesi ve bu bölgelere seyahat etmiş tüm kişilerin seyahatleri sırasında sivrisinek temasına karşı duyarlı olması, enfekte olduğu belirlenmiş bireylerin ülkemizde sivrisineklerle temasının engellenmesi gibi önlemler ülkemizde yaz aylarında da salgın gelişmesinin önüne geçecektir (12).

Şu anda, Zika virüs enfeksiyonu Orta ve Güney Amerika'da bulunan bazı ülkelerde ortaya çıkmaktadır (13). Bugün Zika virüsü, coğrafi olarak Amerikalılar boyunca, vektör sivrisinek türlerinin vektör yetkinliğinin yüksek olduğu alanlara (enfeksiyon yeterliği, yayılma ve virüs bulaşması) yayılmaya devam ediyor (14).

Bulaşma

Zika virüsünün, sivrisinek yoluyla bulaşan flavivirüs olduğu tespit edilmiştir. İnkübasyon periyodu 3-12 gün arasındadır (4).

Zika virüsü, insanlara genellikle enfekte Aedes cinsi sivrisineklerin ısırması yoluyla bulaşmaktadır. Bu sivrisinekler, çoğalma dönemlerinde yumurtalarını içinde su artıkları bulunan kovalar, kaseler, hayvan yemekleri, saksı ve vazo gibi su yakınlarına bırakırlar. Sivrisinekler insanların olduğu iç ve dış mekanlarda yaşayabilmektedir (4). Zika virüsü, nadiren insandan insana bulaşır

(13). Brezilya'da Zika'nın kan transfüzyonuyla bulaştığını gösteren birçok rapor vardır (12). Cinsel ilişki, annelerden fetüse perinatal geçiş ve transfüzyon sonrası geçiş gibi sivrisinek dışında insana geçiş yolları bulunmaktadır (14).

Belirtiler

Zika ile enfekte olmuş bireylerin %80'i belirti vermez (5,7). Zika virüs enfeksiyonlu yetişkinlerde, eklem ağrısı, kas ağrısı, pürülan olmayan konjunktivit, konjonktival hiperemi, baş ağrısı ya da halsizlik belirtilerinden en az biri ile birlikte kaşıntı, yüksek vücut ısısı tipik olarak mevcuttur (7). Belirtiler genellikle birkaç günden bir haftaya kadar sürebilmektedir (5). Hastalık genellikle bir sağlık kuruluşunda yatış gerektirmemektedir (15).

Virüsün Gebelik ve Bebek Üzerine Etkileri

Gebe kadınlar, gebeliğin herhangi bir döneminde zika virüsü ile enfekte olabilirler. Zika virüsü, gebe bir kadından fetüse yayılabilir ve gebe iken Zika virüsüne sahip annelerin bebeklerinde mikrosefali oluşabilir (4,16). Brezilya'da 2015'den 16 Ocak 2016'ya kadar Zika virüsünün salgını ile mikrosefali ya da gelişmemiş beyin ve kafatası ile 3893 bebek doğmuş ve 49 bebek ölmüştür (13). Gebe kadınlar, Zika virüsü tarafından enfekte olduğunda Zika virüsünün mikrosefaliye nasıl neden olduğu bilinmemektedir (13). Mikrosefali, gestasyonel yaş ve cinsiyet için küçük baş ölçüleri (boyutları) olarak adlandırılır (8). Mikrosefali; genetik faktörler, rahim içi enfeksiyon, maternal malnütrisyon ve gebelik esnasında toksine maruz kalma (kızamıkçık, toksoplazma ya da sitomegalovirüs dahil) değişkenlerine dayandırılır (11). Şiddetli mikrosefali zihinsel gerilik, öğrenme güçlüğü, davranışsal anormallikler, kas güçsüzlüğü ve değişmiş kas tonusu ile ilişkilidir (17).

Diğer problemler, doğum öncesi Zika virüsü ile enfekte edilmiş bebek ve fetüsler arasında ortaya çıkmıştır. Bunlar yetersiz ya da olmayan beyin yapısı, gözlerin defekti, işitme eksikliği, büyümede bozulmadır (16). Zika virüsten dolayı enfeksiyon ve onun yenidoğan ve yetişkinlerdeki uzun süreli sonuçlarını kapsayan patojenik mekanizmalar hakkında bilgiler sınırlıdır (18). Şimdiye kadar mikrosefali olguları ve diğer yenidoğan malformasyonlarda artış yalnızca, Brezilya ve Fransız Polinezyasında bildirilmiştir (9).

Zika virüsü enfeksiyonu, erken doğum ve düşük yapma gibi diğer hamilelik komplikasyonları ile de ilişkilidir. Nörolojik komplikasyon riskinde artış, Guillain-Barré sendromu, nöropati ve miyelit dahil yetişkinlerde ve çocuklarda Zika virüs enfeksiyonu ile ilişkilidir (19). Guillain-Barre sendromunun görülme sıklığı, Zika virüs enfeksiyonun endemik bölgelerinde artmıştır (13). Guillain-Barre sendromu, akut gevşek felce yol açan idiopatik periferik nöropatiyi kapsayan birçok otoimmün etiolojisinin klinik bir sendromudur (10,11). Sekiz ülke ve bölgede, 2015 ve 2016 yılı boyunca, Zika virüs enfeksiyonunun laboratuvarında tespit edildiği ve/veya guillain-barre sendromu insidansında artış olduğu bildirmiştir (9).

Zika hamile bir kadından fetüsüne geçebilir. Hamilelik sırasında enfeksiyon belirli doğum kusurlarına neden olabilir (20). Gebe bir kadın Zika virüsünden enfekte olduğu zaman; virüsün gebeyi ya da gebeliği nasıl etkileyeceğini, fetüse ne kadar oranda virüs geçeceğini, enfeksiyonunun fetüse ne zaman zarar verebileceğini, bebekte doğum kusurları olup olmayacağını, cinsel yolla bulaşmaya göre sivrisineğin ısırmasıyla bulaşmada doğum kusurlarında farklılıklar olup olmayacağı bilinmemektedir (15).

Virüs ve Emzirme

Bugüne kadar, emzirme yoluyla Zika virüsünün bebeğe bulaşması ile ilgili bildirim yoktur. Emzirmenin yararlarından dolayı, Zika virüsü bulunan bölgelerde bile annelerin bebeklerini emzirmeleri önerilmektedir (15).

Tanı

Zika virüsü enfeksiyonunun, Zika virüs bulaşmasına ve/veya Aedes sivrisinek vektörlerine sahip bölgelerde yaşayan ya da ziyaret eden kişilerin belirtilerine dayanarak kuşku lanılabilir. Zika virüsü enfeksiyonunun teşhisi ancak kan ya da diğer vücut sıvıları (örneğin; idrar ya da meni gibi) ile ilgili laboratuvar testleri ile doğrulanabilir (19).

Zika Virüsünün tanısı için laboratuvarında serum ya da plazmada viral nükleik asit (ZIKV RNA) ve virüse özgül immunoglobulinler (anti-ZIKV IgG ve IgM) ile nötralizan antikorlar araştırılmaktadır (4).

Zika virüsünün RNA'sı, gebelik esnasında Zika tarafından enfekte olmuş kadının ölü doğmuş bebeklerinde ve mikrosefali olan çocukların beyin dokusu, plasenta ve amniyotik sıvı örneklerinden tespit edilmiştir (18). Yapılan bir çalışmaya göre; zika virüsü hastalığının başlangıcından 10 gün sonra idrar numuneleri pozitif bulunmuştur. Bu bulgu idrar örneklerinin Zika enfeksiyonlarının tanısında yararlı olduğu sonucunu desteklemektedir (21).

