



Kurucu Editörler / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Editör/ Editor

Prof. Dr. Orhan Odabaşı

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Dr. Aylin Sena Beliner

Hakem Kurulu / Advisory Board

Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

Beslenme ve Diyetetik /

Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Doç. Dr. Hülya Yardımcı

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

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

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Hakan Şen

Dr. Fatih Şua Tapar

Halk Sağlığı / Public

Health Medicine

Doç. Dr. Özen Aşut

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

Prof. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Dr. Görker Sel

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Dr. 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: Ömür Matbaacılık A.Ş.

Beysan Sanayi Sitesi Yakuplu Mah. Birlik Cad. No:20/1

35424 Beylikdüzü / İstanbul

Tel: 0 (212) 422 76 00

Baskı Tarihi: Şubat 2020



Merhaba,

Teknoloji günlük yaşamımıza girdi. Sosyal medya ortamları bizleri dostlarımıza, sevdiklerimize, merak ettiklerimize yakınlaştırdı. Kullandığımız akıllı telefonlar, mekandan - zamandan bağımsız bizleri tanıdıklarımıza - tanımadıklarımıza erişilebilir kılıyor. Telefon numaralarımız, e-posta adreslerimiz bizlerin bilgisi dışında yayılıyor.

Telefonlarımızdaki uygulamalar beklediğimiz otobüsün nerede olduğunu, gideceğimiz yerin uzaklığını, yolların durumunu görmemizi – bilmemizi sağlıyor. Evlerimizdeki kameralar ile evimizi, okullardaki kameralarla çocuklarımızı görebiliyor, duyabiliyoruz.

Sevdiğimiz müzikleri – video kliplerini telefonlarımıza kaydedebiliyor, radyo kanallarına ulaşabiliyoruz. Dün akşam tamamını izleyemediğimiz sonunu merak ettiğimiz televizyon dizisini kaldığımız yerden izlemeyi hemen benimsedik, çok beğendik.

Telefonlarımızda bulunan kameralar ile fotoğraf, video çekip sosyal medyada anlık paylaşıyoruz. Başarımıza, sevinç ve acımıza yorumlarımızla destek veriyor, daha çok kişinin ilgisine sunuyoruz.

Günlük gazetelere, haber sitelerine ulaşabiliyor, ilgi alanımızdaki haberlerden öncelikle haberdar oluyoruz.



Fotoğraf: Arif Miletli
TTB-STED Fotoğraf yarışması arşivinden

Saç tokasından, arabaya, satılık ya da kiralık alışveriş yaparken gereksinimimize en uygun ürünü web sayfalarından bulabiliyor, farklı ürünlerle karşılaştırabiliyoruz.

Cep telefonlarında kullanılacak yaşamı kolaylaştıracak binlerce uygulama ücretsiz, bir süre ücretsiz ya da ücretli bizlere sunuluyor. Çok çeşitli uygulamalar arasında örneğin alışveriş listemizi ailemizin tüm üyeleri ile paylaşabildiğimiz, aldığımız ürünü işaretleyerek listeden çıkardığımız uygulamaya bugünlerde alışveriş listelerimize erişip alışveriş sepetimizi doldurup evlerimize, işyerlerimize getiren uygulamalara - girişimlere tanık oluyoruz.

Günlüklerimizi telefonlarımızda tutuyor. Sevdiğimiz fıkraları telefonlarımıza kaydediyoruz.

Kitaplarımız elektronik biçimde ve yanımızda. E-kitap üzerine not düşebiliyor istediğimiz yerde okumayı sürdürüyoruz. Kitapları seslendiren ve bizlere tiyatro sanatçılarından seslerinden sunan uygulamalar kitap okumaya zaman bulamadığımız düşünülere yepyeni olanaklar sunuyor.

Akıllı telefonlarımızda çektiğimiz fotoğraflara, yazılara, notlara bulut uygulamaları ile her yerden erişebiliyoruz.

Teknolojide yaşanan gelişmeler, okumak, çalışmak, düşünmek, üretmek, paylaşmak, görüş almak – vermek isteyenlere yardım ediyor, zamandan, yerden bağımsız, kişiden bağımsızlığı armağan ediyor.

Büyük olasılıkla şu an dergimize web üzerinden ulaştınız. Ekonomik nedenlerle aylık 10.000 baskı sayısından 3.000 sayısına indik. Kağıt, baskı ve posta - kargo giderlerini karşılamak gün geçtikçe zorlaşıyor. Diğer yandan kağıt tüketiminin azalması, doğayı, ağaçları koruma fırsatı vermesi, elektronik dergiciliğin çok önemli bir değeri.

Dergimizde beğendiğiniz bir makaleyi, **sosyal medya üzerinden paylaşmanız**, dergimizle bugüne kadar karşılaşmamış olan bir sağlık çalışanını bilgilendirmeniz, bizleri çok mutlu edecek. Desteğiniz ve ilginiz için çok teşekkür ederiz.

Bilimsel ve dostça kalın...

Araştırma / Research

- Gebelerin Sürekli Ebe Liderliğinde Evde Doğum Hakkında Bilgi ve Görüşleri 1
The Knowledge and Opinions among Pregnant Women about Home Birth by Midwife-led Continuity Model of Care
Zeliha Burcu Yurtsal, Vasviye Eroğlu
- Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Ağız Sağlığı ve Ağız Bakım Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi 15
Evaluation of Oral Health and Oral Care Habits of Elderly People Living in Nursing Homes
Canan Sarı, Leyla Adıgüzel, Birsal Canan Demirbağ
- Geriatrik Bireylerin Fiziksel Aktiviteleri İle Uyku Kaliteleri Arasındaki İlişki 24
The Relationship Between Physical Activities and Sleep Quality among Older Individuals
Özlem Kersu, Güler Balcı Alparslan
- 40 Yaş ve Üzeri Kadınların Menopoza İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi 31
Determination of the Knowledge of and Attitudes and Behaviours towards Menopause among Women Aged 40 Years and Over
Şirin Çelikkana, Rabia Sohbət
- İlkokul Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı 38
Prevalence of Obesity among Primary School Children
Süheyla Altuğ Özsoy, Aslı Kalkım, Zuhale Emlek Sert
- Hacettepe Üniversitesi'nde Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Klinik Eğitim Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi 44
Evaluation of Perceptions of Residents at Hacettepe University about Clinical Education Environments
Sevim Bürge Çiftçi Atılğan, Gülşen Taşdelen Teker, Barış Sezer, Metin Yeşiltepe, Orhan Odabaşı
- Nutrisyonel Raşitizmde D Vitamini Profilaksisi Programının Sürdürülebilirliğinin Önemi Üzerine Bir Araştırma 54
Research on the Importance of the Sustainability of The Vitamin D Prophylaxis Program in Nutritional Rickets
Emine Çamtosun, Ayşehan Akıncı, Nurullah Çelik, İsmail Dündar

Derleme / Review Article

- Toplum Sağlığı ve Etik Perspektifleriyle Türkiye'de Suriye'den Gelen Çalışanlara İlişkin Durum Analizi 9
The Analysis of the Situation of Syrian Workers in Turkey with Public Health and Ethical Perspectives
Fahriye Yonca Ayas, Dilek Aslan
- Kadınların Pap Smear Tarama Testini Yaptırmalarının Önündeki Engeller 61
Obstacles Preventing Women from Having Pap Smear Screening Test
Yasemin Öztürk, Elif Gürsoy
- Yaşlılıkta Konfor 69
Comfort in Old Age
Şebnem Çınar Yücel, Eda Ergin

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Kapak Fotoğrafı
"Alinterim"
Zafer Tunç
TTB-STED
Fotoğraf Yarışması
2010
Sergi Ödülü

Dr. Zafer Tunç

1974 Tokat/Zile doğumluyum. 2001 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2007 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği ihtisasımı tamamladım. Kırklareli merkezde ve Lüleburgaz ilçesinde Aile hekimi olarak görev yaptım. Üç yıldır İskenderun'da Aile Hekimi olarak görev yapmaktayım. 2007 yılında EFOD (Edirne Fotoğraf Sanatı Derneği) bünyesinde fotoğraf eğitimi aldım. 2 kişisel fotoğraf sergisi açtım. Beş karma fotoğraf sergisine katıldım. Evliyim. Asrın adında bir oğlum var.

Gebelerin Sürekli Ebe Liderliğinde Evde Doğum Hakkında Bilgi ve Görüşleri*

The Knowledge and Opinions among Pregnant Women about Home Birth by Midwife-led Continuity Model of Care

Araştırma



Research

Zeliha Burcu Yurtsal¹, Vasviye Eroğlu²

DOI: 10.17942/sted.627760

Geliş/Received : 12.10.2019

Kabul/Accepted : 04.01.2020

Öz

Amaç: Bu çalışmanın evde vajinal doğum oranlarını arttırdığı çalışmalarla kanıtlanan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün önerdiği ELSBM ile gebelerin Ebe Liderliğinde Evde Doğum (ELED) hakkında bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma kesitsel tanımlayıcı tipte olup bir üniversite hastanesinin kadın doğum polikliniklerine 23 Mart- 20 Temmuz 2019 tarihleri arasında gebelik kontrolü için başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 260 gebe ile tamamlanmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Gebelerin eğitim durumları ile, ELSBM ile vajinal doğum ($p=0,000$), epizyotomizis doğum ($p=0,000$) ve evde doğum ($p=0,000$) yapabileceğini düşünmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça vajinal, epizyotomizis ve evde doğum yapabileceğini düşünme oranı da artmaktadır.

Sonuç: ELSBM ile sürekli ebe liderliğinde bakım ile evde doğum yapabileceğini düşünen kadınların oranının istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir ancak gebelerin neredeyse yarısının modelin maternal riskleri azaltacağını, yarısından daha fazlasının yenidoğan risklerini azaltacağını ve bebeğini daha etkili emzirmede etkili olacağını düşünmelerinin saptanması oldukça dikkat çekicidir.

Anahtar sözcükler: Ebe liderliğinde sürekli bakım modeli, Ev doğumları, Ebe liderliğinde evde doğumlar

Abstract

Objective: This study was conducted to determine the knowledge and opinions of pregnant women about Midwife-led Home Birth (MLHB) by Midwife-led Continuity Model of Care (MLCMC), which has been recommended by World Health Organization (WHO) and proven through the studies to increase the rates of vaginal delivery at home.

Method: This was a cross-sectional descriptive study and carried out among 260 pregnant women admitted to the obstetrics and gynecology outpatient clinics of a university hospital between 23rd March and 20th June 2019 and agreed to participate in the study. The statistical analysis of the data was performed using SPSS 22.0 computer program.

Findings: There was a statistically significant difference between the educational status of the pregnant women and their beliefs that they could perform vaginal delivery ($p = 0,000$), birth without episiotomy ($p = 0,000$) and home birth ($p = 0,000$) by MLCMC. As the educational level increased, the rates of believing that they could give birth vaginally, without episiotomy and at home also increased.

Conclusion: It was seen that the ratio of women believing that they could give birth at home by Midwife-led Continuity Model of Care (MLCMC) is not at the desired level, however, it is quite remarkable to observe that almost half of the pregnant women believe that MLCMC will reduce maternal risks, more than half of them think that it will reduce new-born risks and will be influential in breastfeeding their babies more effectively.

Key words: Midwife-led continuity model of care, Home births, Midwife-led home births

*Bu çalışma, 4. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Kongresinde 06-09 Kasım 2019, Ataköşk Hotel, Ankara' da "Sözel Bildiri" olarak sunulmuştur.

1 Dr. Öğretim Üyesi, Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Sivas (Orcid No: 0000-0001-5586-0970)

2 Öğr. Gör.; Gaziosmanpaşa Ü. Artova Meslek Yüksek Okulu Engelli Bakımı ve Rehabilitasyon Bölümü, Tokat (Orcid No: 0000-0003-0945-698X)

Giriş

Kadınların gebelik ve özellikle de doğum deneyimleri gelecekte yaşayacakları tüm doğum ve üreme etkinliğini önemli ölçüde etkilemektedir. Doğum süreci daha önce deneyimlenmeyen şiddetli bir ağrı, bebeğin doğumuyla gerçekleşen rahatlama ve yeni bebeği ile tanışmanın vermiş olduğu mutluluk gibi birçok duygunun aynı zamanda yaşandığı karmaşık bir süreçtir (1). Literatürde kötü bir doğum deneyimi olan kadınların çocuk isteme sayılarının daha az olduğu ve bir sonraki gebeliği için geçen zamanın daha uzun olduğu saptanmıştır (2). Doğum her kadın için, benzersiz kapsamlı bir deneyim olarak tanımlanır ve çoğu kadın güvenli bir vajinal doğum yapabilir (1). Ancak ülkemizde de olmak üzere dünyanın birçok yerinde doğum giderek medikalleştirilmekte ve doğal sürecinin dışında bir anlam yüklenmektedir. Medikalizasyonun sonucunda doğal bir olay olan doğumlar riskli olarak algılanmış, aşırı tıbbi müdahalelerle yönetilmeye başlanılmıştır (3). Doğumun medikalleştirilmesi ebelik mesleğini ve tüm dünyadaki ebelik bakım modellerini etkilemektedir. İlk çağlardan beri hiçbir yardım almadan doğuran kadınlar doğumdan korkar olmuşlardır (4). Bununla birlikte kanıtlar, anne ve yeni doğan sağlığını iyileştirmek ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmak için ebelik liderliğinde bakımın çok önemli olduğunu göstermektedir (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün de ebelik hizmetlerinin koordineli olarak işlediği ve yeterli ebe sayısına sahip bölgelerde yürütülmesini tavsiye ettiği Ebe Liderliğinde Sürekli Bakım Modeli (ELSBM) gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının ihtiyacı bulunan bakım ve danışmanlığın aynı ebe ya da ebe grubu tarafından verilmesidir (6,7). ELSBM'nde, ebe, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde kadına verilen bakımın planlanmasından, düzenlenmesinden sorumlu olan lider sağlık bakım uzmanıdır (8). ELSBM kadın merkezlidir ve gebelik ve doğumun normal yaşam olayları olduğu fikrine dayanmaktadır (9). Bu bakım modeli, kadının ihtiyaçlarına göre eğitim, danışmanlık ve bakımı içermektedir (10). Normal bir süreç olarak vajinal doğumu teşvik eder ve minimum müdahaleleri savunur. Komplikasyon durumunda, kadınlar uygun şekilde yönlendirilir (11). Diğer bakım modelleriyle karşılaştırıldığında,

ELSBM'nin önemli faydaları olduğu literatürde yer almaktadır. Gebeler için epidural, epizyotomi, müdahaleli ve sezaryen doğum olasılığını düşürmede, spontan vajinal doğum oranını yükseltmede oldukça etkilidir. ELSBM ile bakım alan gebelerin, doğum sırasında aktif rol üstlenmesi ve doğumlarında ekibin bir üyesi gibi doğumlarına katılımı söz konusudur. Diğer bakım modelleriyle karşılaştırıldığında hiçbir olumsuz etkisi bulunmamaktadır (5). İsveç, Hollanda ve Yeni Zelanda gibi en iyi doğum sonuçlarına sahip ülkelerde ELSBM'nin uygulandığı göze çarpmaktadır (12). ELSBM felsefesinde kadın memnuniyetine odaklanılır ve gebelerin bebeği doğurabilme kabiliyetlerine inanılır. Çalışmalarla desteklenen ELSBM, kadının sağlık bakım ve tanıtımının bütünsel ve hümanistik ilkelerine odaklanarak kadın memnuniyetini artıran kadın ve aile odaklı bir süreçtir. ELSBM, en uygun maliyetli bakım olarak kabul edilmektedir (1). Bu model aynı zamanda risklerin erken değerlendirilmesini ve komplikasyonların tanınmasını ve böylece erken müdahale yapılmasını sağlayabilir (13).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin eskiye göre daha iyi olmasına rağmen birçok kadının doğum korkusunun artmış olması da dikkat çekici bir olaydır. Kadınlar, çoğunlukla doğum ve doğum sonu süreçlerden dolayı endişelenmekle beraber doğum esnasında sağlık çalışanlarının nazik olmayan yaklaşımlarından dolayı da doğum korkusu yaşamaktadır (14). İran da 342 primigravida kadın üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların doğum korkularının çocuklarının sağlığı hakkında endişeden ve doğum personelinin yetkinliği ve davranışından kaynaklı olduğu bulunmuştur (15). 1074 gebe üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların, sezaryen olmak istemelerinin temel sebebinin altında doğum korkusunun yattığı bildirilmiştir (16). Bu çalışmanın amacı; evde vajinal doğum oranlarını arttırdığı çalışmalarla kanıtlanan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün önerdiği ELSBM ile gebelerin Ebe Liderliğinde Evde Doğum (ELED) hakkında bilgi ve görüşlerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışma kesitsel tanımlayıcı tipte olup bir üniversite hastanesinin kadın doğum polikliniklerine 23 Mart- 20 Temmuz 2019 tarihleri arasında gebelik kontrolü için başvuran 18 yaş üzeri, okuma yazması olan, konuşma ve

dil sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 260 gebe örneklemini oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu gibi sosyodemografik verileri içeren 6 sorudan oluşan "Kişisel Bilgi Formu" ve literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen "Ebe Liderliğinde Sürekli Bakım Modeli"nin gebelik, doğum ve yeni doğan dönemine etkilerini içeren 22 sorudan oluşan "Ebe Liderliğinde Sürekli Bakım Modeli Bilgi Düzeyi Formu" yüz yüze görüşme tekniği ile aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Formların uygulanması öncesinde araştırmacı gebelere anketin ilk kısmında yazılı olarak yer alan açıklama bölümünü okumuştur. Bu bölümde; **"Ebe Liderliğinde Sürekli Bakım Modeli (ELSBM)** dünyanın birçok gelişmiş ülkesinde kullanılan bakım modelidir. Bu modelde kadınlar gebeliğin erken dönemlerinde hatta öncesinde başlayıp, doğum ve doğu sonu dönemde de aynı ebe / ebe grubu tarafından bakım almaktadır. Kadının her türlü bakım, eğitim ve muayenesi ebe tarafından yapılmakta, gerekli durumlarda doktor, diyetisyen, psikolog vb diğer sağlık profesyonellerine danışılmakta ve risksiz gebelerin temel sorumlusu ebeler olmaktadır. Ebeler doğum öncesi gerekli tüm eğitimleri sağlayarak doğumların doğal ve isteğe bağlı olarak ev ortamında gerçekleşmesini sağlamaktadır. Doğum sonrası da bebek ve anneye yönelik bakım sağlanarak, emzirme danışmanlığı verilen bir bakım modelidir. Bu ankette sizin bu modele karşı bilgi ve düşünceleriniz değerlendirilmektedir.