Zika virüsü, tükürük içinde mevcut olabilir, ancak vücut sıvısı yolu ile Zika virüsünün bulaştırmasını destekleyecek biçimde güvenilir bir kanıt olarak henüz görülmemektedir (8). Ayrıca Zika virüsü, idrarda da bulunmuştur; fakat vücut sıvısının bu yoluyla bulaştırabileceği onaylanmamıştır (13). Zika virüs enfeksiyonu görüldüğü ülkelerde klinik olarak kuşkulu olguların Sağlık Bakanlığının yerel birimlerine bildirim zorunludur. Ülkemizde de Arbovirüs enfeksiyonları bildirim zorunlu hastalıklar listesinde yer almaktadır (4).

Tedavi

Zika virüs hastalığında ölüm çok nadir görülmektedir (15). Fakat; 2017 yılında, Amerika'da 52 ülkede ya da bölgede 220.000'den fazla onaylanmış ve 580.000'den fazla kuşkulu olgu bildirilmiştir (17).

Zika virüs, doğuştan hastalık olma tehlikesi netleştikten sonra, aşı geliştirme çabaları hızla başlatıldı. Klinik öncesi ve klinik çalışmalarda çoklu aşı platformları değerlendirildi. Bazı aşular zika virüsün cenine bulaşmasına karşı koruma kapasitesine sahiptir. Canlı zayıflatılmış aşular, flavivirüsleri kontrol altına almak için güvenli ve uygun maliyetli yaklaşımlardır. (17).

Zika virüsün tedavisinde semptomatik tedavi yapılır (15). Hastanın istirahat etmesi, bol sıvı alması önerilmektedir. Parasetamol gibi ateş düşürücü ve ağrı kesici ilaçlar da tedavide kullanılabilir (6, 12, 15).

Yüksek riskli ülkeleri ziyaret eden yolcular arasında Zika virüs enfeksiyonu bir olasılık olduğu için, risk altında olduğu tespit edilen ülkelere gelen yolcuları izlemek gerekmektedir (13). Eğitim, gelişmiş gözetim ve sivrisinek vektörlerinin kontrolü, Zika virüsün yönetiminde etkilidir (22).

Korunma

Hastalıktan korunmada temel yaklaşım sivrisinek sokmalarından korunmaktır. Bunun için ruhsatlı sinek kovucu ürünler kullanılmalıdır. Sinek kovucu ürünler, açıkta olan cilt ya da giysiye uygulanabilir. Sinek kovucu ürünler, etiket talimatlarına tam uygun olarak kullanılmalıdır. Sivrisineklerden korunmuş mekanlarda kalınmasına dikkat edilmelidir. Olabildiğince kapalı kıyafetler giyilmelidir (uzun kollu gömlek, uzun pantolon gibi) (6, 23).

İki yaşın altında olan çocuklara, sivrisinek kovucu ürünlerin kullanılmaması önerilmektedir (4, 24). Konaklanan ya da dinlenen yerlerin kapı ve pencerelerinde sineklik olmalıdır. Eğer yoksa cibinlik kullanılması tercih edilmelidir (15, 24). Dünya Sağlık Örgütü, gebe kadınların, Zika virüs salgınları olan bölgelere, seyahat etmemesini öneriyor. Bu öneri Zika virüsü ile enfekte olan gebe kadınlardan doğan bebeklerde mikrosefali ve diğer konjenital anomali riskinde artış olmasından dolayıdır (23). Günümüzde uluslararası seyahatlerin kolay olması ve ticari faaliyetlerin artmış olması nedeniyle ülkemizde Zika virüs hastalığı olgusunun görülme ihtimali bulunmaktadır (15). Zika'dan korunmak için enfekte insanlar, sivrisinek ısırılmalarından, korunmasız cinsel ilişkiden kaçınmalı, gebe olma ertelemeli ve kan bağıışı yapmamalıdır (8).

Hemşirenin Rolü

Sağlık eğitimi, profesyonel hemşirenin sağlık kuruluşlarında ve uygulamalarında üstlenmiş olduğu en önemli sorumluluklarındandır (25). Hemşire eğitim, danışmanlık rollerini kullanarak toplumu bilgilendirmelidir (26).

Sonuç ve Öneriler

Zika virüsü, gebe bir kadından fetüse bulaşabilir. Ayrıca Zika virüs ile enfekte erkekten cinsel temas yoluyla kadına da bulaşabilir (15). Bu konuda koruyucu önlemler alınmalıdır. Örneğin; gebe kadınların eşleri güvenli cinsel ilişki uygulamalı ya da en azından gebelik boyunca cinsel ilişkiden kaçınmalıdır. Zika virüs salgını olan bölgelere, seyahat etmemelidir. Sivrisinek ısırıklarını önlemek için gereken tedbirler alınmalıdır (23). Kuşkulu bir durum varsa gereken testler yaptırılmalıdır.

Zika virüsü bebekleri olumsuz etkileyebilmektedir (4, 16, 19, 24). Gelecek nesillerin sağlıklı olması için bu konuda önlem alınması gerekir.

Ülkemizdeki sağlık çalışanların tümünün Zika virüsünün farkında olmaları ve topluma bu konuda eğitim vermeleri, bununla ilgili çalışmalar yapmaları önerilmektedir.