Tablo 1. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=260)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Yaş		
24 yaş ve altı	50	19,2
25-34 yaş	178	68,5
35 ve üstü	32	12,3
Eğitim		
İlköğretim	103	39,6
Lise	88	33,8
Yükseköğretim	69	26,5
Çalışma durumu		
Evet	83	31,9
Hayır	177	68,1
Gelir durumu		
Gelir giderden az	40	15,4
Gelir gidere denk	172	66,2
Gelir giderden fazla	48	18,5

Lütfen size en yakın şıkkı işaretleyiniz." yer almaktadır. Açıklama bölümü okunduktan sonra gebelerin soruları varsa kısaca ve spontane olarak araştırmacı tarafından cevaplandırılmıştır. Sonrasında formlar uygulanmıştır. Formların uygulanma süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Çalışmanın uygulanması için, Etik Kurulu onayı Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (karar no: 2019-03/09) alınmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve anlamlılık ilişkisini değerlendirmek için post hoc analizi kullanılmış ve tüm analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Gebelerin yaş ortalaması $28,26 \pm 4,96$ 'dır. Gebelerin %65,1'inin 24-34 yaşlar arasında, %57,7 'sinin lise eğitim düzeyine sahip olduğu, %68,8'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı ve %60,2'sinin orta düzey gelir seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin gebelik haftası ortalamasının $32,70 \pm 5,46$ olduğu ve %80'inin kontrollerinin hekim tarafından yapıldığı saptanmıştır.

Gebelere ELSBM anlatılmış ve bu yöntemle bakım aldıklarında %44,6'sı gebelik sürecinin daha tatmin edici geçeceğini, %46,2'si ise gebelik ve doğum ile ilgili kafasında oluşan sorulara daha kolay yanıt bulacağını ve %47,7'si doğum korkusunun daha az olacağını düşünmektedir. Bu modelle sunulan ebelerle bakımı ile gebelerin %39,6'sı vajinal doğum, %27,3'ü evde doğum yapabileceğini, %23,5'i doğumunun daha güvenli geçeceğini, %22,3'ü epizyotomiz doğum yapabileceğini ve %37,3'ü doğum ağrısı ile daha etkili baş edebileceğini bildirmiştir. Aynı zamanda

Tablo 2. Gebelerin gebelik takiplerini yapana göre dağılımı (n=260)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Gebeliğinde en sık kontrole gittiği sağlık personeli		
Hekim	208	80,0
Ebe	44	16,9
Hemşire	8	3,1

Tablo 3. Gebelerin ELSBM 'ne ilişkin görüşleri (n=260)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
ELSBM ile gebeliğin daha tatmin edici geçeceğini düşünme		
Evet	116	44,6
Hayır	8	3,1
Fikrim yok	136	52,3
ELSBM ile gebelikte ilgili sorularına daha kolay yanıt bulacağını düşünme		
Evet	120	46,2
Hayır	7	2,7
Fikrim Yok	133	51,2
ELSBM ile vajinal doğum yapabileceğini düşünme		
Evet	103	39,6
Hayır	21	8,1
Fikrim Yok	136	52,3
ELSBM ile daha güvenli doğum yapabileceğini düşünme		
Evet	61	23,5
Hayır	90	34,6
Fikrim Yok	109	41,9
ELSBM ile evde doğum yapabileceğini düşünme		
Evet	71	27,3
Hayır	89	34,2
Fikrim Yok	100	38,5
ELSBM ile epizyotomisiz doğum yapabileceğini düşünme		
Evet	58	22,3
Hayır	75	28,8
Fikrim Yok	127	48,8
ELSBM ile doğumda ağrı ile daha etkili baş edebileceğini düşünme		
Evet	97	37,3
Hayır	24	9,2
Fikrim Yok	139	53,5
ELSBM ile doğum ekibinin bir parçası olacağını düşünme		
Evet	95	36,5
Hayır	26	10,0
Fikrim Yok	139	53,5
ELSBM ile doğumda kontrolün kendisinde olacağını düşünme		
Evet	82	31,5
Hayır	26	10,0
Fikrim yok	152	58,5
ELSBM ile doğumda nefesini daha etkin kullanabileceğini düşünme		
Evet	107	41,2
Hayır	12	4,6
Fikrim yok	141	54,2
ELSBM ile doğumda ağrı kesici ihtiyacının daha az olacağını düşünme		
Evet	99	38,1
Hayır	41	15,8
Fikrim yok	120	46,2
ELSBM ile doğum korkusunun daha az olacağını düşünme		
Evet	124	47,7
Hayır	34	13,1
Fikrim yok	102	39,2
ELSBM ile doğumda eşinin daha aktif olabileceğini düşünme		
Evet	62	23,8
Hayır	55	21,2
Fikrim yok	143	55,0

Tablo 3'ün devamı Gebelerin ELSBM 'ne ilişkin görüşleri (n=260)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
ELSBM ile doğumda vajinal muayene sayısının daha az olacağını düşünme		
Evet	66	25,4
Hayır	27	10,4
Fikrim yok	167	64,2
ELSBM ile doğumdaki bakımdan daha memnun olacağını düşünme		
Evet	99	38,1
Hayır	17	6,5
Fikrim yok	144	55,4
ELSBM ile doğum sonu bebeğini daha etkin emzireceğini düşünme		
Evet	169	65,0
Hayır	11	4,2
Fikrim yok	80	30,8
ELSBM ile doğum sonu bebekte oluşacak risklerin azalacağını düşünme		
Evet	145	55,8
Hayır	8	7,3
Fikrim yok	107	46,9
ELSBM ile doğum sonu risklerin (kanama, enfeksiyon vb) azalacağını düşünme		
Evet	125	48,1
Hayır	15	5,8
Fikrim yok	120	46,2
ELSBM ile doğum sonu depresyon oranının azalacağını düşünme		
Evet	119	45,8
Hayır	19	7,3
Fikrim yok	122	46,9
ELSBM ile Türkiye'de vajinal doğum oranının artacağını düşünme		
Evet	97	37,3
Hayır	22	8,5
Fikrim yok	141	54,2
ELSBM ile Türkiye'de müdahaleli doğum oranının azalacağını düşünme		
Evet	59	22,7
Hayır	62	23,8
Fikrim yok	139	53,5
ELSBM'nin daha az maliyetli olduğunu düşünme		
Evet	66	25,4
Hayır	20	7,7
Fikrim yok	174	66,9

gebelerin %31,5'i, doğumda kontrolün kendilerinde, %25,4'ü doğumda vajinal muayene sayısının, %38,1'i ağırlı kesici ihtiyacının daha az olabileceğini, ve %41,2'si nefesini daha etkin kullanabileceğini düşünmektedir. ELSBM'nde gebelerin %23,8'i doğumda eşlerinin daha aktif olabileceğini, %38,1'i kendisini doğum ekibinin bir parçası olarak hissedebileceklerini ve %45,4'ü doğum ekibi ile iletişiminin daha iyi olabileceğini düşünmektedir. Doğum sonu dönemde devam eden ELSBM ile gebelerin %65,0'i bebeklerini daha erken ve etkili emzirebileceğini, %55,8'i bebekte oluşabilecek risklerin, %48,1'i doğum sonu annede gelişebilecek risklerin ve %45,8'i doğum sonu depresyonun görünme sıklığının azalabileceğini bildirmiştir. ELSBM ile bakım

verilirse Türkiye'deki vajinal doğum oranlarının artacağını düşünen gebelerin oranı %37,3 iken, müdahaleli doğum oranlarının azalacağını düşünen gebelerin oranı %22,7'dir. Bu modelin diğer bakım modellerine göre daha az maliyetli olabileceğini düşünen gebelerin oranı %25,4'tür.

Gebelerin eğitim durumları ile, ELSBM ile vajinal doğum, epizyotomisiz doğum ve evde doğum yapabileceğini düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğunu gösteren ki-kare testinin post hoc analizi yapılarak hangi gruplar arasında fark olduğu değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ELSBM ile vajinal doğum yapabileceğini düşünme durumları ilköğretim ve lise ($p=0,013$), ilköğretim ve

üniversite (p=0,000) ve lise ve üniversite (0,000) gruplarının her biri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ELSBM ile epizyotomiz doğum yapabileceğini düşünme durumlarında ilköğretim ve lise (p=0,002), ilköğretim ve üniversite (p=0,000) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken lise ve üniversite (p=0,142) grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. ELSBM ile evde doğum yapabileceğini düşünme durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise ilköğretim ve lise (p=0,002), ilköğretim ve üniversite (p=0,000) ve lise ve üniversite (0,002) gruplarının her biri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tartışma

Diğer bakım modelleriyle karşılaştırıldığında, ebe liderliğinde bakımın anne ve bebek sağlığı açısından önemli faydaları bulunmaktadır (17). Yapılan çalışmalara bakıldığında ELSBM diğer standart bakım modellerine göre daha yüksek oranda vajinal doğum gerçekleştiği, daha az müdahale (epizyotomi, indüksiyon vb.) ve farmakolojik ajan uygulandığı ve daha pozitif sonuçlar doğurduğu gözlenmiştir (18). 17.674 anne ve bebekten oluşan 15 çalışmayı içeren bir Cochrane incelemesinde ELSBM ile bakım alan gebelerin epidural olma ihtimalinin daha düşük olduğu, daha az sayıda epizyotomi ya da

Tablo 4. Gebelerin eğitim durumları ile ELSBM'ne ilişkin bazı görüşlerinin dağılımı (n=260)

Değişkenler	Eğitim durumu			Test ve P değeri
	İlköğretim	Lise	Yükseköğretim	
ELSBM ile vajinal doğum yapabileceğini düşünme	n (%)	n (%)	n (%)	X ² =59,510 P=0.000
Evet	19(% 18,4)	33(% 37,5)	51(% 73,9)	
Hayır	8(% 7,8)	6(% 6,8)	7(% 10,1)	
Fikrim yok	76(% 73,8)	49(% 55,7)	11(% 15,9)	
ELSBM ile epizyotomiz doğum yapabileceğini düşünme	n (%)	n (%)	n (%)	X ² =34,022 P=0.000
Evet	10(% 9,7)	22(% 25,0)	26 (% 77,7)	
Hayır	28(% 27,2)	31(% 35,2)	16(% 23,2)	
Fikrim yok	65(% 63,1)	35(% 39,8)	27 (% 39,1)	
ELSBM ile evde doğum yapabileceğini düşünme	n (%)	n (%)	n (%)	X ² =38,306 P=0.000
Evet	14(% 13,6)	22(% 25,0)	35(% 50,7)	
Hayır	33(% 32,0)	40(% 45,5)	16(% 23,2)	
Fikrim yok	56(% 54,4)	26(% 29,5)	18(% 26,1)	

Tablo 5. Gebelerin eğitim durumları ile ELSBM'ne ilişkin bazı görüşlerinin dağılımının Post-Hoc analizi

Eğitim durumu	ELSBM ile vajinal doğum yapabileceğini düşünme			P değeri
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Fikrim yok n (%)	
İlköğretim-Lise	52 (% 27,2)	14 (% 7,3)	125 (% 65,4)	0,013
İlköğretim- Üniversite	70 (% 40,7)	15 (% 8,7)	87 (% 50,6)	0,000
Lise-Üniversite	84 (% 53,5)	13 (% 8,3)	60 (% 38,2)	0,000
ELSBM ile epizyotomiz doğum yapabileceğini düşünme	Evet	Hayır	Fikrim yok	P Değeri
İlköğretim-Lise	32 (% 16,8)	59 (% 30,9)	100 (% 52,3)	0,002
İlköğretim- Üniversite	36 (% 21,0)	44 (% 25,6)	92 (% 53,4)	0,000
Lise-Üniversite	48 (% 30,6)	47 (% 30,0)	62 (% 39,4)	0,142
ELSBM ile evde doğum yapabileceğini düşünme	Evet	Hayır	Fikrim yok	P Değeri
İlköğretim-Lise	36 (% 18,9)	73 (% 38,2)	82 (% 43,0)	0,002
İlköğretim- Üniversite	49 (% 28,4)	49 (% 28,4)	74 (% 43,0)	0,000
Lise-Üniversite	57 (% 36,3)	56 (% 35,7)	44 (% 28,0)	0,002

enstrümantal doğum gerçekleştiği ve spontan vajinal doğum şansının arttığı gözlemlenmiştir (10). Mortensen ve ark. (2019) yapmış olduğu çalışmada ELSBM'nin uygulandığı gebelik bakımı ile rutin gebelik bakımı alanlar karşılaştırılmış ve ELSBM alan gebelerde sezaryen ve müdahale oranının daha düşük olduğu bulunmuştur (19). Son dönem çalışmalarından Jiank ve ark (2018) yapmış oldukları çalışmada 648 olgunun, müdahale grubuna (n=331) ELSBM uygulanmış ve kontrol grubu (n=317) ile sonuçlarını karşılaştırmıştır. Müdahale grubunun sezaryen, postpartum hemoraji, analjezi ihtiyacı, vajinal muayene, yenidoğan asfiksi ve yenidoğanın hastanede yatma oranının daha az, vajinal doğum yapma oranının daha yüksek ve kontrol grubundan daha kısa sürede doğum eylemi gerçekleşmiş olduğu bulunmuştur (20). Çalışmamızda ise ELSBM ile bakım aldığı gebelerin vajinal doğum yapabileceğini (%39,6), analjezi ihtiyacının (%38,1), vajinal muayene sıklığının (%25,4) azalacağını düşünen gebelerin oranının az olduğu, yenidoğan risklerinin (%55,8) azalacağını düşünenlerin oranlarının biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Gebelerin vajinal doğum yapma doğumda analjezi ihtiyacı ve muayene sıklığının azalacağını düşünen gebelerin oranının az olması çalışmanın yapıldığı bölgede kadınların doğum eylemi hakkında olumsuz görüşlerinin olmasının etkisi olarak yorumlanabilir.

Sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler olmasına rağmen sezaryen oranları için tam tersi bir durum söz konusu olmaya devam etmektedir (21). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre Türkiye'de sezaryen oranı 2002 yılında %21 iken, 2013'de %50'ye kadar yükselmiştir (22). Şu anda Türkiye, OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) ülkeleri arasında en yüksek sezaryen oranına (%53,1) sahip ülke olmakla birlikte ikinci sırada yer alan Polonya (%38) ve Macaristan (%37) bile Türkiye'nin oldukça gerisindedirler (23). Dünya Sağlık Örgütü, 1985 yılında anne ve bebek sağlığı açısından sezaryen oranını %10-15 olarak önermiş ve 2015 yılında oranları yeniden değerlendirek bu öneriyi yinelemiştir. Hatta sezaryen oranı %30'un üzerinde olan ülkelerde anne ve bebek ölüm oranlarındaki iyileşmenin sezaryen oranlarındaki yükseklikle değil ekonomik durumdaki iyileşme ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (24). Çalışmamızda ise ELSBM'nin Türkiye'deki sezaryen ve müdahaleli doğum oranlarını azaltıp

vajinal doğum oranlarını arttırmada etkili olacağını düşünenlerin oranının oldukça düşük olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda çalışmanın yapıldığı bölgedeki gebelerin bu model hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için bu oranın düşük olduğu söylenebilir.

Perdok ve ark. (2018) yapmış oldukları çalışmada ebe liderliğinde bakım modeli ile verilen bakımda gebelerin doğumdan daha tatmin olduğu ve diğer modellere göre bakımı daha kaliteli bulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda ise gebelerin yalnızca %38,1'i ELBM ile bakım alırlarsa doğum bakımından daha memnun olacaklarını bildirmişlerdir (25). Kanada'da yapılan, 2013-2017 yılları arasında ELSBM'nin kullanıldığı düşük riskli gebelerin incelendiği bir kohort çalışmasının verilerine göre ELSBM'nin diğer modellere göre daha maliyeti etkin bir bakım olduğu bulunmuştur (26). Çalışmamızda gebelerin ELSBM'nin daha az maliyetli bir bakım olduğunu düşünenlerin oranının (%25,4) oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu bağlamda çalışmanın yapıldığı bölgedeki gebelerin bu model ve modelin maliyeti hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için bu oranın oldukça düşük olduğu söylenebilir.