İletişim: Dr. Pinar Bekar

E-posta: pinar_24xx@hotmail.com

Kaynaklar

1. Saiz JC, Vázquez-Calvo Á, Blázquez AB, Merino-Ramos T, Escibano-Romero E, Martín-Acebes MA. Zika virus: the latest newcomer. *Front Microbiol* 2016;7:496. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2016.00496>.
2. Slavov SN, Otaguiri KK, Kashima S, Covas DT. Overview of Zika virus (ZIKV) infection in regards to the Brazilian epidemic. *Braz J Med Biol Res* 2016;49(5):e5420. <https://doi.org/10.1590/1414-431X20165420>
3. Musso D, Roche C, Robin E, Nhan T, Teissier A, Cao-Lormeau VM. Potential sexual transmission of Zika virus. *Emerg Infect Dis* 2015;21(2):359-61. <https://doi.org/10.3201/eid2102.141363>.
4. Uyar Y. Yeniden önem kazanan arboviral enfeksiyon etkeni: Zika virüs. *Turk Hij Den Biyol Derg* 2016;73(1):89-98. <https://doi.org/10.5505/TurkHijyen.2016.80269>
5. Hennessey M, Fischer M, Staples JE. Zika virus spreads to new areas - region of the Americas, May 2015-January 2016. *American journal of Transplantation* 2016;16:1031-4.
6. Zika Virüs Hastalığı, Accessed May 24, 2016, at http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/zoonotik_astaliklar_db/dokumanlar/zika_virus/zika_virus.pdf
7. Fellner C. Zika virus: anatomy of a global health crisis. *P T* 2016;41(4):242-253.
8. Leão JC, Gueiros LA, Lodi G, Robinson NA, Scully C. Zika virus: oral healthcare implications. *Oral Dis* 2017; 23(1):12-17. <https://doi.org/10.1111/odi.12512>
9. World Health Organization, Zika Virus Microcephaly And Guillain-Barré Syndrome, Situation Report 26 February 2016. Accessed May 17, 2016, at <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report-26-02-2016.pdf>
10. Dowall SD, Graham VA, Rayner E, Atkinson B, Hall G, Watson RJ, et al. A susceptible mouse model for Zika virus infection. *PLoS Negl Trop Dis* 2016;10(5):e0004658. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004658>.
11. Malone RW, Homan J, Callahan MV, Glasspool-Malone J, Damodaran L, Schneider ADB, et al. Zika virus: medical countermeasure development challenges. *PLoS Negl Trop Dis* 2016;10(3):e0004530. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004530>
12. Zika Virüs. Accessed May 24, 2016, at http://klimud.org/public/uploads/files/zika_virus_bilgilendirme.pdf
13. Lee J. Zika virus infection: new threat in global health. *J Korean Med Sci* 2016;31(3):331-332. <https://doi.org/10.3346/jkms.2016.31.3.331>
14. Depoux A, Philibert A, Rabier S, Philippe HJ, Fontanet A, Flahault A. A multi-faceted pandemic: a review of the state of knowledge on the Zika virus. *Public Health Rev* 2018;39:10. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0087-6>
15. T. C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı, Zika Virüs Hastalığı Bilgilendirme ve Vaka Yönetim Rehberi, 2016. Accessed August 04, 2016, at <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/d153d7fdc1844a2e951a109f949dac0c.pdf>
16. Centers for Disease Control and Prevention (2016). Zika Virüs, For Pregnant Women. Accessed March 20, 2016, at <http://www.cdc.gov/zika/pregnancy/index.html>
17. Pierson TC, Diamond MS. The emergence of Zika virus and its new clinical syndromes. *Nature*. 2018; 560(7720):573-581. <https://doi.org/10.1038/s41586-018-0446-y>
18. Carod-Artal FJ. Epidemiology and neurological complications of infection by the Zika virus: a new emerging neurotropic virus. *Rev Neurol* 2016;62(7):317-328.
19. World Health Organization (WHO), (2018), Zika virüs. Accessed December 27, 2018, at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2018), About Zika. Accessed December 28, 2018, at <https://www.cdc.gov/zika/about/index.html>
21. Gourinat AC, O'Connor O, Calvez E, Goarant C, Dupont-Rouzeyrol M. Detection of Zika virus in urine. *Emerg Infect Dis* 2015;21(1):84-6. <https://doi.org/10.3201/eid2101.140894>.
22. Citrome L. Zika and you. *International Journal of Clinical Practice* 2016;70(3):181-2.
23. World Health Organization (WHO), (2016), Information for travellers visiting Zika affected countries. Accessed August 04, 2016, at <http://www.who.int/csr/disease/zika/information-for-travelers/en/>
24. Çalman F, Öztürkcan SA, Karahan M. İnsanlarda Zika virüsü enfeksiyonları ve korunma. *IGUSABDER* 2017;3:287-308.
25. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. *Sağlık ve Toplum* 2011;21(1):7-14.
26. Gedük EA. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *HSP* 2018;5(2):253-258. <https://doi.org/10.17681/hsp.358458>.



Ferdağ Karadağ¹

DOI: 10.17942/sted.476970

Geliş/Received : 31.10.2018

Kabul/Accepted : 22.01.2019

Öz

Sağlık hizmetlerinin temelini, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içeren birinci basamak hizmetler oluşturmaktadır. En iyi sağlık hizmeti de ekip halinde çalışarak yerine getirilir ve bu ekip içinde sosyal hizmet uzmanları önemli yer tutmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları bu alanda verilen hizmetlerin ve ilgilenilen sorunların psikososyal yönleri üzerinde odaklanır. Hastalığa ya da soruna katkıda bulunabilecek olan sosyal faktörleri ya da bireysel özneliği inceler. Hastalık ve psikososyal sorunlar birbiri ile ilişkili olup hastayı bütüncül bir açıdan ele alan sosyal hizmet uygulamalarının önemi ve ekip çalışması gün geçtikçe artmaktadır.

Anahtar sözcükler: Sosyal hizmet, Sağlık alanı, Ekip çalışması

Abstract

The primary health care that includes preventive and curative care compose the basis of health care services. The best health care service is carried out through team working and social workers occupy an important position within this team. Social workers focus on the psychosocial aspects of the health care services provided and the problems involved. They examine the social factors or individual subjectivity, which may contribute to the disease or problem. Disease and psychosocial problems are related to each other and team working and the importance of social work practices taking a holistic approach to the patient increase day by day.

Key words: Social work, Health field, Teamwork

¹ Sosyal Hizmet Uzm.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Çocuk Ergen Ruh Sağlığı AD., Ankara
(ORCID No:0000-0002-3221-8712)

Birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde büyük öneme sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin nitelikli olarak sunulabilmesi, ödenek, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler, kaynaklar gibi pek çok bileşene bağlı olup hizmetlerin sosyal müdahalelerle desteklenmesi de çok önemlidir. Kişinin sağlığını ve sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyen sosyal ve ekonomik etkenlerin önlenmesi temel politika olmalıdır (1).

Toplumun sağlığını geliştirmek, sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli, kapsayıcı ve ulaşılabilir olması temel koşuldur (2). Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler, tıbbi bakım arayan herkese ayırım yapmaksızın kapsamlı ve sürekli bakım sağlar. Tedavi, bakım hizmetleri ve koruyucu hizmetler ya aile hekimleri tarafından ya da diğer profesyonellerin hizmetleri aracılığıyla, farklı kaynaklardan elde edilen bilgi ve deneyimleri kullanarak yerine getirilir. Doğal olarak en iyi birincil bakım hizmeti ekip halinde çalışarak yerine getirilir ve bu ekip içinde hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler, fizyoterapistler gibi profesyoneller yer alabilir (3). Sorunun özelliğine göre farklı hizmet alanında çalışan profesyonellerin katkıları başarıyı artırır. Sosyal hizmet bu alanda verilen hizmetlerin ve ilgilenilen sorunların psikososyal yönleri üzerine odaklanır (4).

Sağlık alanında bireysel, sosyal, çevresel ve kültürel faktörlerin birlikte bütüncül bir şekilde ele alınması ve çeşitli meslek gruplarının birbirleri ile bağlantılı olarak çalışmaları önemlidir (5). Medikal model hastalıkların fiziksel ve biyolojik yönleri üzerine odaklanır, hastalığa veya soruna katkıda bulunabilecek sosyal faktörleri ya da bireysel özelliği incelemeyi. Biyopsikososyal model de ise, sağlık ve hastalık, biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenlerin karmaşık etkileşimleri birlikte ele alınır. Bir bütün olarak kişinin öznel deneyimleri, düşünceleri, duyguları, sağlık inançları ve ilişkileri değerlendirilir. Hasta, ailesi, çevresi ve içinde bulunduğu toplum tarafından çevrilmiştir ve bunlar tarafından etkilenmektedir. Doğru tanı ve tedavi, hastalar biyolojik, psikolojik ve toplumsal açılardan değerlendirildiğinde mümkün olabilir (6).

Birinci basamakta çalışan hekimlerin, sağlıklı bir bütün halinde düşünerek hastalarının

biyopsikososyal yönden değerlendirilmeleri ve ailelere psikososyal destek verilmesini gerekli gördükleri fakat hastalarına ayırdıkları süre ile hasta yoğunluklarının bu desteği sınırlı hale getirdiği görülmüştür. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde birey ve ailelerin psikososyal sorunlarına müdahale için meslek elemanlarının (psikolog, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimci) görevlendirilmesi önerilmektedir (7). Sağlık alanında farklı branşlarda uzmanlar görev almaktadır. Bu ekip içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının görevlerinin temeli hastayı psikososyal özellikleri ile bütüncül bir bakış açısı ile ele almaktır. Bu çalışmada sağlık alanında önemli olduğu düşünülen sosyal hizmet uzmanının işlevine ve ekip içerisindeki rollerine değinilecektir.