Mortensen ve ark. (2019) yapmış olduğu çalışmada ELSBM'nin uygulandığı gebelik bakımında doğum sonu maternal risklerin (kanama, enfeksiyon) daha azaldığı, yenidoğanın risklerinin (yoğun bakım ünitesinde yatma, düşük doğum kilosu, preterm doğum, 5. dakika apgar <7 vb.) daha az olduğu sonucuna varmıştır (19). Ayrıca Wiegerinck ve ark. (2018) yapmış oldukları çalışmada benzer şekilde ELSBM'nin maternal ve fetal sonuçları daha olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir (27). Hua ve ark. (2018) yapmış oldukları çalışmada ise ELSBM'nin ilk 24 saat içinde artan emzirme oranıyla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (28). Çalışmamızda gebelerin %48,1'i modelin maternal riskleri, %55,8'i yeni doğan risklerini azaltacağını ve %65'i bebeğini daha etkili emzirmede etkili olacağını düşünmektedir. Bu modelin maternal ve neonatal riskleri azaltacağını düşünülmesi, modelin gebeler tarafından da etkili bulunduğunu ve ebelerin bu süreçte lider olabileceğini gösteren oldukça çarpıcı sonuçlardır. Ayrıca çalışmamızda ELSBM ile bebeğini daha etkili emzireceğini düşünme oranının yüksek olması gebelerin ebelerin emzirme danışmanlık ve eğitim rolünü ön planda algıladığı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Sonuç

ELSBM ile sürekli ebe liderliğinde bakım ile evde doğum yapabileceğini düşünen kadınların oranının istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir ancak gebelerin neredeyse yarısının modelin maternal riskleri azaltacağını, yarısından daha fazlasının yeni doğan risklerini azaltacağını ve bebeğini daha etkili emzirmede etkili olacağını düşünmelerinin saptanması oldukça dikkat çekicidir. Oranlara bakıldığında gebelerin ELSBM'nin faydalarına yönelik verdiği cevaplardan olumlu düşüncelerinin düşük olmasının sebebinin 'fikrim yok' cevabının yüksek olmasından kaynaklandığı göze çarpmaktadır. Buna karşı modele yönelik olumsuz düşünceler oldukça düşük orandadır. Eğitim seviyesi yüksek gebelerin Ebe Liderliğinde Evde Doğum (ELED) yapabileceğini düşünme oranlarının arttığı saptanmış olması ile bu modelin (ELED) Türkiye'ye uyarlanmasının evde normal doğumların yeniden yasal süreçlerde değerlendirilmesi ve gebenin kendi ev ortamında bakımın sürekliliği ile doğumların normalleşmesi açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

İletişim: Zeliha Burcu Yurtsal

E-posta: burcuyurtsal@hotmail.com

Kaynaklar

1. Mac Lachlan H, Foster D, Davey M, Farrell T, Flood M. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2015; 465-474.
2. Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff KH. Birth Experience in Women with Low, Intermediate or High Levels of fear. Findings from the First Baby Study. *Birth* 2013; 40(4): 10.1111/birt.12065.
3. Vural G, Erenel AŞ. Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017; 4(2), 76-83.
4. Kocatürk A. Ebeler: Doğum Şeklini Değiştirecek İnsan Gücü. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu 2019; <http://www.sdplatform.com/Dergi/1161/Ebeler-Dogum-seklini-degistirecek-insan-gucu.aspx>.
5. ICM. Midwifery Led Care, the First Choice for All Women. Toronto : International Confederation of Midwives 2017.
6. Queensland Health. Maternity and Neonatal Care. Brisbane: State of Queensland 2018.
7. WHO. WHO Recommendation on Midwife-led Continuity of Care During Pregnancy. Geneva: World Health Organization 2016.
8. Yurtsal ZB. The Importance of Midwifery Led Care in Turkey. R. Efe ed., *Developments in Health Science* (s. 261-268). Sofia: Kliment Ohridski University Press 2017.
9. Raipuria HD, Lovett B, Lucas L, Hughes V. A Literature Review of Midwifery-Led Care in Reducing Labor and Birth Interventions. *Nursing for Women's Health* 2018; 22 (5): 387-400.
10. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-Led Continuity Models Versus Other Models of Care for Childbearing Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>.
11. Kearney L, Kynn M, Craswell A, Reed R. The Relationship Between Midwife-Led Group-Based Versus Conventional Antenatal Care and Mode of Birth: A Matched Cohort Study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17 (39) : 2-7.
12. Moghasemi S, Vedadhir A, Simbar M. Models for Providing Midwifery Care and Its Challenges in the Context of Iran. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2018; 28(1): 64-74.
13. Shahid S, Jan R, Qureshi RN, Rattani S. A Review Related to Midwifery Led Model of Care. *Journal of General Practice* 2014; 2-5.
14. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4 (2): 54-58.
15. Matinnia N, Faisal I, Hanafiah MJ, Herjar A, Moeini B, Osman Z. Fears Related to Pregnancy and Childbirth Among Primigravidae Who Requested Caesarean Versus Vaginal Delivery in Iran. *Maternal and Child Health Journal* 2015; 19 (5):1121-1130.
16. Hildingsson I. Swedish Couples' Attitudes Towards Birth, Childbirth Fear and Birth Preferences and Relation to Mode of birth – A Longitudinal Cohort Study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2014; 5(2), 5 (2): 75-80.
17. Cummins A, Coddington R, Foxa D, Symon A. Exploring the Qualities of Midwifery-Led Continuity of Care in Australia (MiLCCA) Using the Quality Maternal and Newborn Care Framework. *Women and Birth* 2019; <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.013>.
18. Homer CS. Models of Maternity Care: Evidence for Midwifery Continuity of Care. *The Medical Journal of Australia* 2016; <https://doi.org/10.5694/mja16.00844>.
19. Mortensen B, Lieng M, Diep LM, Lukasse M, Atieh K, Fosse E. Improving Maternal and Neonatal Health by a Midwife-led Continuity Model of Care – An Observational Study in One Governmental Hospital in Palestine. *E Clinical Medicine* 2019; 10: 84–91.
20. Jiang XM, C Q., LZ, J., XX, H., XW, L., JX, H., HB, Q., RF, H. Effect of Midwife-led Care on Birth Outcomes of Primiparas. *International Journal of Nurse Practice* 2018; 24(6):e12686. doi: 10.1111/ijn.12686.
21. Jadoon B, Mahaini R, Gholbzouri K. Determinants of ver and nderuse of Caesarean Births in the Eastern Mediterranean. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2018; <http://www.emro.who.int/in-press/reviews/determinants-of-over-and-underuse-of-caesarean-births-in-the-eastern-mediterranean-region-an-updated-review.html>.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık istatistikleri Yıllığı 2013; (SB, Ankara, 2014).s.60
23. Efllein J. Cesarean Sections in Selected Countries 2016; Statista.
24. World Health Organization (WHO). WHO Statement on Cesarean Birth Rates. Geneva: WHO 2015.
25. Perdok H, Verhoeven CJ, Dillen Jv, Schuitmake TJ, Hoogendoorn K, Colli J. Continuity of Care is an Important and Distinct Aspect of Childbirth Experience: Findings of a Survey Evaluating Experienced Continuity of Care, Experienced Quality of Care and Women's Perception of Labor. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018; 18:13 .
26. S. Kotoa, Faheyb J, Meierc D, Drewd M, Loring S. Relative Effectiveness and Cost-Effectiveness of the Midwifery-Led Care in Nova Scotia, Canada: A Retrospective, Cohort Study. *Midwifery* 2019; 77:144-154.
27. Wiegerinck MM, Goes BY, Ravelli AC, Post JA, Buist FC, Tamminga P. Intrapartum and Neonatal Mortality Among Low-Risk Women in Midwife-Led Versus Obstetrician-Led Care in the Amsterdam Region of the Netherlands: A Propensity Score Matched Study . *BMJ Open* 2018; doi:10.1136/bmjopen-2017-018845 .
28. Hua J, Zhu L, Du L, Li Y, Wu Z, Wo D, Du W. Effects of Midwife-Led Maternity Services on Postpartum Wellbeing and Clinical Outcomes in Primiparous Women Under China's One-Child Policy. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018; 18:329.

Toplum Sağlığı ve Etik Perspektifleriyle Türkiye'de Suriye'den Gelen Çalışanlara İlişkin Durum Analizi*

The Analysis of the Situation of Syrian Workers in Turkey with Public Health and Ethical Perspectives

Derleme



Review Article

Fahriye Yonca Ayas¹, Dilek Aslan²

DOI:10.17942/sted.509905

Geliş/Received : 08.01.2019

Kabul/Accepted : 14.07.2019

Öz

Göçlerin yaşamın diğer alanlarını etkilediği gibi çalışma alanını da etkileyen fiziksel, ruhsal ve sosyal açılardan zorlukları vardır. Her birey gibi, göçmenlerin de çalışma koşullarının insan onuruna yaraşır biçimde olması gerekir. Bu yaklaşım esasen "toplumun refaha ulaşması için ilkeler geliştiren genel bir kavram" olarak da tanımlanan etik açısından da doğru bir zemindir. Bu zeminde yapılacak tartışmalar halk sağlığı çalışma ve uygulama alanlarının gereklilikleri ile de çoğunlukla çelişmez. Ülkemiz gündeminde halen sıcak bir yer tutan Suriye'den gelen çalışanlara ilişkin değerlendirmelerin bu bakış açısıyla yapılabilmesi yararlı olur.

Bu makalede Türkiye'de yaşayan Suriye'den gelen çalışanların karşı karşıya kaldıkları sağlık açısından olası riskleri ile birlikte çalıştıkları işkolları analiz edilmiş ve elde edilen bilgiler temelinde iş sağlığı ve güvenliği konusunda önleyici yöntemler geliştirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Göçmen, Halk sağlığı, İşçi sağlığı ve güvenliği, Etik

Abstract

Migrations have physical, mental and social challenges, which also affect working conditions as well as other fields of life. The working conditions of migrants, like those of every individual, must also be worthy of human dignity. This approach, in fact, is a correct ground in terms of ethics as well, which is defined as "a general concept developing principles to achieve the welfare of the community". The debates on this ground do not often conflict with the requirements of public health studies and practices. It would be beneficial to be able to assess Syrian workers still occupying a high topic on the agenda of our country from this point of view. In this article, the lines of work of Syrian refugees living in Turkey were analysed along with the potential health risks that they encounter and based on gathered information, preventive methods on occupational health and safety were developed.

Key words: Immigrant, Public health, Occupational health and safety, Ethics

*Bu çalışma 28-30 Kasım 2018 tarihlerinde düzenlenen III. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresinde sunulmuştur. Çalışmanın geniş özetine http://etikkongresi.phil.metu.edu.tr/bildiri_ozetleri_kitabi.pdf adresinden ulaşılabilir.

1 Dr.; Hacettepe Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD İş Sağlığı Doktora Programı Öğrencisi Ankara (Orcid No: 0000-0001-8179-7274)

2 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (Orcid No: 0000-0002-4053-2517)

Giriş

Yeryüzündeki hemen hemen tüm topluluklar zaman içinde kıtlık, açlık, savaş, otlakların azlığı, susuzluk, vb. nedenlerle göç etmek zorunda kalmışlardır (1).

Nedeni ne olursa olsun göç(ler) fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan zorlukları içinde barındırır. Göç nedenlerine ve koşullara göre bu zorluklar değişik şekillerde ortaya çıkar (2). Zorunlu ya da gönüllü oluşuna göre de göçün kişi yaşamına ve sağlığına etkileri farklı değerlendirilmek zorundadır. Zorunlu ekonomik sebepler ile yapılan göçü "zorunlu" kabul etmek doğru bir yaklaşım olabilir. Göçün yarattığı sorunlar arasında; göç etmeye neden olan koşulların etkileri, göç etme şeklinin ve yolculuğun etkileri, göç etmeye karar verildikten sonra değişen yaşam koşullarının etkileri, gidilen yeni ülkeye uyum (birçok açıdan) ve sosyokültürel reddedilmenin etkileri, geride bırakılan maddi manevi kazanımların etkileri, geride kalan insanlara özlem ve uzun vadede de yeni kuşak ile eski kuşak arasındaki farklılık sorunları yer almaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) verilerine göre doğduğu ülkeden uzakta yaşayan 175 milyon insan dünyanın beşinci büyük nüfusuna sahip ülke olarak kabul edilebilir (3).

Ülkeye göç eden insanların o ülkeye maliyeti süreç uzadıkça arttığından (4). güvenlik, ekonomik, siyasi anlamda akılcı kalıcı tedbirler alınması gerekmektedir. Ülkemiz de coğrafi konum olarak kıtalara arası geçiş güzergahı olması nedeniyle tarih boyunca göç/mülteci/yer değiştirme sorunlarıyla karşılaşmıştır. Son yıllarda ise Suriye'de 2011 yılında başlamış olan savaş nedeniyle yer değiştirerek ülkemize Suriyeli bireyler göç etmişlerdir (4).

Yer değiştiren bireylerin kendilerinin ve ailelerinin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için çalışmaya ve üretmeye ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu bağlamda özellikle çalışma yaşındaki göç edenlerin çalışma koşullarındaki duruma ilişkin analizlerin yapılabilmesi önem taşımaktadır. Bu bakış açısı Suriye'den ülkemize gelen bireylere yöneltildiğinde de benzer bir zemin varlığından bahsetmek olanaklıdır.

Ülkemizde 2016 yılı başında "Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik" ile çalışma izinleri verilmiş olmasına rağmen bir çok iş kolunda çalışma izni için çalışan

ve işveren işbirliği gerektiğinden; piyasada kayıtsız ve düşük ücretle işçi çalıştırma eğilimi olduğundan Suriyeliler İSG açısından pek çok riski barındıran kayıt dışı, merdiven altı ve vasıfsız işlerde çalışmaktadır (5). Ancak; Mültecilerin Statüsüne Dair Sözleşme (1951) sosyal güvenlik haklarının korunmasına dair hükümler içeren haklar kapsamında ülkemizde çalışan Suriyelilerin iş kazası ve meslek hastalıklarına karşı korunması da söz konusudur (3). İnsani değerler ve insan hakları temelli bir yaklaşım benimsendiğinde İSG koşullarının tüm çalışanlar için içeren, katılımcı, ahlaki ve etik yaklaşımlarla uyumlu çalışma koşullarının Suriyeli göçmen işçiler için de varlığı gerekmektedir. Etik yaklaşımların zemini etiğin "bireysel ve toplumsal anlamda kurulan ilişkilerin sahip olduğu değerleri; kuralları, doğru yanlış, iyi kötü ahlak açısından araştıran; doğru ve yanlışın ölçütü olan bir felsefe disiplini" tanımı kapsamında düşünülmelidir (6,7).

Bu yaklaşım ile uyumlu olarak; Suriye'den gelen kişiler ülkemizde yaşamaya başladıktan sonra yapılmış olan çalışma ve yayınlarda genel olarak sorunlar gündeme getirilmiş, iş ve toplum yaşamı konu edilmiştir. Ancak göçmen olmanın dezavantajları eşliğinde iş sağlığı ve güvenliği açısından buldukları pozisyonu, neler yapılması gerektiğini özellikle irdeleyen çalışmaların kısıtlılığı çözümlerin üretilmesini de engelleyici bir durum olabilir. Çoban B. tarafından da belirtildiği üzere; ülkemizde Suriye'den gelerek yaşayanların çoğunluğu kampların dışında yaşamakta olduğu için çalışma koşulları, topluma ve çalışma yaşamına uyum süreçleri açısından da incelemeler önemlidir (8). Bu incelemelerin multidisipliner bakış açısıyla yapılması gelecek için yol açıcudur.

Makale kapsamında Türkiye'de yaşayan Suriye'den gelenlerin çalıştıkları işkolları, sağlık açısından olası riskler ve mevcut literatür olanakları kapsamında incelenmiş ve incelemelerden yola çıkarak iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınması gereken önlemler geliştirilmiştir. İçerik; işçi sağlığı ve güvenliği bakış açısı ile hak temelli, ahlaki ve evrensel etik yaklaşımlar zemininde ortaya konulmaya çalışılmıştır. İçerik oluşturulurken Suriyelilerin çalışma koşullarını ele alan bilimsel makaleler incelenmiş ve bu makalelerden elde edilen sonuçlar analiz edilmiştir. Analizlerden yararlanarak da çalışanların çalıştıkları iş kolları ve çalışma koşulları ışığında öncelikle göçmen işçi

olarak sorunları ve ikinci adımda da iş kollarına özgü sorunları ve çözüm önerileri geliştirilmiştir.

Ülkemizdeki Hukuki Statü

Metnin daha önceki bölümünde de değinildiği üzere; ülkemizde yerleşmiş bulunan Suriye'den gelen bireylerin yasal statüsü "geçici koruma altında" kavramı ile uyumludur. Ülkemizde 2014 yılında yayınlanmış olan Geçici Koruma Yönetmeliği'ne göre bu kavram "ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak ya da bu kitlesel akın döneminde bireysel olarak sınırlarımıza gelen ya da sınırlarımızı geçen ve uluslararası koruma talebi bireysel olarak değerlendirmeye alınamayan yabancılara sağlanan korumayı" işaret etmektedir (9).