Sosyal Hizmet Uzmanınca Gerçekleştirilen İşlevler ve Roller

Sosyal hizmet günümüzün karmaşık ve sürekli değişen toplumunda vazgeçilmez bir meslek durumundadır. Buna karşın özellikle kolayca tarif edilemediğinden ya da açıklanamadığından sıklıkla yanlış anlaşılan bir uzmanlık alanıdır. En yalın hali ile tanımlamak gerekirse sosyal hizmet, insanlara kendi sosyal çevreleri içinde ve gerekirse sosyal çevrelerini değiştirerek yardım hizmeti sunan bir meslektir (8). Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği ve Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu sosyal hizmeti, "insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan, sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik durumlarının iyileştirilmesi için insan ilişkilerinde sorun çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve bunun için insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanılarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslek" olarak tanımlamıştır (9).

Sosyal hizmet uygulamalarının temel işlevlerinden biri "çevresi içinde birey" kavramı ile ifade edilen bireyleri çevreleri ile birlikte ele almaktır. Sosyal hizmet uzmanı bireyi değerlendirirken çevredeki sistemlerden nasıl etkilendiğini ve diğer sistemleri nasıl etkilediğini göz önünde bulundurur ve sorunla ilişkili pek çok sistemle ilgili bakış açısını genişletir. Böylelikle müdahalenin birey, aile, toplum ya da kurum üzerine mi odaklanması gerektiğine karar verir (10). Sosyal hizmet uzmanının mikro, mezo ve makro düzeylerde

uygulama yapması beklenir. Mikro çalışmalar bireyin kendisine ve onun en yakın ilişkilerine odaklanır. Mezzo düzeydeki uygulamalar okul, iş, komşular gibi kişilerarasındaki ilişkilere odaklanırken, makro düzeydeki uygulamalar örgüt, topluluk, devlet ve tüm toplumla olan çalışmaları içerir. Sosyal işlevsellik kavramı sosyal hizmeti anlamak ve diğer yardım amaçlı mesleklerden ayırmak için anahtar bir kavramdır. Sosyal işlevsellik bireyin toplum içindeki rollerini gerçekleştirmesi ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesidir. Sosyal hizmet uzmanları insanların sosyal işlevselliklerini geliştirebilmek için sosyal gelişim, sosyal tedavi ve sosyal bakım aktivitelerinde yer alırlar (8). Bunları gerçekleştirebilmek için sosyal hizmet uzmanı farklı rollerini kullanabilir. Bunlar;

Aracı Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: Sosyal hizmet uzmanları, hizmete ihtiyacı olan insanlar ile onlara hizmet sağlayacak olanları bir araya getirir. Aracılık rolünü yerine getirebilmek için sosyal hizmet uzmanının bireyin ihtiyaçlarını değerlendirmesi, farklı kaynaklar kullanmaları için bireylerin kapasite ve motivasyonlarını anlaması ve onların bu kaynaklara ulaşmasına yardım etmesi gerekir.

Savunucu Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: Savunuculukta temel amaç bireylerin ihtiyaç duydukları hizmetleri ya da kaynakları aldıklarından emin olunması ve buna yönelik engellerin kaldırılmasına yönelik çaba gösterilmesidir. Savunucuk birey, grup yada topluluk adına sosyal adaleti sağlama, yada koruma amacı ile doğrudan temsil etme, savunma, müdahil olma, destekleme ya da tavsiyede bulunmayı içerir.

Eğitici Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: Eğiticilik rolü, olumsuz olarak etkileyen durumlara nasıl adapte olunacağını öğretmeyi, tavsiyeler, bilgiler sağlamayı, sosyal ve günlük yaşam yeteneklerini öğretmeyi, davranış değişimine yardım etmeyi ve koruyucu önlemlere yönelik çalışmayı içerir.

Danışman/Klinisyen Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: Bireyin, ailenin psikososyal değerlendirmesi yapılır ve değişim için motivasyonları, kapasiteleri değerlendirilir. Her zaman değiştirmeyi içermez, bazen bu rol sürekli olarak destek ya da bakım sağlamayı, zor

koşullarla daha rahat başa çıkmak için yardım etme çabalarını içerir.

Vaka Yöneticisi Olarak Sosyal Hizmet Uzmanı: Vaka yöneticisi olarak görevi birçok kurum tarafından sağlanan hizmetlerden faydalanmak zorunda olan kişi ve aileler için kritik bir öneme sahiptir. Vaka yöneticisi düzenli olarak ve sıklıkla kişi ve ailelerle ve hizmet sağlayıcıları ile iletişim halinde olur. Aksaklıkları düzeltmek veya hizmet planını değiştirmek için gerekli eylemlerde bulunur (8, 9).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmet

Temel sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet yeni bir kavram olarak gelişmektedir. Bu gelişim temel sağlık hizmetlerinde hastalığın çevresel ve psikososyal etkilerinin anlaşılmasına duyulan ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır (11). Ülkemizde ise sağlık alanında sosyal hizmet uygulamaların hastanelerde yer aldığı, temel sağlık hizmetlerinde ve evde bakım hizmetlerinde ise yaygınlaşmadığı görülmektedir. Günümüzde sağlık sisteminin etkinliği, sosyal hizmet uzmanlarının, doktorların ve diğer sağlık görevlilerinin hastalara hizmet sunmada etkili bir şekilde işbirliği yapma yeteneklerine bağlıdır (12). Etkin olarak hedeflere ulaşmak için, değişik eğitim, beceri ve görüşe sahip kişilerin bilgilerini, emeklerini birleştirmeleri ekip çalışmasını oluşturur. Ekip üyeleri birbirleri ve diğer sistemler ile etkileşim halindedir, tek kişinin yapabileceğinden daha çok şey yapma gücüne sahiptir. Sağlık alanında ekiplerin tıbbi ve psiko-sosyal müdahale modellerini bütünleştirmesi gerekir (13).

Birinci basamağa başvuran hastalar arasında sağlıklarını etkileyen psikososyal problemlerin, sosyal hizmetlerden yararlananlar arasında da çeşitli hastalıkların olmasına ve çoğu zaman ortak hizmet alıcıları ile çalışılmasına rağmen, birinci basamak sağlık ekibinin üyeleri ile sosyal hizmetler arasındaki temaslar genellikle sınırlıdır. Psikososyal sorunları olan hastalar çeşitli semptomlarla sık sık aile hekimlerine gidebilir. Aynı şekilde fiziksel veya ruhsal sorunu olan kişiler de sosyal hizmet kuruluşlarından daha fazla yardım isteyebilir. Sağlık ve sosyal hizmet alanındaki bu çakışma göz önüne alındığında, kişilerin ve ailelerin, sosyal, duygusal ve sağlık ihtiyaçları için işbirliği içinde ve ekip halinde bir hizmet sunulmalıdır (14).

Aile hekimlerinin çoğunun günde ortalama 40'nın üzerinde hasta gördüğü, %96'sının hastalarına 1-10 dk. arasında zaman ayırabildiği, aile hekimlerin en sık karşılaştığı psikososyal sorunların ise yoksulluk, aile içi şiddet, ihmal ve istismar sorunu olduğu belirlenmiştir (7). Başka bir araştırmada da, hastaların %48'i aile hekimlerine şiddetle ilgili beyanlarda bulunmuşlardır (15). Ülkemizde bir aile hekiminin hastasına ayırabildiği sürede hem fiziksel hem de psikososyal durumları değerlendirebilmesi ve çözebilmesi mümkün değildir. Ayrıca psikososyal sorunlara yönelik yeterli donanımları da bulunmamaktadır. Aile hekimlerinin çoğunun psikososyal konuların değerlendirilmesinde, yönetiminde ve desteklenmesinde yardıma ihtiyaçları olduğu ve sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak ekibine eklenmesi gerektiği belirtilmektedir (16).

Ekip içerisinde sosyal hizmet uzmanı vaka yönetimi tekniğini uygulayarak, kaynak bulucu, savunucu, bilgilendirici, eğitici, danışman, toplum organizatörü gibi roller üstlenir. Hasta ve ailesinin hedefe ulaşmasını sağlayacak destekleme ağını oluşturulur. Vaka yönetimi, hizmet sorumluluğunu devamlı kılarak, tüm programlar arasında koordinasyon oluşturarak ve hizmet veren diğer kuruluşlar arasında bağlantı kurarak destek sistemini yükseltir ve yardımın devamlılığını sağlar (13). Sosyal hizmet uzmanı hastaların yaşam koşulları, çevreleri, alışkanlıkları, kişilikleri ve gelirlerine dair önemli bilgiler edinir. Bu bilgiler doğru tanının konulması ve uygun tedavi planının yapılmasına katkıda bulunur. Sosyal hizmet uzmanı hasta ve ailesiyle görüşmeler yoluyla hastalığın sosyal ve duygusal etkileri ve bunların tedaviyi nasıl etkileyebileceği hakkında çalışmalarda bulunur (17). Sosyal inceleme hastanın sosyal işlevselliğinin, hastanın, ailesinin ve çevresinin özelliklerinin, patolojik durumların, güçlü yönlerin ve gereksinimlerin anlaşılmasını olanaklı kılar. Hastanın etkileşim halinde olduğu aile üyeleri ve diğer sosyal çevre unsurlarıyla bağlantı kurulur, ev, işyeri veya okul ziyaretleri yapılır, sosyal incelemeler elde edilen bilgiler ile aile veya sosyal çevre odaklı müdahaleler planlanır. Hastalıkla ilgili kaygılar, korkular, hastaya nasıl davranılması gerektiği, uygun iletişim kalıpları, hastanın günlük yaşam uğraşları gibi konularda çalışmalar yapılır (18). Hastaların sorunlarının çözümüne yönelik olarak sosyal hizmet uzmanlarınca verilen hizmetlerin tümünün

amacı, hastaları ve aileleri psikososyal sağlıklarına kavuşturaktır (19).

Aile hekimleri ve sosyal hizmet uzmanlarının yakın işbirliği ve sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak hastaları ile çalışması sonucu hekim vizitlerinin, depresyonun, anksiyetenin ve somatizasyonun azaldığı, buna karşın uyumun arttığı bulunmuştur (16). Çok disiplinli ekip çalışmasının, hastalar için olduğu kadar meslek elemanları içinde olumlu yararları vardır. İngiltere'de yapılan bir çalışmaya göre farklı mesleklerden gelen katkılara değer veren ekiplerde, etkili ekip çalışması ve çalışanların ruh sağlığı arasında ilişki bulunmuştur (20).

Birinci basamak hekimleri ile sosyal hizmet uzmanları arasındaki işbirliğini artırmak için meslek elemanlarının, birbirlerinin rolleri ve becerileri hakkında daha fazla bilgi edinebilecekleri toplantılarda bir araya gelmesi, ortak eğitimler yapılması ve her mesleğin amaçlarını gerçekleştirilmesine yönelik farklı ama tamamlayıcı bir katkı yaptığı bir planın geliştirilmesi önemlidir. Ekip çalışması ancak açık hedefler ve ortak amaçlar varsa, her mesleğin rolleri belirginse başarılı olacaktır. Meslekler arasındaki uygun iletişim ve artan işbirliği hem mesleki doyumu artıracak hem de kişi ve ailelerin yararına olacaktır (14).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapsamlı sağlık hizmeti verilebilmesi için ekip çalışmasına gereksinim olduğu ve sosyal hizmet uzmanlarının bu ekipte yer alması gerektiği açıktır. Bu nedenle hem birinci basamak sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanı kadrolarının yer alması hem de il ve ilçelerde bulunan il sosyal hizmet müdürlükleri ve toplum merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları ile hekimler arasında işbirliğinin sağlanması önemlidir.

İletişim: Dr. Ferda Karadağ

E-posta: ferda.karadag@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

1. Özdemir O, Ocaktan E, Aktur R. Sağlık reformu sürecinde Türkiye ve Avrupa'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2003; 56(4): 207-16.
2. Kizek Ö, Türkhan A, Pala K. Performansa

- dayalı ek ödeme sisteminin Bursa ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerine etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9(6): 613-22.
3. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile hekimliği: Çağdaş bir sağlık hizmeti sunma biçimi. GeroFam 2010;1(1):15-28.
 4. Bulut, I. Evde bakım hizmetleri ve sosyal hizmet. İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet. H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Yayını, 2001.
 5. Saruç S, Duyan V. Psikiyatride ekip çalışması ve sosyal hizmet bakış açısı. Kriz Dergisi 2013; 17(1):37-44.
 6. Engel GL. The clinical application of the biomedical model. Am J Psych 1980; 137: 535-44.
 7. Güneş T, Güneş N. Aile hekimlerinin psikososyal sorunu olan birey ve ailelere yönelik müdahale yaklaşımları (Bursa Örneği). Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6(1): 111 – 20.
 8. Sheafor WB, Horejsi JC. Sosyal hizmet uygulaması: Temel teknikler ve ilkeler. 1. Baskı. Ankara: Nika Yayınları; 2014.
 9. Duyan V. Sosyal hizmet: temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri. 2. Baskı. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Yayınları; 2012.
 10. Teater, B. Sosyal hizmet kuram ve yöntemleri: uygulama için bir giriş. 1. Baskı. Ankara: Nika Yayınevi; 2014.
 11. Cooper M, Rock D. Social work in primary care: A Demonstration student unit utilizing practise pesearch. Social Work in Health Care 2000; 31(1):1-17.
 12. Abramson SJ, Mizrahi T. When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. Social Work 1996 May 41;3(1) :270-281.
 13. Bulut I. Psikiyatrik ekip çalışması ve sosyal hizmet. ed. İçağasioğlu Çoban A, Attepe Özden S. Psikiyatrik Sosyal Hizmet. 1. Basım. Ankara : Nobel Yayınları;2018.p.41-44
 14. Corney RH. Social work and primary care-the need for increased collaboration:discussion paper. Journal of the Royal Society of Medicine 1988;81: 29-30.
 15. Wenzel JD, Monson CL, Johnson SM. Domestic violence: prevalence and detection in a family medicine residency clinic. JAOA 2004; 104(6): 233-239.
 16. Özcan S. Aile hekimliği uygulamalarında sosyal hizmetlerin önemi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2013;7(4):65-68.
 17. Zastrow C. Sosyal Hizmete Giriş. (ed) Çiftci Baran D. 2. Baskı. Nika Yayınevi;2014.
 18. Oral M, Tuncay T. Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. Toplum ve Sosyal Hizmet 2012; 23(2).
 19. Çakmaklı K. Aileler için sosyal hizmet. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Eğitim Serisi:3. Genel Yayın No:12. İstanbul:1991.
 20. Borrill C, West M, Shapiro D. Team working and effectiveness in health care. British Journal of Health Care Management 2000; 6(8): 354-371.