Mülteci hukuku açısından ve yaşamın sürdürülmesi için çalışma hakkı önemli bir yer tutmaktadır. Ülkesini terk etmiş insanların yaşamlarını sürdürebilmek için çalışmaya ihtiyaçları vardır. Hukuki olarak ülkemizde 1994 yılından 2013 yılına kadar aşamalı olarak yapılan yasal düzenlemeler ile Suriyeli mülteciler bazı koşulların gerçekleşmesi şartıyla oturma ve çalışma hakkına sahip olmuşlardır. Ülkemizde yaşamları ve çalışmaları uluslararası ve ulusal yasal hak olarak kabul edilmektedir. En son çeşitli koşullar içeren 15 Ocak 2016 tarihli genelge ile kayıt içi ekonomiye katılmaları ve çalışmaları sağlanmıştır (10).

Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO) tarafından oluşturulan "Göçmen İşçiler Hakkında Sözleşme" ile işçilerin hakları ücret, çalışma koşulları, süreleri gibi konularda bir çerçeve çizmektedir. (11)

Yer Değiştirme ve Çalışma Yaşamı: Öne Çıkan Sorunlar

Yer değiştirme ve çalışma yaşamı ile ilgili sorunları irdelemeden önce durum tespiti yapılmasında yarar bulunmaktadır. Günümüzde dünyada 258 milyon uluslararası ve 763 milyon ülke içi (ulusal düzlemde) göçmen olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakam dünyada ortalama her yedi kişiden birisine denk gelmektedir. Bu nüfusun %86'sına gelişmekte olan ülkeler ev sahipliği yapmaktadır. (12)

Resmi kayıtlara göre 2017 Temmuz ayı itibarıyla Türkiye'deki Suriyeli sayısı 3,2 milyona ulaşmıştır (13) ve nüfusun önemli bir bölümü çalışma

yaşamında yer almaktadırlar. Kaygısız İ. tarafından da bildirildiği üzere; 2016 Kasım dönemi itibarıyla kayıt dışı biçimde istihdam edilen 9.018.000 kişiye, yaklaşık 600.000 Suriyeli eklendiğinde kayıt dışı istihdam edilenlerin sayısının 9.618.000'e çıktığı ve kayıt dışılık yüzdesinin 33,3'den %35,5'e yükseldiği görülmektedir (14) Başbuğ Ş. "çalışma hakkı, insan onuruna yakışır bir şekilde herkese tanınmıştır" ifadesiyle esasen çalışma yaşamındaki temel zemine vurgu yapmıştır (15).

Herhangi bir ülkeden zor durum nedeniyle göç etmiş bir toplumun çalışma yaşamı açısından bazı zorluklarla karşılaşma olasılığının yüksek olduğu bilinmektedir. Örneğin; buldukları ülkenin çalışanlarının/işçilerinin reddettiği tehlikeli koşulları göçmen işçiler kabul edebilmektedirler. Dil bariyeri önemli bir dezavantaj oluştururken; mesleki eğitim ya da tecrübe yokluğu/eksikliği de mevcut/tahmin edilebilir riskleri artırmaktadır. Sağlık/hastalık açısından da değerlendirme yapıldığında göç eden toplumlar için tanımlanan koşullar nedeniyle daha yüksek sıklıkta hastalık, kaza ve ölüm riski mevcuttur. Bu riskleri artıran diğer faktörler arasında iş bulma güvenliğinin olmayışı, iş güvenliği eğitim eksikleri, çalışmak zorunda bırakan ekonomik baskı, kültürel ve diğer farklılıklarıdır (16).

Ülkelerinden göç etmek zorunda kalanların gitmek zorunda kaldıkları ülkelerin sosyo-kültürel yapılarına, coğrafi koşullarına ve iş ortamına uyum sağlamaları için ilk aylar, ilk yıl, sonraki 4-5 yıl ve 10 yıl önemli zaman aşamalarıdır. Süreç kaybettikleri ile yüzleşme, yitirdiklerini kazanmaya çalışma uğraşlarını içerir. İlk yıllarda uygun olmayan yaşam ve çalışma şartlarına sahiptirler. (17,18) Suriye'de savaştan kaçarak ülkemize gelen bireylerin ülkemizde bulunma süreleri 10 yıla doğru ilerlerken tanımlanan bu aşamaların en iyi şekilde geçirilmesi için bazı önlemlerin alınması gerekmektedir.

Ülkemizde yaşayan Suriye'den gelenlerin Türkiye Cumhuriyeti Devletinin kendi yurttaşlarına sağladığı dış tabipliği, dışçılık, hastabakıcılık, eczacılık, özel hastanelerde sorumlu müdürlük, avukatlık, noterlik, özel ya da kamu kuruluşlarında güvenlik görevlisi, kara suları dahilinde balık, istiridye, midye, sünger, inci, mercan ihracı, dalgıçlık, arayıcılık, kılavuzluk,

kaptanlık, çarkçılık, katiplik, tayfalık vb. işler dışındaki iş ve meslek kollarında çalışmalarına izin verilmiştir (15). Bununla birlikte; Suriyeliler kayıt dışı ekonomide yer almaktadırlar. Ayrıca çocuk işçiliği sorunu da bu grup için geçerlidir (19). Çalışma içerisinde ele alındığı haliyle görülebileceği üzere göçmen emeği genellikle enformel ve emek yoğun sektörlere yönelmektedir (19). Bu grup iş sağlığı ve güvenliği açısından göçmen işçilerin dünyanın birçok yerinde maruz kaldığı olumsuz çalışma koşullarından etkilenmektedir.

Göçmenlerin çalışması kendi yaşam koşullarının iyileştirilmesi için olduğu kadar; sığınmış oldukları ülke açısından da istenen bir durumdur (20). Ancak bu çalışma durumunun gerek mültecilerin hakları gerekse ülkede yaşayan istihdam gücünün korunması amacı ile kontrollü olması gerekmektedir. Özellikle işsizlik oranlarının yüksek olduğu ülkelerde dengenin korunmasına özen gösterecek tedbirler alınması uygun olur. Ayrıca kontrollü bir çalışma düzeni sağlanarak farklı eğitim seviyesi ve çalışma düzeninden ülkeye gelmiş kişilerin farklı yetenek ve sektörler ile ülke ekonomisine artı değer katması sağlanabilir.

Türkiye'ye Suriye'den gelen bireyleri ve bu bireylerin ve çalışma koşullarını iş sağlığı ve güvenliği koşulları açısından incelerken genel bir bakış açısıyla göçmen ve kayıt dışı işçi olmak üzerinden sorunlar ve çalışılan sektörlerle özgü sorunlar olarak iki başlıkta değerlendirmeler yapılabilir.

Göçmen işçiler tüm dünyada çoğunlukla buldukları ülkede sayıca "azınlık" konumundadırlar. Çoğu yoksulluk içinde yaşamakta; sağlık sorunlarıyla karşılaşmakta ve kayıt dışı çalışmaktadır. Oturma belgesi olmayan işçilerin sağlık sorunlarını bildirmemeleri, ülkelerde sağlık ve işgücü politikalarının kötü yönetimi, yeti kaybı olan ya da yaşlanan işçilerin ülkelerine geri dönmeleri gibi nedenler göçmen işçilerin kayıtlarında eksik ve yanlış bilgilerin olmasına yol açmaktadır (21).

Göçmen/yer değiştiren işçilerin çeşitli nedenlere bağlı olarak farklı sektörlerde iş kazasına uğrama riskinin yerel işçilere göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (16).

Ülkemizde Suriye'den gelen çalışanların çalışmakta oldukları iş kollarına ilişkin Tablo 1'de bazı bilgiler paylaşılmıştır. Görüldüğü üzere

Tablo 1. Çalışılan işkolları

Kategori	Sektör
Kendi işini kuranlar	1. Gıda 2. İnşaat 3. Gayrimenkul danışmanlığı 4. Eğitim danışmanlığı 5. Lojistik 6. Sanatkar 7. Esnaf (Suriye'ye özgü gıda ürünleri, kadınlara yönelik giyim eşyaları) 8. Tüccar
Piyasa koşullarında	1. Ahşap doğrama 2. Amele 3. Araba yıkama 4. Atık kağıt, plastik toplayıcılığı 5. Ayakçı 6. Baloncu 7. Bebek bakıcılığı 8. Berberlik 9. Boya badana 10. Bulaşıkçılık 11. Çobanlık 12. Çöp toplama 13. Demir doğrama 14. Dilencilik 15. Ev işleri 16. Hamal olarak taşıma işleri 17. Hayvancılık sektörü 18. İnşaat 19. Kağıt mendil satma 20. Küçük esnafa yardım 21. Lokanta 22. Mermer atölyeleri 23. Mobilya üretim atölyeleri 24. Naylon poşet üretimi işçisi 25. Ortacı 26. Oto tamirciliği 27. Paketleme 28. Pastane 29. Pazarcılık 30. Pres operatörü 31. PVC doğrama ustası 32. Seks işçiliği 33. Sevkiyat 34. Seyyar satıcı 35. Simitçi 36. Su satışı 37. Şoförlük 38. Tarım 39. Tarımda mevsimlik geçici 40. Taş işçiliği (vasıflı olmayı gerektirmektedir; koşullar eşit) 41. Taşımacılık 42. Tekstil ve dokuma sanayi 43. Temizlik 44. Tornacılık 45. Yaşlı bakımı

çalışma kolları kalifiye eleman olmayı "gerektilen" ve "gerektilmeyen" zeminde değlerlendirilebilir.

Genel bir bakış açısıyla; çalışılan iş kollarında denetim olmadığında Suriye'den gelen çalışanların ucuz işgücü olarak görülmesi ve ülke içindeki arz talep dengesinin değışmesine yol açabilir. Bu bağlamda sorun ülke açısından genel bir sorun olarak değlerlendirilmelidir. Ülkemizde barınma merkezi dışında yaşayan Suriye'den gelenlerin önemli bir bölümünün çalışmak için iş aradıkları ifade edilmektedir. Güvenceli çalışma koşulları açısından da sorunlar olabildiğine dikkat çekilmektedir (11).

Ülkemizde çalışma yaşamında varlık gösteren Suriye'den gelen çalışanlar genel olarak kayıt dışı ve geçici günü birlik işlerde çalışmaktadırlar. Yapılan işlerin arasında vasıflı olmayı gerektilen ve şartların eşit olduğu belirtilen tek iş taş işçiliğidir. Taş işçiliği dışındaki iş kolları eğitim ve vasıf gerektilmeyen; şartların eşit olmadığı alanlardır. Göçmen işçiler göçmenliğin getirdiği olası sorunlara ek olarak kayıt dışı çalışma gibi ikincil bir risk ile de karşı karşıya kalmaktadırlar. Kayıt dışı istihdam nedenleri ve sonuçları açısından çok karmaşık bir yapı göstermekte olup; bu dinamiklerin sosyal ve psikolojik boyutlarıyla da incelenmesi uygun olur. Azaklı'ya göre işçiler çağdaş çalışma koşullarının dışında çalışmakta ve iş/sosyal güvenlik açısından da yasal haklarından mahrum kalmaktadırlar (29). Göçmenlerin söz konusu çalışma alanlarının çoğu ağır beden işçiliği gerektilen İSG açısından ergonomik koşulların bulunmadığı, hijyen açısından kontrolü zor olan sektörlerdir. Çalışma saatleri açısından kontrol edilemeyecek, hizmet sunulurken karşılaşılabilecek risklerin büyük olduğu çalışma alanlarıdır (13). Bu noktada dikkat çekilmesi gereken bir diğler husus ise söz konusu alanların çocuk işçi çalıştırmaya açık olduğudur. Çocuk işçiliğinin mevcudiyetinde çocukların işyerlerinde şiddete maruz kalabilecekleri de akılda tutulmalıdır (30) Bütün bu dinamiklerin temelinde yoksulluk sarmalı olduğu bilinmektedir (31).

Suriyeli bireylerin çalışma koşullarının değlerlendirilmesine gereksinimi olan bir başka konu da kadın işçiliğidir. Genel bir bakış açısıyla; göçmen kadınların ev işleri, tekstil ve seks sektöründe çalıştıkları bilinmektedir. Emek

piyasasında kadın olarak göçmenler daha güvencesiz ve düşük ücretlerle çalışmaktadır. Ev işçiliği emeğin sömürüsü, şiddetin dahi olabildiği koşullara sahiptir. Dolayısıyla bu koşullarda çalışan göçmen kadınlar daha fazla dezavantajlıdır. (32). Ev işlerine giden kadınları koruyacak sosyal mekanizmalar ve resmi bir kuruluş mevcut değildir (33). Ev işi hizmetlerinin ev içinde yapıyor olması, ücret ve çalışma sürelerinin uzunluğu gibi negatif koşulların ve İSG sistemlerinin olmamasına sebep olmaktadır (34). Avrupa Birliği Ülkelerinde ve Türkiye de ev işçilerinin kayıtlı çalışmasına gerek olmadığı düşünölmektedir (35). Özetle; Suriye'den savaş nedeniyle göç eden kadınlar çalışma yaşamı içinde kayıt dışı istihdam, İSG açısından güvencesiz çalışma ortamları ve göçmen olmanın getirdiği riskleri yaşayabilmektedirler (34).

Sona doğru ...

Toplumunu korumak ve ona yeni değerler kazandırmak uzlaşmacı tavır içeren bir algı ile mümkündür. Hümanist bir bakış açısı ile insan haklarını gözetten bir davranış sergilemek gereklidir (35). Bu zemin üzerinden ise liyakat, eşitlik ve hakkaniyet temelli bir yaklaşımı geliştirmek yararlı olur. Yasal düzenlemelerin herkesi kapsayacak şekilde ve sürdürülebilir bir biçimde yapılması da bir başka gereksinimdir. Çalışan her birey açısından hangi ülkeden olduğundan bağımsız olarak iş sağlığı ve güvenliği kural ve yaklaşımlarının eksiksiz olarak uygulanması, denetlenmesi ve eksik noktalarda iyileştirmelerin yapılması son derece önemlidir.

Hatırlanacağı üzere çalışanların istisnasız olarak yeterli/sağlıklı çalışma koşulları, sosyal koşullar, sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının tamamına ulaşabilmelerinin sağlanması gerekmektedir (36).

Sonuç olarak bu yazı kapsamında Suriye'den göç eden ve Türkiye'de çalışan işçilerin sorunları evrensel bir bakış ile değlerlendirilmiştir. Nedeni ve kuramsal yaklaşımı ne olursa olsun emek ve sermaye dünyada yer değıştirirken; insan hakları ve bilim açısından bakılması gereken pencere emeğini ortaya koyan çalışanlar için çalışma ve yaşam koşullarının olabilecek en iyi halinin sunulmasıdır. Bütün yaklaşımlar evrensel etik değerlerle uyumlu bir biçimde ortaya konulmalı ve geliştirilmelidir.