Ayla Korkmaz¹, Mürüvet Bařer²

DOI: 10.17942/sted.507660

Geliş/Received : 17.01.2018
Kabul/Accepted : 22.07.2018

Öz

Bireyler arasındaki hiç bir ayırım ya da fark, bireylerin biyolojik anlamda er ya da dişi oluşları kadar belirgin ve yaygın değildir. Fakat cinsiyet yalnızca biyolojik özellikleri ifade etmez. Cinsiyet birey açısından, yaşamın daha ilk yıllarından itibaren toplumsal bir kategori olarak da anlam kazanmaya başlar. Takip eden yıllarda bireyin biyolojik cinsiyetini merkeze alan bir anlayış ve düşünüş yaşama dünyası gelişir. Oluşan bu dünyanın ismi "toplumsal cinsiyet" tir.

Bu makalede toplumsal cinsiyet dünyasının oluşumunda etkisi olan iki önemli kavrama yer verilmiştir. Bunlar "ataerkillik" ve "iktidar" kavramlarıdır. Makalenin toplumsal cinsiyet rolleri ile ataerkillik ve iktidar kavramları çerçevesinde kadın ve erkek cinsiyet arasındaki ilişkilere daha geniş bir perspektiften bakılmasına yardımcı olacağı düşünölmektedir.

Anahtar sözcükler: Toplumsal cinsiyet rolleri, Ataerkillik, İktidar ilişkileri

Abstract

None of the distinctions or differences between individuals are as obvious and common as their being male or female in biological terms. But gender doesn't just mean biological features. In terms of individual, the gender begins to gain meaning as a social category as well from the first years of life. In the following years, a world of understanding-thinking that center on individual's biological sex takes shape. The name of this world is "gender".

In this article, two important concepts, which are influential in the formation of the world of gender were addressed: "Patriarchy" and "Power". The article is thought to contribute to looking at the relationship between the gender roles and male and female within the context of patriarchy and power concepts from a broader perspective.

Key words: Gender Roles, Patriarchy, Power relations

1 Öğr. Gör.; Gaziosmanpaşa Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Tokat (ORCID No:0000-0001-2345-6789)
2 Prof. Dr.; Erciyes Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Kayseri (ORCID No: 0000-0003-4565-2275)

Giriş

Birey doğumundan itibaren çevresinden gördüğü ve edindiği bilgi, deneyim ve öğrenmelerle toplum içine karışır ve kendine bu toplumda yer edinir. Kramer (1), bireyden bu süreç esnasında, kimliğini toplumsal cinsiyet rollerine göre biçimlendirmesi beklendiğini belirtmektedir.

Toplumsal cinsiyet, iktidar ilişkilerinin ve bireyin kimliğine müdahalenin yaşandığı bir alan ve aynı zamanda sosyo-kültürel bir yapı olarak tanımlanabilir. Her alanda karşımıza çıkan iktidar, toplumsal cinsiyet alanında da ataerkil bir ortam içinde varlığını sürdürür. Dolayısıyla toplumsal cinsiyet, ataerkillik ve iktidar kavramları birbirleriyle iç içe geçmiştir. Bu makalede ataerkillik ve toplumsal cinsiyet kavramlarının toplum içinde nasıl yer aldığı ve kadına olan yansımaları ele alınacaktır.

Toplumsal Cinsiyet Rollerini Bağlamında "Ataerkillik" Kavramı

Toplumsal cinsiyet; içinde yaşanan zaman, coğrafya ve kültüre göre değişen, insanların cinsiyetlerine göre sahip olmaları beklenen sosyal rol, davranış ve fiziksel görünüşün bütünüdür (2). Toplumsal cinsiyet algıları kişilere salt "insan" gözüyle bakılmasını engelleyip onlara birer "cinsiyet elbisesi" dikmekte ve kişiler üzerine de o elbiseyi tam olarak oturtma çabasına girmektedir.

Toplumsal cinsiyet rolleri yaklaşık beş bin yıldır ataerkil sistem içinde belirlenmektedir. Zamanla ve mekanla değişebilen dinamik bir yapı gösteren toplumsal cinsiyet, kadın ve erkek arasında hiyerarşik bir sistem yaratır. Bu hiyerarşik yapı içerisinde erkekler özne/aktif/olumlu taraf olarak tanımlanırken, kadınlar ise öteki/pasif/olumsuz olarak kodlanır (3). Bu tanımlamaya göre ataerkil sistem içinde kadınlara annelik, toplayıcılık, ev kadınlığı, kölelik, fahişelik, bakıcılık gibi toplumsal cinsiyet rolleri verilirken; erkeklere avcılık, askerlik, yöneticilik, sanatçılık gibi roller düşer (4).

Ataerkil kelimesinin anlamı erkek iktidarı demektir. Kelimenin kökeni Türkçedir. Türkçe'ye Fransızca'dan girmiş ve Batı dillerinde Ataerkillik manasına gelen "patriarka" kelimesi ise patria (baba) kelimelerinden türemiştir. İngilizce de ise "patrilocal" sözcüğü evlilikten sonra kadının

erkek tarafının akrabaları yanına yerleşmesi anlamına gelmektedir (5). Başka bir anlamıyla ataerkillik, erkek otoritesine dayanan bir tür toplumsal örgütlenme düzenidir (6). Bu düzenin temelini erkeğin üstünlüğü fikri oluşturur. Her ne kadar neslin devamını doğurarak sağlayan kadınlar olsa da, erkekler soylarının yine bir erkekten geleceğine inandıkları için soyun devamlılığı konusunda kendilerini yetkili kılmışlardır. İnsanlığın devamının kendi ellerinde olduğuna inanan erkekler, etki alanlarını bu sayede daha da genişletmişlerdir (7).

Ataerkil sistem hem kamusal alanda, hem de özel alanda karşımıza çıkar. Ataerkil düzen kadını özel alanla (ev ve aile) sınırlandırırken, erkeği ise kamu alanına (siyaset, iş, vatan koruması, kültürel hayat) hakim kılmaktadır (3). Bunun bir sonucu olarak da ikili toplumsallaşma sürecinde kadının maruz kaldığı baskı ve ayrımcılık mekanizmaları toplumsal kurumlar ve bireyler arası ilişkiler sürecinde her gün yeniden üretilen cinsiyetlendirilmiş kişilikleri yaratmayı sürdürmektedir. Ancak anne-babanın aile içindeki simetrik duruşuyla toplumsal cinsiyet sistemindeki ikili kategori nispeten ortadan kalkabilir. Bu gerçekleştiğinde ise sosyo-kültürel yaşamın farklı alanları cinsiyetçi karakter taşımak yerine bireysel eylem ve çabaların sonuçlarına göre eşitlikçi cins ideolojisini yaratmış olacaktır (8).

Toplumsal Cinsiyet Rollerini ve İktidar İlişkileri

Seidler (9) toplumsal cinsiyet sisteminin kadın ve erkek arasındaki iktidar ilişkilerini ifade ettiğini belirtir; kadınlık ve erkeklik karşılıklı bir iktidar bağı içinde anlaşılabilir. Lipman-Blumen (10) ise erkek ve kadın arasındaki rol, statü, sorumluluk, topluma ait kaynaklar üzerinde eşitsiz kontrol yetkisinin aradaki temel iktidar farklılıklarını oluşturduğunu ileri sürer.

Toplumdaki cinsiyetçi yapı, sanki erkekle kadın arasındaki biyolojik farkın doğal bir sonucuymuş gibi meşrulaştırılmaktadır. Bireyin bilişsel şemaları toplumsal pratiğe göre biçimlenmekte ve bu şemalar cinsiyetçiliğin sanki doğal ve objektifmiş gibi algılanması ve deneyimlenmesini sağlamaktadır (11). Yaraman (11)'in aktardığına göre Fransız Sosyolog Bourdieu ise toplumun fark edilemeyen egemenlik ilişkilerinin bulunduğu ayrılmış alanlardan meydana geldiğini kabul

etmektedir. Sembolik sermaye o alanda saygı, onur ve söz sahibi olma hakkı olup, iktidarın temel kaynağıdır. Alandaki mücadele ve hiyerarşi, o alana özgü sembolik sermayeye sahip olma ve olmama durumuna göre belirlenir. Sembolik sermayeye bağlı egemenlik ilişkisi davranış, tutum, değer yargıları ve algıyı yönlendirecek olan alanları belirler. Cinsiyet alanında erkeğin sembolik sermayeye sahip olmasına bağlı olarak ataerkil alanlar tutum, davranış, değer yargısı ve algıları yönlendirir.

Her zaman farkına varılmasa da, görünen ve mücadelesi verilmekte olan bu açık cinsiyetçiliğin dışında, aslında kendi ikinci cinsliğini yeniden üreten "iltifat", "kayırma" ve sözde "kazanım"ların özellikle görece özgürleşmiş kadınlarca kullanıldığına tanık olunur. Yaraman (11)'in aktardığına göre Fransız sosyolog Bourdieu kuramında sembolik şiddet sembolik sermaye sahiplerinin iktidarlarını, kendi ezdiklerine, sanki onların kazanımlarıymış gibi sunduğu olanaklar vasıtasıyla, üstelik gönüllülikle yeniden ürettirmesi olarak açıklamaktadır. Sembolik iktidarın sürekliliğini sağlayan sembolik şiddetten kaçınmak şöyle dursun, kadınlar kimi zaman bu sembolik şiddete maruz kalmayı tercih etmektedirler. Bu uygulamaların parçası olmaktan hoşlanmakta, hatta yapamazlarsa ya da kendilerine yapılmazsa rahatsızlık hissetmektedirler. Çoğu kadın geleneksel rolünün ödüllendirilerek pekiştirildiği Anneler Günü'nün kutlanmasını ister. Üstelik yalnızca anneler değil, çocuksuz kadınlar da, ataerkil değerlere göre "kusur" addedilen durumlarını kapatmak istercesine kendilerinin de Anneler Günü'nün kutlanmasından hoşlanırlar. Yine kadınlar, kendi tabiiyetlerini onaylar biçimde, evlenme ve arkadaşlık tekliflerinin erkekten gelmesini; kapılarının açılıp önden geçmeyi, "özel günleri" erkeklerin anımsamasını ve onlara bir hediye "satın almasını" beklerler; erkeğin yaşı, geliri, boyu gibi özelliklerinin kadından fazla olmasını "normal/doğru" bulur ve hayata geçirirler. Erkek iktidarını pekiştiren bu uygulamalar kadınlarca gönüllülikle uygulanmaktadır. Hatta yaşanmadığında kadınlar mutsuz olabilmektedirler (11).

Özellikle kadınlık durumunu tartışan kadınların uyguladığı, ama erkeğin iktidarını birkaç yoldan

pekiştiren bir durum da kadınların iki soyadı kullanmasıdır. "Babayı gücendirmeden eşe de gerekli saygıyı gösteren" kadının adının olmadığı bu uygulamanın bir diğer sakıncası da kadının medeni durumunun, eşinin isim ve soyadında bu gösterge/alyans yüklü olmadığı halde, afişe edilmesidir ve bu uygulama aslında açık bir eşitlik ihlalidir (11).

Özünde iktidar olan bu cinsiyet rejiminde iktidarın doğası gereği, güçlü ve zayıf olan kesimler, kendi kontrollerinin dışında işleyen iktidar ağının içerisinde yer almakta ve kendi benliklerine karşın, erkeklik söylemini içselleştirir ve bu söylem içinde konumlandırılırlar. Bununla birlikte ataerkil yapılanmayı iktidar sahibi erkeğin güçsüz kadın üzerinde kurduğu tek biçimli baskı şeklinde görmek, aşırı indirgemeci bir yaklaşım olur. Çünkü iktidar yapısındaki güçlü kesim, erkek ya da kadın gibi bir cinsiyete değil, belirli bir erkeklik söylemine atfedilir (12).

Ataerkillik, İktidar İlişkilerinin Değişen Yapısı ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine Üzerine Etkisi

Modern bir toplumun birtakım ölçütleri vardır. Okuma-yazma oranı, ulusal gelir, ulaştırma, sanayi ve sağlık koşullarının iyi/yüksek olduğu toplumlar modern toplumlardır (13). Bunların yanı sıra en az bu kavramlar kadar önemli bir başka ölçüt ise kadınlardır. Herhangi bir toplumda kadına verilen haklar ve kadının konumu ne düzeydeyse o toplumun gelişmişliği de o düzeydedir. Bir toplumun gelişmişlik düzeyini anlayabilmek için o ülkede kadınlara ne kadar hak ve fırsatların tanındığına bakmak gerekir (14). Bugün dünyaya baktığımızda kadına özgürlük tanımayan devletlerin geri kaldığı ve gelişemediği görülmektedir. World Economic Forum Global Gender Gap 2017 Raporu sonuçlarına baktığımızda; 144 ülke arasında cinsiyet eşitliği açısından Fransa 11.sırada, Almanya 12.sırada, İngiltere 15.sırada ve Kanada 16.sırada yer alırken Nepal 111.sırada, Suudi Arabistan 138.sırada, Türkiye 131. sırada alt sıraları oluşturmaktadır. Aynı raporda; ekonomik alanda 128.sırada gelen Türkiye, eğitim alanında 101, sağlık alanında 59, siyaset alanında cinsiyet eşitliğinde 118.sırada gelmektedir (15).

Stearns (16), Batı toplumunda endüstrileşme ve sanayi toplumuna geçişle birlikte, kadınların

statüsünde ve patriarkal ilişkilerin çözülmesinde ilerleme kaydedildiğini belirtir. Slazman, Matathia ve O'reilly (17) ise sanayileşmiş toplumların çoğunda toplumsal cinsiyet ayrımcılığı yapan yasalar kaldırılmış ve aynı iş karşılığında aynı parayı vermeme, ücret sınırı ve yalnızca erkeklerle açık olan meslek kulüp ve kuruluşları gibi, geleneksel olarak kadını ikinci plana iten toplumsal uygulamaların aşınmış olduğunu ileri sürer.

Üretim yapısında ve iş yaşamındaki değişim, aile içindeki kadın-erkek rollerini de etkilemiştir. Taşradan metropol şehirlere göç eden aileler içinde, ailenin geçimine katkıda bulunmak bir zorunluluk haline gelmiş ve kadınlar, zor ekonomik koşullar nedeniyle çalışmaya başlamıştır. Böylece erkeğin ekonomik bir güç olarak aile içindeki önemi sarsılmıştır. Türk toplumunda kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi, çalışması ve kamusal alanda yer alması, kadın ve erkek arasında geleneksel ataerkilliğin çizdiği sınırları, cinsiyet kimliklerine atfedilen özellik ve alanları değiştirmiştir (12).

Kadınların ekonomik durumlarının iyileşmesi yanında, kürtaj ve doğum kontrolü gibi gelişmeler de kendi vücutları üzerindeki egemenliklerini artırmıştır (18). Bunun yanı sıra Staggenborg (19), tarımsal ekonomiden endüstriyel ekonomiye geçişin, doğum oranının düşmesinde etkili olduğunu savunur. Bunun nedenini tarımsal ekonomide, hane-içi üretim yapıldığı için çok sayıda çocuk yararlı olurken, endüstriyel ekonomide çok sayıda çocuğun aile için yük olması şeklinde açıklar.