İletişim: Dr. Fahriye Yonca AYAS

E-posta: hekimyonca@gmail.com

Kaynaklar

1. Mutlu A., İrdem İ., Üre B., (2015) Ekolojik Mültecilik Memleket Siyaset Yönetim Cilt 10, 23, 79-118
2. Kartal A., (2016) Rivayetlerde Medine'ye Hicrette (M. 622) Yaşanan Maddî Ve Manevî Sıkıntılar 1. International Symposium On Migration & Culture, Bildiriler Kitabı İçinde (2. Cilt, ss,93-101) Amasya Üniversitesi
3. Arıcı K; (2015) Sosyal Güvenlik Ders Kitabı (4. bs.) Eskişehir Anadolu Üniversitesi AÖF
4. Canyurt D., (2015) Suriye Gelişmeleri Sonrası Suriyeli Mülteciler: Türkiye' de Riskler Akademik Bakış Dergisi, 48, 127-146
5. Bahadır H., Uçku R., (2016) İzmir'in Bir Mahallesinde Yaşayan 6-17 Yaş Arasındaki Suriyeli Çocukların Çalışma Durumları ve Çalışma Durumlarını Etkileyen Etmenler DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 30, 3, 117-124
6. Özler D.E.; Şahin M.D.,Atalay C.G., (2011) Teorik Bir Çerçeve de Whistleblowing Etik İlişkisi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,11(2), 169-194
7. Kılavuz, R. (2003). Kamu Yönetiminde Etik ve Bir Sorun Alanı Olarak Yozlaşma, Ankara; Seçkin Yayıncılık
8. Çoban B., (2018) Türkiye'de İşsizlik Profili Bağlamında Suriyeli Gençlerin İstanbul İşgücü Piyasasına Katılım Sorunları, Çalışma ve Toplum, 2018/1, 193-216
9. Geçici Koruma Yönetmeliği, http://www.goc.gov.tr/files/files/03052014_6883.pdf 2014 son erişim 6 Ağustos 2018
10. Diken A., Demirel E., (2016) İşletmelerimizde Nitelikli İşgücü İhtiyacı Ve Suriyeli Göçmen İş Görenlerin İşgücü Piyasasına Etkisi Üzerine Bir Araştırma , 2. Uluslararası Uygulamalı Bilimler Kongresi: "Göç, Yoksulluk Ve İstihdam" Bildiriler Kitabı İçinde (ss 51-61) Konya
11. Koç M, Görücü İ, Akbıyık N. (2015) Suriyeli Sığınmacılar Ve İstihdam Problemleri. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi, 5(1), 63 -94
12. WHO, <http://www.oecd2018.org/Webkontrol/uploads/Fck/MATTEO.pdf> son erişim: 6 Ağustos 2018
13. Adar A.Ş., (2018) Türkiye'de Yeni Prekarya Suriyeli İşgücü mü? Çalışma ve Toplum, 56, 13-36
14. Kaygısız İ., (2017) Suriyeli Mültecilerin Türkiye İşgücü Piyasasına Etkileri, Dünyadan, Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) yayınları
15. Başbuğ Ş., (2017) Geçici Koruma Kapsamındaki Yabancıların Karşılaştıkları Çalışma Sorununa İlişkin Bir İnceleme, İş Ve Hayat Cilt 3, 6, 137-154
16. LaDou J. ve Harrison R., (2014) Current Occupational and Enviromental Medicine (5. bs.) Kaliforniya McGraw-Hill Education 3. Bölüm s: 56
17. Kaynak S., Aslan İ., Alancıoğlu E., Koçakoğlu M.A., (2016) Göçün Sosyoekonomik Sonuçları: Suriyeli Göçmenler , Uluslararası Uygulamalı Bilimler Kongresi: "Göç, Yoksulluk Ve İstihdam" Bildiriler Kitabı İçinde (ss 11-19) Konya
18. Stein B. N., The Refugee Experience: Defining the Parameters of a Field of Study The International Migration Review, Vol. 15, No. 1/2, Refugees Today (Spring -Summer, 1981), pp. 320-330 Sage Publications <http://www.jstor.org/stable/2545346> Accessed: 19-05-2018 18:24 UTC
19. Erol E., Akyol A.E., Salman C., Pınar E. Ve diğerleri, (2017) Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'de Emek Piyasasına Dahil Olma Süreçleri Ve Etkileri: İstanbul Tekstil Sektörü Örneği, Birleşik Metal-İş Yayınları No: 01
20. Kaya C., (2017) Türkiye'de Geçici Koruma Statüsü Sahibi Yabancıların Çalışma Hakları, Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Cilt: 1, 5, 57-77
21. Holmes S.M, Çeviri: Etiler N., (2010) ABD'de Göçmenlerin Sağlığının Sosyal Bağlamı Üzerine Etnografik Bir Çalışma, TTB Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi Ekim Kasım Aralık, 44-47
22. Akbaş S., Ulutaş Ç.Ü., (2018) Küresel Fabrika Kentinin Görünmeyen İşçileri: Denizli İşgücü Piyasasında Suriyeli Göçmenler Çalışma ve Toplum 2018/ 1, 167-192
23. Aygül H., (2018) Mülteci Emeğinin Türkiye İşgücü Piyasalarındaki Görünümü Ve Etkileri Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Cilt: 9,20, 68-82
24. Dedeoğlu S., (2018) Tarımsal Üretimde Göçmen İşçiler: Yoksulluk Nöbetinde Yoksulların Rekabetine Çalışma ve Toplum 2018/1, 37-67
25. Çetin İ., (2016) Suriyeli Mültecilerin İşgücüne Katılımları Gaziantep University Journal of Social Sciences, 15 (4) 1001-116
26. Sönmez M.E., Mete M., (2015) Türkiye'deki Suriyeli Göçmenlerin Profili İle İnsan Kaynağının Belirlenmesi Ve Türkiye Ekonomisine Olası Etkileri Coğrafyacılar Derneği Uluslararası Kongresi Bildiriler Kitabı 234-241 Gazi Üniversitesi, Ankara
27. Yaman A., (2016) Suriyeli Sosyal Sermayenin İnşası ve Yeniden Üretim Sürecinin Sivil Toplum ve Ekonomik Hayat Alanlarında İncelenmesi Göç Araştırmaları Dergisi Cilt: 2, 3, 94-127
28. Lordoğlu K., Aslan M., (2018) Görünmeyen Göçmen Çocukların İşçiliği: Türkiye'deki Suriye'li Çocuklar Çalışma ve Toplum 57,715-731
29. Azaklı S.B., (2009) Türkiye'de Kayıt Dışı İstihdam ve Ekonomik Boyutu, Yüksek Lisans Tezi, Karaman Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
30. Ofloğlu G., Balcı A.İ., (2016) Küreselleşme, Bilgi Toplumu ve Çalışan Yoksullar HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi Cilt: 5,11, 56-75
31. Demirdizen D., (2013) Türkiye'de Ev Hizmetlerinde Çalışan Göçmen Kadınlar: Yeni Düzenlemelerle Yarı Köle Emeğine Doğru mu? Çalışma ve Toplum, 2013/3, 325-346
32. Fidan F., Özdemir M.Ç., (2011) Ev Hizmetlerinde Çalışan Kadınlar ya da Evlerin Kadınları, Çalışma İlişkileri Dergisi, Cilt 2,1, 79-89
33. Gerçil G.S., Temel R., (2016) Kayıt Dışı Emek: Ev Hizmeti Ve Çocuk-Yaşlı Bakım Hizmetleri, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 30, 5, 1111-1128
34. Mateman S., Renooy P., (2001) Undeclared Labour In Europe Amsterdam, Amsterdam, Regioplan Publicationnr. 424
35. Balta E., (2018) Çocuk Kitaplarında Mülteciler ve Kültürleşme Stratejileri, Araştırma Makalesi, Gaziantep University Journal of Social Sciences, 17 (2), 487-498
36. WHO , <http://www.who.int/migrants/about/areas-of-work/en/index4.html> son erişim 6 Ağustos 2018.

Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Ağız Sağlığı ve Ağız Bakım Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Oral Health and Oral Care Habits of Elderly People Living in Nursing Homes

Araştırma



Research

Canan Sari¹, Leyla Adıgüzel², Birsal Canan Demirbağ³

DOI: 10.17942/sted.594883

Geliş/Received : 22.07.2019

Kabul/Accepted : 10.12.2019

Öz

Amaç: Bu araştırmanın amacı huzurevinde yaşayan yaşlıların ağız sağlığı ve ağız bakım alışkanlıklarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan araştırma Trabzon Köşk Huzurevi ve Trabzon Huzurevi Yaşlı Bakımı ve Rehabilitasyon Merkezinde yapılmıştır. Araştırmanın evreni 271, örneklemini ise 54 kişi oluşturmuştur. Veriler bireylerin sosyo-demografik özellikleri, ağız sağlığı hijyen alışkanlıkları, ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri ile Yaşlılıkta Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi (GOHAI) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların; yaş ortalaması 72,50 ± 8,11 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %31,5'i kadın, %68,5'i ise erkek, %64,8'i ortaöğretim mezunu, %85,2'si kronik hastalığa sahip, %33,3'ünün diş fırçası kullanmadığı, %37'sinin ise dişlerini hiç fırçalamadığı, %92,6'sının diş ipi kullanmadığı, %64,8'inin protez diş kullandığı, %77,8'inin dilini fırçalamadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %72,2'sinin GOHAI indeksine göre ağız ve diş sağlığı skorunun kötü olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, kronik hastalık varlığı, sigara içme, diş fırçası ve diş ipi kullanımı ile kötü ağız sağlığı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05)

Sonuç: Araştırmamız sonucunda her 10 yaşlıdan 7'sinin ağız sağlığının kötü olduğu, 3'ünün diş fırçasının olmadığı, 8'inin ise dilini fırçalamadığı ve 3'ünün ağız hijyeni ile ilgili bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Ağız, Huzurevi, Sağlık, Yaşlılık

Abstract

Objective: The aim of this study is to evaluate the oral health and oral care habits of the elderly living in a nursing home.

Materials and Method: This descriptive study was carried out at Trabzon Köşk Nursing Home and Trabzon Nursing Home Elderly Care and Rehabilitation Center. The population and sample of the study consisted of 271 and 54 people, respectively. The data were collected through the questions regarding individuals' socio-demographic characteristics, oral hygiene habits, levels of knowledge about oral health and using Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI).

Findings: The mean age of the participants was found to be 72,50 ± 8,11 years. Of the participants, 31,5% were female, 68,5% were male, 64,8% were secondary school graduates, 85,2% had chronic diseases, 33,3% were not using toothbrushes, 37% did not brush their teeth at all, 92,6% were not using dental floss, 64,8% were using dentures and 77,8% were not brushing their tongues. It was determined that 72,2% of the participants had poor oral and dental health score according to GOHAI index. No statistically significant difference could be found between gender, presence of a chronic disease, smoking, toothbrush and dental floss use and poor oral health score (p> 0.05).

Conclusion: As a result of our research, it was found that 7 out of 10 elderly people had poor oral health, 3 did not have toothbrushes, 8 were not brushing their tongue and 3 did not have knowledge about oral hygiene.

Key words: Mouth, Nursing home, Health, Old age

1 Öğr. Gör.; Trabzon Ü. Tonya MYO, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Trabzon (Orcid No: 0000-0002-3686-5343)

2 Arş. Gör.; Karadeniz Teknik Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AB. Trabzon (Orcid No: 0000-0001-8151-1723)

3 Doç. Dr.; Karadeniz Teknik Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AB. Trabzon (Orcid No: 0000-0002-7533-7201)

Giriş

Gerontoloji ve geriatri alanlarında oldukça sık kullanılan yaşlanma terimi, kronolojik yaşın ilerlemesiyle başlayan, çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azaldığı, ölüm olasılığını artıran değişikliklerin tamamı olarak adlandırıldığı evrensel bir süreç olarak tanımlanmaktadır (1). Günümüzde yaşam standartlarının yükselmesi, tıbbın gelişmesi, doğum oranlarının düşmesine paralel olarak, dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır (2). 1980 yılında dünyada 382 milyon olan 60 yaş üstü kişi sayısı, 2017 yılı itibarıyla 962 milyon kişi olup, 2050 yılında 2,1 milyar kişi olacağı tahmin edilmektedir. Yine Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Departmanı (UN DESA) verilerine göre, 60 yaş üstü bireylerin küresel nüfusun yaklaşık %13'ünü oluşturduğu bilinmektedir (3). Ülkemiz açısından bakıldığında yaşlı nüfus sayısı dünya verileri ile paralellik göstererek hızla artmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2013 yılı resmi verilerine göre 65 yaş üstü nüfus sayısı 5 milyon 891 bin 694 kişi iken 2017 yılında bu rakam 6 milyon 895 bin 385'e yükselmiştir (4). Nüfusun hızla yaşlanmasına paralel olarak görülen sağlık problemleri halk sağlığı alanında farklı hastalıkların oluşmasına neden olmaktadır. 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı tanımlarken, "yalnızca hasta ya da sakat olmamak değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak belirtmiştir. Özellikle geçtiğimiz 20 yıl içerisinde yapılan çalışmalar, genel vücut sağlığı ile ağız sağlığı arasında çift taraflı ilişki olduğu vurgulamaktadır (5). Toplum sağlığı açısından düşünüldüğünde görülme sıklığında meydana gelen artış, birey ve toplum üzerindeki etkileri ve tedavi maliyetlerine paralel olarak ağız ve diş sağlığı sorunları önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (6). Buna ilaveten ağız ve diş sağlığı ile ilgili problemler beraberinde başta diyabet, kalp ve damar hastalıkları olmak üzere kronik dejeneratif hastalıklar, yeme bozuklukları, uyku kalitesinde azalma ve ağrı gibi farklı problemler ile eş zamanlı kontrol altına alınması gerekmektedir (7-9).

Ağız ve diş sağlığı hastalıkları beslenme şekline verilen özen, ara öğün sıklığının azaltılması, doğru diş fırçalama ve diş ipi kullanımı gibi birincil korunma yöntemleri ile önlenmektedir. Ülkemizde ağız ve diş sağlığı sorunları ile sağlık merkezlerine başvurular genellikle tedavi

aşamasında gelmektedir (10,11). Fakat bilinen en önemli gerçek ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu hekimlik uygulamalarına dayandıran ülkelerde diş ile ilgili çürük, kayıp ve dolgu sayısının azaldığıdır (12). 2013 yılında Türk Diş Hekimleri Birliği'nin yayınladığı rapora göre Batı ülkelerinde yaşayan kişiler yılda 5 defa diş hekimine giderken, ülkemizde bu oranın 0.9'dur. 2002 yılında kişi başına düşen macun miktarı 65gr iken, 2010 yılında 0,94gr olmuştur. Buna ilaveten 40-49 yaş aralığında ağızda çekilen diş sayısı 7, 50-59 yaş aralığında 13 - 60 yaş ve üstünde ise 23'tür. Başka bir ifade ile 65 yaş üstü kişilerin %67'sinin ağızda diş bulunmamaktadır (13). 2003 yılında yayınlanan Dünya Ağız Sağlığı Raporunda göre; sanayileşmiş ülkelerde ağız hastalıkları tedavileri en pahalı olan dördüncü hastalık olarak bildirilmiş, yaşlıların ağız sağlığı ihtiyaçlarının karşılanmaması durumunda birçok ülkede tedavi gereksinimlerinin de artacağı ifade edilmiştir (14).

Ülkemizde yaşayan yaşlı bireylerde tıbbi sorunlarının yanı sıra, ağız ve diş sağlığı ile ilgili hijyen uygulamalarını tam olarak bilememe ya da yaşlılığa bağlı kısıtlıklar sonucunda hijyen uygulamalarını gerçekleştirememeye, tedavi için sosyal güvenceye sahip olmama ve sağlık kurumlarına ulaşımında yaşanan sıkıntılar sonucunda yaşlılar ağız ve diş sağlığına gereken önemi verememektedirler. Ayrıca yaşlıların ağız sağlığı ve ağız bakım alışkanlıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmış araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Yapılan araştırmaların pek çoğu diş hekimliği öğrencileri tarafından ve tedavi amacıyla üniversite hastanelerine başvuran yaşlılar ile planlanmıştır. Buna ilaveten huzurevi ve yaşlı bakım evlerinde yaşayan yaşlıların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgiler net değildir. Bu sebeple araştırmamızın amacı Trabzon Aile Çalışma ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı kurumlarda kalan yaşlıların ağız sağlığı ve ağız bakım alışkanlıklarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Yeri ve Tipi: Araştırma, Trabzon ili Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı Trabzon Köşk Huzurevi ile Trabzon Huzurevi Yaşlı Bakımı ve Rehabilitasyon merkezinde yaşayan yaşlıların Geriatrik Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi (GOHAI) kullanılarak ağız

ve diş sağlığı bakım alışkanlıklarının değerlendirilmesi amaçlanmakta olup, tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kasım 2018 - Ocak 2019 tarihleri arasında Trabzon ili Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı Trabzon Köşk Huzurevi ile Trabzon Huzurevi Yaşlı Bakımı ve Rehabilitasyon merkezinde yaşayan bireyler (N:271) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise çalışmanın yapıldığı tarihlerde kurumda bulunan, çalışmaya katılmayı kabul eden, Barthelin Günlük Yaşam Alışkanlıkları İndeksinden 62 puan ve üstü alan 60 kişidir. Fakat 6 kişi katılmak istemediğini belirttiği için, örneklem 54 kişiden oluşmuştur.

Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan ağız bakım hijyen alışkanlıklarını içeren sorular ve Geriatrik Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi (GOHAI) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya dahil edilmeden önce katılımcılara çalışma ile ilgili bilgi verilerek sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Anket formu: Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalıkları vb) ağız diş sağlığına ilişkin özelliklerini (diş fırçalama alışkanlıkları, mevcut diş durumu, çürük, dolgu, çekilmiş diş varlığı, protez kullanımı, diş ve ağız sağlığı ile ilgili problemler, vb) ve bilgi düzeylerini belirlemek için araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen 27 soruluk anket formu kullanılmıştır.

Barthelin Günlük Yaşam İndeksi: Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında geliştirilen indeks, Shah ve arkadaşları tarafından 1992 yılında tekrar revize edilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği ise 2000 Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekte temel amaç, hastanın herhangi bir fiziksel ya da sözel yardım almadan yıkanma, özbakım, giyinme, idrar ve dışkı kontrolü gibi eylemleri hangi düzeyde yapabildiğini belirlemek amacıyla, soruya göre

5-15 puan arası değerlendirilen toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınacak puan

0-100 arası değişmektedir. Skorun ne kadar yüksekse kişi o kadar bağımsızdır. (0-20 puan tam bağımlı, 21-61 puan ileri derece bağımlı, 62-90 puan orta derece bağımlı, 91-99 puan hafif derece bağımlı, 100 puan tam bağımsız), (15).

GOHAI (Yaşlılıkta Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi): Orijinal dili İngilizce olan indexin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ergül ve Akar tarafından 2008 yılında yapılmıştır (16) Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,75, madde ölçeği (Pearson) korelasyonları 0,30 ile 0,67 arasında değişmiştir. Ölçek ağız ile ilgili problemlere yönelik fiziksel fonksiyon ve psikososyal fonksiyonu değerlendiren 12 soru için geçen üç ay içindeki deneyimlerini kullanarak Likert-tipi ölçümle (hep=1, sıkça=2, bazen=3, nadiren=4, hiç=5) cevaplamışlardır. Toplam GOHAI skoru 12 ile 60 arasında değişmektedir. GOHAI skorları '<50' düşük, '51-56' orta, '57-60' yüksek olarak derecelendirilmiştir. Yüksek skor ağız sağlığı yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla Trabzon Valiliği aracılığıyla Trabzon ili Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ve KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2018-2026) gerekli izinler alınmıştır. Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş olur alınmıştır. Yazılı ve sözlü onam alındıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler çalışmaya dahil edilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırma verileri KTÜ lisansüstü öğrencileri tarafından lisanslandırılan SPSS 22,00 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Önemlilik seviyesi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı-yüzdeler dağılımı, ortalama ve ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılanların %68,5'i erkek, %64,8'i dul, %25,9'unun okuma – yazma bilmediği, %64,8'inin asgari ücret altında gelirinin olduğu, %88,9'unun kronik bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanlar arasında en sık görülen kronik hastalık %64,6 ile hipertansiyon

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	17	31,5
Erkek	37	68,5
Medeni durum		
Evli	6	11,1
Bekar	13	24,1
Dul	35	64,8
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	14	25,9
Ortaöğretim	35	64,8
Lise ve üstü	5	9,3
Aylık geliri		
Asgari ücret altı	35	64,8
Asgari ücret ve üstü	19	35,2
Kronik hastalık		
Var	48	88,9
Yok	6	11,1
Sigara kullanımı		
Evet	15	27,8
Hayır	39	72,2

olup daha sonra %29,2 ile kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (KOA). Ayrıca katılımcıların %27,8'inin sigara kullandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılanların %33,8'inin diş fırçası kullanmadığı, %37,0'sinin dişlerini hiç fırçalamadığı, %92,6'sının diş ipi kullanmadığı, %85,2'sinin diş hekimine sadece dişlerinde bir sorun olduğunda gittiği belirlenmiştir. Katılımcıların %55,6'sının en son 1 yıldan uzun zamandır doktora gitmediği, %40,7'sinin ağızda diş olmadığı, %68,5'inin protez diş kullandığı, %51,3'ünün 11 yıldan fazla süredir protez diş kullandığı, %75,7'sinin protez dişlerini fırçaladığı, %46,0'ının günde iki kez ve üzerinde protez dişlerinin fırçalandığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %75,9'unun dilini fırçalamadığı, dil fırçalayanların %38,5'inin ara sıra dilini fırçaladığı, %75,9'unun diş hijyeni hakkında bilgisi olduğu ve %40,7'sinin bilgiyi diş hekiminden aldığı, %14,8'inin ise ağızda ağız yarası olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3'te yaşlıların ağız sağlığı ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar yer almıştır. Katılımcıların %59,3'ünün günde iki defa en az 3 dakika dişlerini fırçalanması gerektiği, %83,3'ünün ağız ve diş sağlığı için 6 ayda 1 defa diş hekimine

	Sayı	Yüzde
Diş fırçası kullanımı		
Evet	36	66,2
Hayır	18	33,8
Diş fırçalama sıklığı		
Fırçalamıyor	20	37,0
Günde bir ya da iki kez	24	44,5
Ara sıra	10	18,5
Diş ipi kullanımı		
Evet	4	7,4
Hayır	50	92,6
Diş hekimine gitme sıklığı		
Ara sıra	5	9,3
Düzenli	3	5,5
Dişleri ile ilgili sorun olduğunda	46	85,2
En son diş hekimine gitme zamanı		
Hatırlamıyor	9	16,6
1 yıldan az	15	27,8
1 yıldan fazla	30	55,6
Ağızda bulunan toplam diş sayısı		
Yok	22	40,7
1-8	13	24,1
9 ve üzeri	19	35,2
Ağızda protez diş varlığı		
Evet	37	68,5
Hayır	17	31,5
Protez diş kullanım süresi		
1-5	14	37,8
6-10	4	10,8
11 ve üzeri	19	51,3
Protez dişlerin fırçalanma durumu		
Evet	28	75,7
Hayır	9	24,3
Protez fırçalama sıklığı		
Hiç fırçalamıyor	8	21,6
Günde iki kez ve üzeri	17	46,0
Günde bir kez	4	10,8
Ara sıra	8	21,6
Dil fırçalama durumu		
Evet	13	24,1
Hayır	41	75,9
Dil fırçalama sıklığı		
Ara sıra	5	38,5
Günde 1 kez	2	15,4
Günde 2 kez ve üzeri	6	46,1
Ağız sağlığı hijyen bilgisi		
Var	41	75,9
Yok	13	24,1
Bilgi nereden elde edildi		
Diş hekimine	22	40,7
Televizyon/radyo	2	3,7
Okul	8	14,8
Aile	17	31,5
Ağızda yara varlığı		
Evet	8	14,8
Hayır	46	85,2

Tablo 3. Yaşlıların ağız sağlığı ile ilgili bilgi düzeyi (n: 54)

Yaşlıların ağız sağlığı ile ilgili bilgilere verdikleri cevaplar	Sayı	Yüzde
Dişlerini günde iki kez en az 3 dakikalık süre ile fırçalarım		
Evet	22	40,7
Hayır	32	59,3
Ağız ve diş sağlığı için 6 ayda bir diş hekimine gitmem gerekir		
Evet	9	16,7
Hayır	45	83,3
Besinleri küçük parçalar halinde alıp uzun süre çiğnerim		
Evet	45	83,3
Hayır	9	16,7
Ağız sağlığına dikkat etmezse bu durumdan diğer organlarımda etkilenir		
Evet	40	74,1
Hayır	14	25,9
Ağız sağlığıma dikkat etmezsem solunum ve yeme sorunları yaşarım		
Evet	40	74,1
Hayır	14	25,9
Çürüğün oluşumunda dişler üzerinde kalan yemek artıklarıdır		
Evet	44	81,5
Hayır	10	18,5
Doğru diş fırçalama ağız sağlığını etkiler		
Evet	47	87,0
Hayır	7	13,0
Diş ipi kullanımının ağız temizliğinde etkilidir		
Evet	8	14,8
Hayır	46	85,2

gitmesi gerektiği, %83,3'ünün ise yiyecekleri küçük parçalar halinde alıp uzun süre çiğnemesi gerektiğini belirtmiştir. Fakat katılımcıların %25,9'unun ağız sağlığına dikkat etmez ise diğer organlarının etkileneceğini, %18,5'inin dişlerin üzerinde kalan yemek artıklarının çürük oluşturduğunu, %13,0'inin doğru diş fırçalamanın ağız sağlığını etkilediğini, %85,2'sinin ise diş ipi kullanımının ağız temizliğine etkisi olduğunu bilmediği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4'te araştırmaya katılan yaşlıların Geriatrik Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksini (GOHAI) tanımlamaktadır. GOHAI hesaplamasına göre 51 puanın altında olan ve ağız sağlığı düşük olanlar çalışmaya katılanların %72,2'sini oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılanların %25,9'unun ağız sağlığı orta düzeyde, sadece %1,9'unun ağız sağlığı yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 4).

Yüksek*Kişi sayısından dolayı istatistiksel değerlendirme GOHAI değerlendirilmesinde orta ve yüksek birleştirilerek yapılmıştır.

Tablo 5'te GOHAI'den düşük puan ile orta ve yüksek puan alan yaşlıların farklı değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. GOHAI puanı yüksek ve orta olan yaşlılar ile düşük puan alan yaşlılar cinsiyet, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı, diş fırçası kullanımı, diş ipi kullanımı ve ağız yarası varlığı gibi değişkenler karşılaştırılmıştır. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Yaşlıların geriatrik ağız sağlığı değerlendirme indeksi (GOHAI) hesaplamaları

GOHAI hesaplama puanları	Sayı	Yüzde	Değerlendirme
51 puanın altında alan kişi sayısı	39	72,2	Düşük
51'den 57'e kadar puan alan kişi sayısı	14	25,9	Orta
57 puan ile 60 puan alan kişi sayısı	1	1,9	Yüksek

Tablo 5. GOHAI Puanlarının değişkenler ile ilişkilendirilmesi

	GOHAI puanı düşük		GOHAI puanı orta ve yüksek		p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Kadın	13	76,5	4	23,5	P: 0,751
Erkek	26	70,3	11	29,7	
Toplam	39	72,2	15	27,8	
Kronik hastalık varlığı					
Evet	35	72,9	13	27,1	P: 1,000
Hayır	4	66,7	6	33,3	
Toplam	39	72,2	15	27,8	
Sigara kullanımı					
Evet	9	60,0	6	40,0	P: 0,309
Hayır	30	76,9	9	23,1	
Toplam	39	72,2	15	27,8	
Diş fırçası kullanımı					
Evet	12	66,7	6	33,3	P: 0,747
Hayır	27	75,0	9	25,0	
Toplam	39	72,2	15	27,8	
Diş ipi kullanımı					
Evet	2	50,0	2	50,0	P: 0,306
Hayır	37	74,0	13	26,0	
Toplam	39	72,2	15	27,8	
Ağız yarası varlığı					
Evet	7	87,5	1	12,5	P: 0,419
Hayır	32	69,6	14	30,4	
Toplam	39	72,2	15	27,8	

Tartışma

Sağlık ile ilgili teşhis, tedavi ve gelişimlere rağmen gerek ülkemizde gerek dünya ülkelerinde ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastalıklar hala oldukça sık görülen halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (17). Dünya ülkelerinde diş kayıpları ve dişsizlik oranları ile ilgili rakamlar gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar göstermesine rağmen 65 yaş üstü bireylerde ağız ve diş sağlığı sorunları hala çok yüksektir. Ülkemizde 60 yaş üstü kişilerin diş sayısını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmalar sonucunda, dişsizlik oranının çok yüksek olduğu, ağız ve diş sağlığını korumak amacıyla sağlık eğitimlerine ihtiyaç duyulduğu ve diş hekimliği alanında koruyucu hekimlik uygulamalarına gereken önemin verilmediği belirlenmiştir (17, 18). Yaptığımız araştırmanın sonuçları değerlendirildiğinde yaşlıların %33,3'ünün diş fırçasının olmadığı, %37,0'inin dişlerini fırçalamadığı, %40,7'sinin ağızda diş olmadığı, %55,6'sının diş hekimine bir yıldan uzun süredir gitmediği, %68,5'inin protez dişi bulunduğu, protez diş kullananların %75,7'sinin protez dişlerini fırçaladığı, diş ipi kullanımının ise

sadece %7,4 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamıza katılan yaşlılardan %72,2'sinin GOHAI'nin düşük, ağız sağlığının ise kötü olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızla paralel olarak 2012 yılında Nazlıel ve ark. tarafından huzurevinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerin ağız sağlığını değerlendiren bir çalışmada yaşlıların %27,4'ünün dişlerini hiç fırçalamadığını, %52,5'inin ağızda hiç dişinin bulunmadığını, %52,2'sinin üç yıl ve daha uzun süredir diş hekimine gitmediği, %83,3'ünün ise protez diş kullandığı belirlenmiştir (18). Yine 2007 yılında Ünlüer ve ark tarafından huzurevinde yapılan bir çalışmada yaşlıların ağız diş sağlıklarının kötü olduğu, %67,4'ünün hiç dişi olmadığı belirlenmiştir (19). Danimarka'da 2003 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %32,0'sinin diş fırçalama sıklığının günde bir defa ya da az sıklıkla fırçaladığı ve günlük diş ipi kullanımının bizim çalışmamız ile paralellik göstererek %11,0 olarak belirtilmiştir (20). Araştırmamızdan elde edilen bulgular literatürü desteklemektedir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların

diş fırçası ve diş ipi kullanımı, diş fırçalama alışkanlığının düşük olması koruyucu hekimlik uygulamalarına gereken önemin verilmediğini bizlere göstermektedir. Ülkemizde diş fırçası ve diş ipi kullanımının düşük seviyede olduğu yaşlılar ile yaptığımız araştırmada bir kez daha ortaya çıkmıştır. Buna ilaveten yaşlılarda ağızda diş oranının düşük olması ülkemizde düzenli diş hekimine gitme sıklığımızın az olması ve çürük dişlere tedavi uygulanmasının yerine çekimin tercih edilmesi göstergesi olabilmektedir.

Yaşlı bireylerin diş fırçalama sıklıklarını değerlendirmek amacıyla yapılan farklı çalışmalarda diş ya da protezlerini günde en az iki defa fırçalayan birey sayısı Japonya'da %85,0, Litvanya'da %30,0, İngiltere'de %31,0'dır (21-23). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise diş ya da protezlerini günde iki ya da daha sıklıkla dişlerini fırçalayanların oranı %15,0, %35,0, %55,6 olarak belirlenmiştir (24-26). Bizim araştırmamızda diğer çalışmalar ile benzer şekilde dişlerini günde iki ya da daha fazla sıklıkta fırçalayan birey sayısı %44,5 olarak belirlenmiştir. Fakat burada unutulmaması gereken nokta araştırmamıza katılan yaşlıların %33,8'inin kendine ait diş fırçasının bulunmadığı, %37'sinin dişlerini hiç fırçalamadığı, %75,9'unun ise dilini fırçalamadığı, %24,1'inin ise ağız ve diş hijyeni ile ilgili bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Sağlık personeli olarak bizler planlı olarak yürütülecek ağız ve diş sağlığı eğitimleri ile yaşlılarda olumlu davranış değişikliklerinin oluşmasına katkı sağlamamız hedeflerimiz arasında yer almalıdır.

Araştırmamıza katılan yaşlıların %14,8'inin ağzında ağız yarası bulunduğu belirlenmiştir. Yine ülkemizde Erol ve ark tarafından huzurevinde yapılan bir çalışmada ağız yarası görülme sıklığı %35,0 olarak ifade edilmiştir (25). Elde ettiğimiz sonuç literatürü desteklemektedir. Yaşlılarda ağız yarasının varlığı farklı hastalıkların belirtisi olmasının yanı sıra, oluşan ağız yarası sonucunda beslenme bozuklukları hatta hayatı tehdit eden ciddi malnütrisyonlara sebep olmaktadır. Bu sebeple yaşlılarda ağız ve diş sağlığının değerlendirirken ağız yarası varlığı ayrıca değerlendirilmesi gereken altın kriterdir.

araştırmamıza katılan yaşlıların %79,4'ünün ağız hijyeni ve uygulamaları konusunda bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %40,7'si ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgilerini diş hekiminden,

31,5'i ise ailesinden öğrendiğini ifade etmiştir. Araştırmamızla paralel olarak Ağadayı ve ark. tarafından 2018 yılında kırsal bölgede yaşayan yetişkinlerin ağız sağlığını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların %86,6'sının ağız sağlığı ile ilgili bilgilerini ailelerinden, %77,8'inin ise diş hekiminden öğrendikleri ifade edilmiştir (27). 2016 yılında Gürsoy ve ark. tarafından diş hekimliği fakültesinde eğitim gören 250 öğrenci ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %91,2'sinin ağız hijyen bilgilerini ailelerinden öğrendikleri, Japonya'da 2200 öğrenci ile yapılan bir çalışmada yine öğrencilerin %57,0'sinin ağız sağlığı ile ilgili bilgileri diş hekiminden, %39,2'sinin okullarından %29,1'inin ise televizyondan öğrendiği belirlendi (28, 29). Yine çalışmamız ile benzer şekilde Develioğlu ve ark. tarafından yapılan ağız hijyen alışkanlıklarını değerlendiren bir çalışmada katılımcıların %27,3'ünün ağız sağlığı ile ilgili bilgileri diş hekiminden aldığı belirlenmiştir (30). Elde ettiğimiz sonuç doğrultusunda yaşlıların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri diş hekimlerinin yanı sıra aile bireylerinden de edindikleri belirlenmiştir. Elde edilen bu veri ile sağlığı koruma ve geliştirme amacı ile başta halk sağlığı hemşireleri olmak üzere sağlık profesyonelleri tarafından verilen sağlık eğitimlerinin sadece hedef gruba değil, toplumun tüm kesimlerinin dahil edilmesi gerekmektedir. Çünkü bireyler sağlıkla ilgili bilgi edinirken yalnız sağlık personeli değil, yakın akraba ve akranlarından da yararlandığı birkez daha vurgulanmıştır.

Araştırmamıza katılan yaşlıların %85,2'si diş hekimine herhangi bir sorun olduğunda başvurdukları, %55,6'sının ise en son diş hekimine gidip tarihi üzerinden bir yıldan uzun süre geçtiğini ifade etmiştir. Yine çalışmamızla benzer şekilde Özbek ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada herhangi bir şikayeti olduğunda diş hekimine giden kişi sayısı %88,0, Gökalp ve ark.'larının çalışmasında bu oran %88,0, Ağadayı ve ark. çalışmasında %72,6, 2015 yılında yapılan Özyürek ve ark.'larının çalışmasında ise %56,0 olarak belirlenmiştir (26,27,31,32). Elde edilen bu sonuç ağız ve diş sağlığı ile ilgili koruyucu hekimlik uygulamalarının yeterince önem verilmediği, kişilerin sağlık kuruluşlarına sadece problemin varlığı sonucunda başvurdukları, sonuç olarak koruyucu sağlık uygulamalarının yapılmaması sonucunda geç tanı ve tedaviye neden olmaktadır.