Stearns (16), kadınların iş yaşamında belirli kazançlar elde etmiş olsalar da, kitlesel bazda yeni eşitsizliklerle karşılaştıklarını iddia eder. Örneğin kadınların aldığı ücretler, erkeklerin gerisinde kalmaktadır. Kadınlar sekreterlik, hemşirelik, öğretmenlik gibi alanlarda istihdam edilmektedir. İş yaşamında karşılaşılan cinsel taciz kadınları zor durumda bırakmakta ve kadınlar üst düzey yönetici kadrolara yükselmek konusunda kadın olmalarından kaynaklanan engellemeler ile karşılaşmaktadır. Aynı zamanda aile içinde çocuk, yaşlı ve hasta bakımı gibi sorumlulukların çoğu, kadının ikincil rolleri olarak hala kadın üzerindedir. Kundakçı (12)'ya göre erkekliğin ve kadınlığın

birbirlerine zıt konumlanarak birbirlerini tamamlar görülmeleri nedeniyle, kadınların yaşamları, erkeklerinkini etkilemeden değiş(e)meyecektir. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin geliştirilmesi, kadınların güçlendirilmesi yalnızca kadınlara değil, erkekler de önemli kazanımlar vaat etmektedir (20). Buna göre, kadınlar ve kız çocuklarının hayatlarına kısıtlama getiren ve zarar veren toplumsal cinsiyet eşitsizliğine dayalı bir düzende yaşamak kaçınılmaz olarak erkekler ve erkek çocuklarının yaşam kalitesini de düşürecektir. Örneğin, erkeklerin büyük bölümü babadır ve bu erkeklerin çocuklarının yarısını kız çocukları oluşturmaktadır. Bazı erkekler çocuklarına tek başlarına ebeveynlik yapmakta ve çocuklarının bakımıyla çok daha yakından ilgilenmektedir. İster tek başlarına, isterse eşleriyle birlikte ebeveynlik yapsınlar, erkekler çocukları için pek çok fedakarlıkta bulunmaktadır ve kızlarının güvenli, özgür ve yeteneklerini geliştirebilecekleri bir toplumda yaşamalarını istemektedir. Bu örnek bile toplumsal cinsiyet eşitliğinin erkekler için de kazançlı olduğunu tek başına göstermek için yeterlidir (21).

Erkek ve kadın kimliği dönemin koşullarına, toplumsal yapıdaki değişime bağlı olarak değişir, ancak özünde kadın ve erkek arasındaki iktidar ilişkisine dayanan ataerkil sistem, çağa ayak uydurarak formlarını değiştirir. Bu anlamda bahsedilen değişim, kadın ve erkek arasındaki iktidar formlarının kabuk değiştirmesidir. Yoksa cinsiyet eşitsizliğine dayanan ataerkil sistemin tamamen ortadan kalktığı söylenemez (18).

Sonuç ve Öneriler

Toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı bir toplum oluşturmak oldukça güçtür. Ancak bunun yanında sorunu geniş perspektifte ele almak ve çözüm yolları aramak önemli bir adım olabilir. Ataerkil sistem, yalnızca kadını değil, erkeği de düzeyde olmasa da baskılıyor. Bu nedenle, toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı bir değişim her iki cinsiyete de özgürlük ve bağımsızlık sunacaktır. Bu bağlamda başlatılan "erkeklik" çalışmalarının, "kadın çalışmalar" ile birlikte yürütülmesi anlamlıdır.

İletişim: Ayla Korkmaz

E-posta: ayla.korkmaz@gop.edu.tr

Kaynaklar

1. Kramer L. The sociology of gender: a brief introduction. Oxford University Press, s:56, 2010.
2. Ataman H. LGBTT hakları insan haklarıdır. Ankara: İnsan Hakları Gündemi Derneği Yayınları, s:1, 2009.
3. Caranny-Francis A. Gender studies: terms and debates (Elektronik sürüm). Londra: Palgrave Macmillan, s:1-4, 2002.
4. Karapehlivan Şenel F. Tarihsel ve toplumsal süreçte kadın. Toplum ve Hekim, 27(4):246-255, 2012.
5. <http://nedir.ileilgili.org/ataerkil-nedirnedemek-ileilgili-bilgiler.html>, Erişim tarihi: 08 Haziran 2017.
6. <https://www.turkcesozlukler.com/ataerkillik-nedir-ne-demek>, Erişim tarihi: 09 Ocak 2018.
7. Arsoy N. Türk masallarında ataerkillik, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ve kadın. Kafkas Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kars, 2011.
8. Aktaş A. Feminist söylemler bağlamında kadın kimliği: erkek egemen bir toplumda kadın olmak. Edebiyat Fakültesi Dergisi, 30(1):53-72, 2013.
9. Seidler V. Unreasonable Men, Masculinity and Social Theory. London: Routledge, s:104, 1994.
10. Lipman-Blumen J. Gender Roles And Power. Englewood Cliffs:Prentice-Hall, s:4, 1984.
11. Yaraman A. Modern ataerkil toplumsallaşma: "erkeksi", "erkekçi" kadınlar. Uluslararası Multidisipliner Kadın Kongresi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 13-16 Ekim 2009.
12. Kundakçı FS. İktidar, ataerkillik ve erkeklik: Ankara örneğinde erkek akademisyenler üzerine bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara.
13. Arat N. Türkiye'de kadın olmak. Say Yayınevi, s:13, 1996.
14. Örucü E. Hukukta kadın ve son gelişmeler. Türkiye'de kadın olmak. Editör: Necla Arat. Say Yayınevi, s:21, 1996.
15. The Global Gender Gap Report 2017, <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2017>, Erişim Tarihi: 19 Kasım 2018.
16. Stearns PN. Be a man males in modern society. New York: Holmes and Meier Publishers, s:11, 1990.
17. Slazman M, Matathia I, O'reilly A. Erkeklerin Geleceği. Çev. Özge Gezerler. İstanbul: Kapital Medya Hizmetleri, s:28, 2005.
18. Ehrenreich B. The decline of patriarchy, constructing masculinity. Berger M, Wallis B, Watson S, ed. What is masculinity? (Elektronik sürüm). New York: Routledge, s:284, 1995.
19. Staggenborg S. Gender, family and social movements. Thousand Oaks: Pine Forge Press, s:14, 1998.
20. Sayer H. Toplumsal cinsiyet eşitliğine erkeklerin katılımı. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011.
21. Connell RW. The role of men and boys in achieving gender equality, s:12, 2003. <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/men-boys2003/Connell-bp.pdf>, Erişim tarihi: 08 Haziran 2017.



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 dergidir. STED, 2012 yılında 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 işleme 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 çalışmaları, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınmayacaktır.

- 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, ili, adı soyadı ve ORCID numarası (<https://orcid.org/>) 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 amacı (objective), gereç ve yöntem (material and method), bulgular (results), ve sonuç (conclusion) bölümleri ayrı ayrı bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 175-200 sözcükten oluşmalıdır. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır. Özün altında üç ile beş 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. Bulgular: 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.

7. Sonuçlar: Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

8. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımcı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

9. 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 otuz (30) kaynak kullanılabilir (30 kaynaktan fazla kullanımda çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır).

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>

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

11. Şekiller ve Fotoğraflar: Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."

5. İlaç adları: Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

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

8. Sözcük sayısı: Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır (4500 sözcükten fazla kullanımda çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır).

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 değerlendirmeye alınmayacaktır.

Düzeltilme:

2018 6. Sayımızda yayımlanan "İzmir'de Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İşyeri Zorbalığına Maruz Kalma Durumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışma 2017 6. Sayısında yeniden yayımlanmıştır. Sekreteryaya hatasından dolayı yapılan yanlışlığı düzeltir okuyucularımızdan özür dileriz.