Yapılan çalışmalar cinsiyet olarak kadın olanların ağız sağlığı ve hijyenine daha çok dikkat ettikleri ifade edilse de bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında ağız sağlığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (33). Buna ilaveten literatürde kronik hastalık varlığı ve sigara kullanımı da ağız sağlığını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Fakat biz çalışmamızda ağız sağlığı ile kronik hastalık varlığı ve sigara kullanımı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (34,35).

Sonuç

Araştırmamız Huzurevinde yaşayan yaşlıların ağız diş sağlığının değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızdan elde ettiğimiz veriler sonucunda yaşlıların her 10 yaşlıdan 7'sinin ağız sağlığının kötü olduğu, 3'ünün diş fırçasının olmadığı, 4'ünün ise dişlerini fırçalamadığı, 6'sının diş hekimine 1 yıldan uzun süredir gitmediği, 8'inin ise dilini fırçalamadığı ve 3'ünün ağız hijyeni ile ilgili bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir.

Başta huzurevi ve bakımevleri gibi kurumlarda yaşayan yaşlıların ağız ve diş sağlığının sürdürülmesi, sağlık eğitimlerinin planlanması ve uygulanması, çeşitli fiziksel kısıtlıkları sonucunda ağız ve diş hijyenini sağlayamayan yaşlılara gerekli bakımın verilmesi amacıyla halk sağlığı hemşiresi, ağız ve diş sağlığı ile ilgili gerekli tarama ve kontrollerin yapılmasını amacıyla diş hekiminin görevlendirilmesi bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda önerilmektedir. Buna ilaveten bu araştırmanın verilen sağlık eğitimleri ile planlanarak daha büyük gruplar ile yapılmasının yaşlılarda ağız ve diş sağlığı ile ilgili farkındalık oluşturması açısından faydalı olacağı tarafımızca düşünülmektedir.

İletişim: Canan Sarı

E-posta: sari_adil@hotmail.com

Kaynaklar

1. Yerli G. Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017;10(52):1279-86.
2. International Action Plan for Aging 2002. Erişim tarihi: 19.03.2019. http://www.un.org/esa/socdev/ageing/madrid_intl_planaction.html.
3. Dünyada yaşlı nüfusu artıyor. Erişim tarihi: 12.04.2019. <https://www.ntv.com.tr>.

4. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerini açıkladı. Erişim tarihi:06.04.2019. <https://www.kamupersoneli.net>
5. Barnett ML. The oral-systemic disease connection: An update for the practicing dentist. Journal of American Dental Association 2010;137:5-6. PMID: 17012729.
6. Tiftik S, Kayış A, İnanır İ. Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler, hastalıklar ve hemşirenin rolü. Akad Geriatri Dergisi 2012;4:1-11.
7. Nagasawa T, Noda M, Katagiri S, Takaichi M, Takahashi Y, Wara-Aswapati N, Kobayashi H, Ohara S, Kawaguchi Y, Tagami T, Furuichi Y, Izumi Y. Relationship between periodontitis and diabetes - importance of a clinical study to prove the vicious cycle. Internal Medicine 2010;49:881-5. PMID: 20467171.
8. Özyavaş S. Türkiye'de ağız diş sağlığı politikası:Mevcut durum analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2018;21(4):789-805 9. Öztürk AB, Sönmez B. Güneydoğu Anadolu kırsalında yaşayan çocuklarda ağız ve diş sağlığı değerlendirilmesi: Kesitsel saha çalışması sonuçları. Konuralp Tıp Dergisi 2016;8(3): 195-201.
10. Koçanalı B, Topaloğlu Ak A, Çoğulu D. Çocuklarda diş çürüğüne neden olan faktörlerin incelenmesi. The Journal of Pediatric Research 2014;1(2):76-9.
11. Yıldırım I, Dülgergil T, Serdaroğlu İ. Aile hekimliği uygulamalarında erken dönem koruyucu diş hekimliği uygulamalarının önemi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010;2(2):21-39.
12. Ressler-Maerlender J, Krishna R, Robison V. Oral health during pregnancy: Current research. Journal of Women's Health 2005;14(10):880-3. PMID: 23570802.
13. Türk Dişhekimleri Birliği. Erişim tarihi: 06.04.2019. www.tdb.org.tr
14. Petersen PE. Continuous Improvement of Oral Health in The 21st Century - The Approach of The WHO Global Oral Health Programme 2003. Erişim tarihi: 06.04.2019. <https://www.who.int/iris/handle/10665/68506>.
15. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine 2000;32(2):87-92 PMID: 10853723.
16. Ergül S, Akar GC. Reliability and validity of the Geriatric Oral Health Assessment Index in Turkey. J Gerontol Nurs 2008;34(9):33-9. PMID: 18795563.
17. Ünsal B. Yaşlı bireylerdeki ağız ve diş sağlığı. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2002;19:45-9.
18. Nazliel HE, Hersek N, Ozbek M, Karaagaoglu E. Oral health status in a group of the elderly

- population residing at home. *Gerodontology* 2012;29:761-7. PMID: 2191695.
19. Ünlüer Ş, Gökalp S, Doğan BG. Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. *Gerodontology* 2007;24:22-9. PMID: 1730292.
 20. Christen LB, Petersen PE, Krstrup U, Kjoller M. Self-reported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community Dent Health* 2003;20:229-35. PMID: 14696742
 21. Ogawa H, Yoshihara A, Hirotsu T, Ando Y, Miyazaki H. Risk factors for periodontal disease progression among elderly People. *J Clin Periodontol* 2002;29:592-7. PMID: 12354083.
 22. Vysniauskaitė S, Kammona N, Vehkalahti MM. Number of teeth in relation to oral health behaviour in dentate elderly patients in Lithuania. *Gerodontology* 2005;22:44-51. PMID: 15747898
 23. Simon D, Brailsford S, Kidd EA, Beighton D. Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:464-70. PMID: 11784290.
 24. Eren G, Köse T, Atilla G. Yaşlı bireylerde periodontal durumun belirlenmesi ve bu bireylerin ağız bakımı alışkanlıkları. *Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2011;20:84-92.
 25. Erol S, Şişman FN, Sezer A, Şentürk İ, Aydın M. Bir huzurevindeki yaşlılara verilen eğitimin ağız ve diş sağlığı üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bil Dergisi* 2016;(2):105-11.
 26. Özbek CD, Eser D, Bektaş Kayhan K, Ünür M. Comparison of the tooth brushing habits of primary school age children and their parents. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry* 2015;49(1):33-40. PMID: 28955523.
 27. Ağadayı E, Aydın S, Nemmezi Karaca S, Küçükceran H, Teker B. Kırsal bir bölgede aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkinlerin ağız sağlığı konusunda bilgi ve davranışları. *Türk Aile Hek Derg* 2018;22(4):193-201.
 28. Gürsoy H, Dölekoğlu S, Özçakır Tomruk C, Özkurt Kayahan Z. Yeditepe Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi öğrencilerinde ağız diş sağlığı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2016;26(1):1-7.
 29. Taniguchi-Tabata A, Ekuni D, Mizutani S, Yamane-Takeuchi M, Kataoka K, Azuma T, Tomofuji T, Iwasaki Y, Morita M. Associations between dental knowledge, source of dental knowledge and oral health behavior in Japanese university students: A cross-sectional study. *Plos one*2017; 12(6): e0179298.
 30. Develioğlu H, Gedik R, Tufan N, Yalçın D. Bireylerin oral hijyen araçları ve bilgilerinin araştırılması. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2001;4(1):15-9.
 31. Gökalp S, Güçüz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Erişkin ve yaşlılarda ağız-diş sağlığı profili Türkiye-2004. *Hacettepe Diş hekimliği Fakültesi Dergisi* 2007; 31(4):11-8.
 32. Özyürek A, Çınar M, Yavuz NF, Bektaş M, Çetin A. İlkokul öğrencileri ve annelerinin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2015;30:34-48.
 33. Ashley P. Toothbrushing: Why, when and how? *Dental Update* 2001;28(1):36-40.
 34. Underner M, Maes I, Urban T, Meurice JC. Effects of smoking on periodontal disease. *Rev Mal Respir* 2009;26:1057-73. PMID: 20032842.
 35. Akan S, Kocadereli İ. Sistemik hastalıkların ortodontik tedaviye etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2008;11(1):66-74.



Özlem Kersu¹, Güler Balcı Alparlan²

DOI: 10.17942/sted.637022

Geliş/Received : 23.11.2019

Kabul/Accepted : 07.01.2020

Öz

Giriş: Yaşlanma ile kas-iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler nedeniyle yaşlı bireyde fiziksel aktivite düzeyi azalmaktadır. Yaşlı bireylerde fiziksel aktivite düzeyinin azalmasının yanı sıra uyku derinliği ve gece uyku süresi azalmakta, uyku ihtiyacı ve düzeni dolayısıyla da yaşlı bireyin uyku kalitesi olumsuz yönde değişmektedir.

Amaç: Bu çalışmada 65 yaş üstü bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan çalışma 15.09.2016 ile 30.11.2016 arasında iç hastalıkları servisinde yapılmıştır. Verilerin toplanmasında sosyodemografik özellikleri sorgulayan anket formu, uluslararası fiziksel aktivite anketi (IPAQ) ve pittsburg uyku kalitesi indeksi (PUKİ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, ki-kare ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan geriatrik bireylerin %56.2'sinin kadın, %29.9'unun normal kiloda, %66.4'ünün uyku kalitesinin kötü ve %54'ünün de inaktif olduğu saptandı. Sosyodemografik özellikler ile fiziksel aktivite düzeyleri (FAD) karşılaştırıldığında normal kiloda olanların %46.3'ünün, şişman olanlarında %57.3'ünün inaktif olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ($p < 0.05$). Geriatrik bireylerin IPAQ ve PUKİ skoru arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($r = -0.178$, $p < 0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda beden kitle indeksinin, düşme öyküsünün ve tanı konulmuş hastalığa sahip olunmasının geriatrik bireylerin fiziksel aktivite düzeyini etkilediği belirlendi. İnaktif olan geriatrik bireylerin uyku kalitelerinin iyi olduğu görüldü.

Anahtar sözcükler: Yaşlı, Egzersiz, Fiziksel, Uyku

Abstract

Introduction: The level of physical activity in older people decreases due to the changes in the musculoskeletal system that occurs during ageing. In older people, sleep depth and night-time sleep duration decrease as well as the level of physical activity, the sleep quality in elderly changes negatively due to the need for and pattern of sleep.

Objective: This study was conducted to examine the relationship between physical activity levels and sleep quality among individuals over 65 years of age.

Material and Method: This descriptive study was conducted between 15th September and 30th November 2016 at the internal medicine department. The data were collected using a sociodemographic characteristics questionnaire, International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The data were evaluated using number, percentage, chi-square and correlation analysis.

Findings: Of the elderly participated in the study, 56.2% were female, 29.9% had a normal weight, 66.4% suffered from poor sleep quality and 54% were inactive. When sociodemographic characteristics and physical activity levels (PAL) were compared, it was seen that 46.3% of those with normal weight and 57.3% of overweight participants were inactive and a statistical significance ($p < 0.05$) was found. A weak negative relationship was detected between the IPAQ and PSQI scores of the elderly ($r = -0.178$, $p < 0.05$).

Conclusion: In our study, it was determined that the body mass index, falling experience and the presence of a disease that has been diagnosed affect the level of physical activity among older individuals. It was seen that inactive older individuals have good sleep quality.

Key words: Elderly, Exercise, Physical, Sleep

1 Uzm. Hemşire, Eskişehir Osmangazi Ü. Tıp Fak. Hast. Eskişehir (Orcid No: 0000-0003-3592-2892)

2 Prof. Dr.; Eskişehir Osmangazi Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Eskişehir (Orcid No: 0000-0003-3734-3843)

Giriş

Yaşlılık çevresel faktörlere uyum sağlama yeteneğinin azalması olarak tanımlanmaktadır (1). 2015 yılında dünya nüfusunun %8.5'ini yaşlı nüfus oluştururken bu oran 2016 yılında %8.7'ye yükselmiştir. Ülkemizde de 2012 yılında toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı %7.5 olarak belirlenmiş ve 2016 yılında bu oran %8.3'e yükselmiştir. TÜİK 2016 verilerine göre ülkemiz yaşlı nüfus oranına sahip ülkeler arasında 66. sırada yer almaktadır (2). Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlı bireylerin biyolojik, psikolojik, sosyal sorunlarının değerlendirilmesi ve çözüme ulaştırılmasının önemi de artmaktadır (1).

Yaşlanma ile birlikte tüm sistemlerde meydana gelen değişiklikler nedeniyle yaşlı bireyin yaşam kalitesi azalmaktadır. Kas-iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler nedeniyle de yaşlı bireyde fiziksel aktivite düzeyi azalmaktadır (3). Fiziksel aktivite iskelet kaslarının kasılmasıyla enerji harcanmasının artırıldığı tüm organizmanın görev alıp çalıştığı aktivitelerin bütünüdür. Fiziksel aktivite ile hem fiziksel hem de psikolojik iyilik hali artmakta, bazı kronik hastalıkların (koroner arter hastalığı, obesite, hipertansiyon, osteoporoz vb.) görülme riski azalmaktadır (4,5).

Yaşlanma ile birlikte fiziksel aktivite düzeyinin azalmasının yanında uyku derinliği ve gece uyku süresi azalmakta, uyku ihtiyacı ve düzeni dolayısıyla da yaşlı bireyin uyku kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (6). Uyku dış uyaranlara karşı tepkinin azaldığı, beyin işlevlerinin güçlenmesini ve onarılmasını sağlayan, organizmada her türlü etkinliğin büyük ölçüde azaldığı, vücudun dinlenmesini sağlayan yeme, nefes alma, boşaltım kadar önemli fizyolojik bir süreçtir (7, 8). Yaşlanma ile birlikte uyku kalitesindeki azalmaya bağlı yaşlı bireylerin gün içinde uyuklama sürelerinde de artış gözlenmektedir. Uyku kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesi yaşlı bireyde hafıza bozuklukları, düşme riskinde artış ve fiziksel aktivitede azalma gibi problemleri de beraberinde getirebilmektedir (9,13).

Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin uyku kalitesi üzerine olumlu etkileri belirlenmiştir. Kamrani ve arkadaşlarının düşük ve orta yoğunluklu egzersizin yaşlılarda uyku kalitesi

üzerine etkisini inceledikleri araştırmada orta ve düşük dereceli egzersiz yapan grubun uyku kaliteleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (10). King ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada aerobik egzersiz sonrası yaşlıların uyku kalitelerinin önemli derecede arttığını belirlemişlerdir (11). Wang ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaşlı kadınlarda yapılan başka bir çalışmada ise orta derecede bir şiddette yapılan egzersizin uyku kalitesini arttırdığı, uyanma sayısını ve uyuma süresini azalttığı bulunmuştur (12).

Bu çalışma ile 65 yaş üstü bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma bir üniversite hastanesi iç hastalıkları servisinde yatmakta olan hastalarla 15.09.2016 tarihi ile 30.11.2016 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmaya 65 yaş üstü, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yerine getirebilen, kanser öyküsü ve psikolojik rahatsızlığı olmayan, iletişim kurulabilen ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireyler dahil edildi.

Anlamlı bir korelasyon katsayısına ulaşabilmek için (%80 güç ile %5 hata düzeyi) PASS11 paket programı ile hesaplanan güç analizi sonucuna göre çalışmamızın örneklemini 137 kişi oluşturdu. Güç analizinde kullanılan korelasyon katsayısı (0.237) Işık ve arkadaşlarının çalışmasından elde edildi (14).

Veri toplamak için anket çalışmasına başlanmadan önce hastanın çalışma kriterlerine uyup uymadığı belirlenip gönüllülük esasına göre çalışmaya başlandı. Kriterlere uyması ve gönüllü olduğu halde anket doldurma aşamasında sorulara yanıt vermek istemeyen hastalar çalışmadan çıkarıldı ve herhangi bir izleme alınmadı.

Çalışmamızda veri toplamak için üç form kullanılmıştır. İlk form literatür taranarak hazırlanan hastanın sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı 21 sorudan oluşan veri toplama formudur (15,16,17).

İkinci form "Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)" dir. Bu indeks 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından bireyde geçmiş bir ay

içerisinde alışılan uyku düzeni, uyku kalitesini, uyku süresi, uyku ilacı kullanımı, gün içindeki işlev bozuklukları ve uykudaki bozukluklarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (18). İndeksin ülkemizde geçerlilik güvenilirliğini ise 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (19). Ölçek 19 tanesi öz bildirim sorusu, 5 tanesi eş ve arkadaşlar tarafından doldurulacak olan toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Öz bildirim sorularından bir tanesi eş ve arkadaşlarının olup olmadığını sorgulamaktadır. Puanlama kapsamına alınan 18 soru öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğunu sorgulayan 7 bileşenden oluşmaktadır. Her bileşenin puanı 0-3 arasında değişmekte toplam 0-21 arasında puan alınmaktadır. Toplam puanın 5'in üstünde olması kötü uyku kalitesi olarak nitelendirilir.

Üçüncü form ise "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)" dir. 1996 yılında Michael L. Booth sağlıklı ilgili fiziksel aktiviteyi ölçmek için anket geliştirme çalışmalarını başlattı (20, 21). 1998 yılında ise Uluslararası Konsensus grubu bireysel raporlarla ifade edilen fiziksel aktivite düzeyinin karşılaştırılabilir ölçümünü uluslararası düzeyde

standarize etmek amacıyla toplanmış ve 12 ülkedeki 14 merkezde 1998 yılında başlatılan geçerlilik güvenilirlik çalışmaları 2000 yılına kadar devam etmiştir. Sonuç olarak diğer fiziksel aktivite ölçüm araçları kadar kabul edilebilir, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bildirilmiştir (21).

IPAQ'nin ülkemizde geçerli ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Öztürk tarafından yapılmıştır (22). IPAQ'nin dört kısa dört uzun formu mevcuttur. Bu formların uygulanmasında "son 7 gün" ya da "herhangi bir haftadaki" fiziksel aktivite düzeyi sorgulanabilir. Çalışmamızda kullanacağımız IPAQ kısa form yürüyüşe, orta şiddetli fiziksel aktiviteye, şiddetli fiziksel aktiviteye ve otururken harcanılan zamanı sorgulayan toplam yedi sorudan oluşmaktadır. Toplam puan hesaplaması, aktivitelere verilen metabolik eşitlik (MET) değerleri (şiddetli aktivite=8MET, orta şiddetli aktivite=4 MET, yürüme=3.3 MET) ile aktivitelerin yapılması (dakika) ve yapılma frekansı (gün sayısı) çarpılır ve haftalık MET-dk puanları elde edilir. Elde edilen puanlara göre bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri "inaktif (<600 METdk/hafta)", "minimal aktif 600-3000 METdk/hafta)" ve "çok aktif (>3000 METdk/hafta)" olmak üzere üç kategoriye ayrılır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler		n	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	77	56.2
	Erkek	60	43.8
Yaş	65-74	111	81
	75-84	24	17.5
	85 ve üstü	2	1.5
BKİ (kg/m²)	25 (kg/m ²) altı	41	29.9
	25 (kg/m ²) ve üstü	96	70.1
Tanı konulmuş hastalık	Var	115	83.9
	Yok	22	16.1
Sürekli ilaç kullanımı	Var	110	80.3
	Yok	27	19.7
Sigara kullanımı	Var	18	13.1
	Yok	119	86.9
Alkol kullanımı	Var	6	4.4
	Yok	131	95.6
Düşme öyküsü	Var	38	27.7
	Yok	99	72.3
Uyku kalitesi	İyi	46	33.6
	Kötü	91	66.4
Fiziksel aktivite düzeyi	İnaktif	74	54
	Minimal aktif	40	29.2
	Çok aktif	23	16.8

Ölçek Puanları	N	Median (Q1-Q3)
Uyku kalitesi	137	6 (4-9)
Fiziksel aktivite düzeyi	137	1 (1-2)

Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizi IBMSPSS 21 paket programı ile yapılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Nicel verilere ait özet değerlerde normal dağılım görülmediği için nicel veriler median (Q₁-Q₃) olarak gösterilmiştir. Nitel değişkenler arasındaki ilişki Pearson kare, nicel değişkenler arasındaki ilişki ise spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. p<0.05 olarak bulunan sonuçlar anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan 137 bireyin %56.2'si kadın, %83.9'u evli, %81'i 65-74 yaş grubunda, %59.1'i ilkokul mezunu, %48.9'u ev hanımı, %51.1'inin emekli ve %95.6'sı sosyal güvenceye sahiptir. Bireylerin %29.9'unun normal kiloda, %83.9'unun tanı konulmuş bir hastalığı, %80.3'ünün sürekli ilaç kullanımı, %13.1'inin sigara, %4.4'ünün ise alkol kullanımı olduğu belirlendi. Ayrıca bireylerin %27.7'sinin son bir yıl içinde düşme öyküsü,

%66.4'ünün uyku kalitesi kötü ve %54'ünün inaktif olduğu saptandı (Tablo 1).

Çalışmamıza katılan geriatric bireylerin uyku kalitesi puanı median değeri 6 (4-9) ve fiziksel aktivite düzeyi puanı median değeri 1 (1-2) olarak saptandı (Tablo 2).

Tablo 3'de geriatric bireylerin sosyodemografik özellikleri ile FAD karşılaştırılmıştır. Normal kiloda olan geriatric bireylerin %46.3'ünün, şişman olanlarında %57.3'ünün inaktif olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0.05). Tanı konulmuş hastalığı olan geriatric bireyler incelendiğinde %58.3'ünün inaktif, tanı konulmuş hastalığı olmayan geriatric bireylerin ise %54.5'inin minimal aktif olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.05). Düşme öyküsü olan geriatric bireylerin %73.3'ünün, düşme öyküsü olmayanların %46.5'inin inaktif olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.05) (Tablo 3).

Yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, sürekli ilaç kullanımı, alkol ve sigara kullanımı ve uyku kalitesi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 3).

Sosyodemografik özellikler		FAD			p
		İnaktif (n/%)	Minimal aktif (n/%)	Çok aktif (n/%)	
Cinsiyet	Kadın	40 (51.9)	19 (24.7)	18 (23.4)	0.052
	Erkek	34 (56.7)	21 (35)	5 (8.3)	
Yaş	65-74	59 (53.2)	31 (27.9)	21 (18.9)	0.735
	75-84	14 (58.3)	8 (33.3)	2 (8.3)	
	85 ve üstü	1 (50)	1 (50)	0 (0)	
BKİ (kg/m ²)	25 (kg/m ²) altı	19 (46.3)	18 (43.9)	4 (9.8)	0.035*
	25 (kg/m ²) ve üstü	55 (57.3)	22 (22.9)	19 (19.8)	
Tanı konulmuş hastalık	Var	67 (58.3)	28 (24.3)	20 (17.4)	0.016*
	Yok	7 (31.8)	12 (54.5)	3 (13.6)	
Sürekli ilaç kullanımı	Var	64 (58.2)	28 (25.5)	18 (16.4)	0.104
	Yok	10 (37)	12 (44.4)	5 (18.5)	
Sigara kullanımı	Var	7 (38.9)	6 (33.3)	5 (27.8)	0.288
	Yok	67 (56.3)	34 (28.6)	18 (15.1)	
Alkol kullanımı	Var	5 (83.3)	1 (16.7)	0 (0)	0.327
	Yok	69 (52.7)	39 (29.8)	23 (17.6)	
Düşme öyküsü	Var	28 (73.7)	6 (15.8)	7 (10.5)	0.016*
	Yok	46 (46.5)	34 (34.3)	19 (19.2)	
Uyku kalitesi	İyi	23 (50)	12 (26.1)	11 (23.9)	0.282
	Kötü	74 (54)	40 (29.2)	23 (16.8)	

Tablo 4. Geriatrik bireylerin fiziksel aktivite Düzeyleri (FAD) ve uyku kalitesi(puki) skorları arasındaki ilişki

	IPAQ Skoru	
	r	p
PUKİ skoru	-0.178	0.037

Geriatric bireylerin IPAQ ve PUKİ skoru arasındaki ilişki incelendiğinde negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($r = -0.178$ $p < 0.05$) (Tablo 4).

Tartışma

Tüm yaş gruplarında düzenli fiziksel aktivite uygulanmasının kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemi başta olmak üzere tüm sistemler üzerindeki olumlu etkisinin yanı sıra anksiyete ve depresyonu önleme, stresle başa çıkmayı kolaylaştırma gibi psikolojik etkileri de bulunmaktadır. Diğer yandan literatürdedüzenli fiziksel aktivite uygulaması ile yaşlanma ile birlikte bozulan uyku düzeni üzerinde olumlu etkileri olduğu da bildirilmektedir (4). Düzenli fiziksel aktivite uygulamanın olumlu etkileriyle bireylerin yaşam kalitesi artmakta, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı yaşayan ve yaşlanan toplumların gelişimine katkıda bulunmaktadır. Bu amaçla çalışmamızda geriatric bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile uyku kaliteleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Çalışmamıza katılan geriatric bireylerin %54'ünün inaktif olduğu belirlendi. Lök ve arkadaşının yaptığı çalışmada yaşlıların %62.2'sinin (23), Salvador ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların %69.3'ünün (24) inaktif olduğu saptanmıştır. Yaşlanma ile birlikte özellikle kas-iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler nedeniyle geriatric bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri azalmaktadır (4). Bizim çalışma sonucumuz ve bizim çalışma sonucumuzla paralellik gösteren diğer çalışmalarda inaktif yaşlı birey sayısının fazla olmasının nedeni yaşlanma ile birlikte kas-iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler sayılabilir.

Çalışmamıza katılan geriatric bireylerin %66.4'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu ve uyku kalitesi toplam puanı median değeri 6 (4-9) saptandı. Alparlan ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %73.8'inin (30), Aktaş ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların

%53.2'sinin uyku kalitesinin kötü olduğu belirtilmiştir (8). Literatürde tüm sübjektif ve objektif uyku kalitesi değerlendirmelerinde yaşlanma ile birlikte uyku düzeninin değiştiği, yaşlıların yaklaşık %50'sinin uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede zorlandığı bildirilmiştir (25). Bizim çalışma sonucumuz ve bizim çalışma sonucumuzla paralellik gösteren diğer çalışmalarda yaşlı bireylerin uyku kalitesinin kötü ve toplam puan ortalamasının 5'in altında saptanmasının nedeni yaşlanma ile birlikte uyku derinliği ve gece uyku süresi azalması, uyku ihtiyacının ve düzeninin olumsuz yönde etkilenmesi sayılabilir.

Tanı konulmuş hastalığı bulunan geriatric bireyler incelendiğinde %58.3'ünün inaktif, tanı konulmuş hastalığı bulunmayan geriatric bireylerin ise %54.5'inin minimal aktif olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Düzenli fiziksel aktivitenin hastalıklardan korunmada, kas gücü, metabolik ve kemik sağlığı üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite uygulaması ile çeşitli kronik hastalıklardan primer ve sekonder korunmada önemli yer tutar. Fiziksel olarak aktif olan yetişkin ve ileri yaşlı bireylerin kardiyovasküler sistem rahatsızlıkları ve tip 2 diyabetin önlenmesinde daha iyi yanıt alındığı, ileri yaşlarda hipertansiyon görülme olasılığının da %90'lara kadar çıkarken düzenli fiziksel aktivite ile bu oranın azaltılabildiği bildirilmiştir (16). Bizim çalışmamızda tanı konulmuş hastalığı olan inaktif olan bireylerin sayısının fazla olmasının nedeninin bireyde var olan hastalığı ve buna yönelik tedavi sürecinde olması, çalışmamızın hastane ortamında sürdürülmesi sayılabilir.

Normal kiloda olan geriatric bireylerin %46.3'ünün, şişman olanlarında %57.3'ünün inaktif olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Lök ve arkadaşının yaptığı çalışmada yaşlıların normal kiloda olanların %48.5'inin, hafif şişman olanların %13.6'sının inaktif olduğu belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (23). Işık'ın 40-65 yaş arası bireylerin fiziksel aktivite ve uyku kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmada BKİ yüksek (> 24.9) olan bireylerin fiziksel aktivite bakımından daha aktif olduğu belirlenmiştir (26).

Çalık'ın çalışmasında ise yaşlıların fiziksel aktivite düzeyleri ile BKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (13). Fiziksel aktivite kilo kontrolünde olumlu etkiye sahiptir. Bireysel farklılıkları göz önünde bulundurularak programlanan aktivite enerji tüketimini sağlayabilmektedir (16, 27). Bizim çalışmamızda şişman olan bireylerin inaktif olarak saptanmasının nedeni şişmanlığın aktivite üzerine olumsuz etkilerinin yanı sıra çalışma grubumuzu yaşlı bireylerin oluşturması, çalışmamızın hastane ortamında sürdürülmesi olabilir.

Çalışmamıza katılan geriatric bireylerin %27.7'sinin düşme öyküsü olduğu ve düşme öyküsü olan geriatric bireylerin %73.3'ünün, düşme öyküsü olmayanların %46.5'inin inaktif olduğu belirlendi ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Sağkal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ortalaması 70.16 ± 6.28 olan geriatric bireylerin %15.3'ünün son altı ay içinde düşme öyküsü olmadığı saptanmıştır (28). Güzelant ve arkadaşlarının çalışmasında ise geriatric bireylerin %36.9'unun son bir yıl içinde düşme öyküsü olduğu belirlenmiştir (29). Yaşlanma ile birlikte bireyin görme keskinliği azalmaktadır. Bunun yanında çoklu ilaç kullanımı ile birlikte baş dönmeleri ve denge problemleri meydana gelmektedir. Çevre düzenlemesi yaşlı bireye uygun planlanmadığı takdirde yaşlı bireyde düşme riski daha da artmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı düşme korkusu ve düşme öyküsünün varlığı yaşlı bireyde inaktiviteye neden olmaktadır. Ancak her yaşlı bireye özgü planlanan denge egzersizleri ile düşmeler önlenemekte, ayakta sağlam durulabilmekte ve olası düşmeler nedeniyle oluşabilecek yaralanmaları önlemede etkilidir (27).

Çalışmamızda sigara kullanmayan geriatric bireylerin %56.3'ünün, alkol kullanmayan geriatric bireylerin de %52.7'sinin inaktif olduğu saptandı ancak sigara ve alkol kullanımı ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p > 0.05$). Bizim çalışma sonucumuzun aksine Lök ve arkadaşının çalışmasında sigara kullanmayanların %36.6'sının, alkol kullanmayanlarında %50.2'sinin inaktif olduğu saptanmış ve fiziksel aktivite düzeyi ile istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p < 0.05$) (23). 65 yaş üstü bireylerde sigara ve alkol kullanım oranları gençlere göre daha düşüktür.

Sigara kullanımının mortaliteyi önemli oranda arttırdığı, alkol kullanımının da yaşlılarda kognitif fonksiyonları bozduğu belirtilmektedir (27). Bizim çalışmamız ile Lök ve arkadaşının çalışma sonucunun farklılık göstermesinin nedeninin bizim çalışmamızın hastanede yatan yaşlı bireylerle yürütülmesi sayılabilir.

Geriatric bireylerin IPAQ ve PUKİ skoru arasındaki ilişki incelendiğinde negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($r = -0.178$ $p < 0.05$). Işık ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite, uyku kalitesi ve depresyon ilişkisini araştırdıkları çalışmada toplam uyku kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır (14). Yaşlanma ile birlikte meydana gelen değişiklikler yaşlı bireyin uyku kalitesinin olumsuz yönde etkilemektedir. Kötü uyku kalitesine fiziksel aktivitenin artmasıyla meydana gelen yorgunluğun eklenmesi ile yaşlı bireyin uyku kalitesini daha da kötüleştirmektedir. Çalık çalışmasında uyku kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır (13). Işık'ın çalışmasında fiziksel aktivite ve uyku kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Aktaş ve arkadaşlarının 20-65 yaş arası bireylerde yaptığı çalışmada da uyku kalitesi ve fiziksel aktivite arasında ilişki saptanmamıştır (8).

İletişim: Özlem Kersu

E-posta: ozlem_8420@hotmail.com

Kaynaklar

1. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, 2017. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf. Erişim tarihi: 20.06.2017
2. İstatistiklerle Yaşlılar, 2017. <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim tarihi: 19.06.2017
3. Dipietro L. Physical Activity in Aging: Changes in Patterns and Their Relationship to Health and Function. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(2): 13-22.
4. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15(3): 219-224.
5. Rejeski WJ, Brawley LR. Functionalhealth: Innovations in Research on Physical Activity with Older Adults. *Med Sci Sports Exerc* 2006; 38(1): 93-9.
6. Gönül Özgür G, Baysan L. Yaşlılarda Uyku Sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21 (2): 97-105.
7. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, et. al. Sleep and aging: 1. Sleep Disorders Commonly Found in

- Older People. *CMAJ* 2007; 176(9): 1299–1304.
8. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, et. al. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Uyku Kalitesi ile İlişkili Faktörlerin Araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 8(2): 60-70.
 9. Neikrug AB, Ancoli-Israel S. Sleep Disorders in the Older Adult. *Gerontology* 2010; 56:181–189.
 10. Kamrani AAA, Shams A, Dehkordi PS, et. al. The Effect of Low and Moderate Intensity Aerobic Exercises on Sleep Quality in Elderly Adult Males. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2014; 30(2): 417-421.
 11. King AC, Pruitt LA. Effects of Moderate Intensity Exercise in Polysomnographic and Subjective Sleep Quality in Older Adults with mild to Moderate Sleep Complaints. *Journal of Gerontology Medical Sciences* 2001; 63A (9): 997-1004.
 12. Wang X, Youngstedt SD. Sleep Quality Improved Following a Single Session of Moderate-Intensity Aerobic Exercise in Older Women: Results From a Pilot Study. *Journal of Sport and Health Science* 2014; 3:338-342.
 13. Çalık İ, Alğun C. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. *Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi* 2013; 24(1):110-117.
 14. Işık Ö, Özarslan A, Bekler F. Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite, Uyku Kalitesi ve Depresyon İlişkisi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2015; 9: 65-73.
 15. Melancon MO, Lorrain D, Dionne IJ. Exercise and Sleep in Aging: Emphasis On Serotonin. *Pathologie Biologie* 2014; 62: 276-283.
 16. Alpgözen AZ, Özdiñler AR. Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. *HSP* 2016; 3(1): 66-72.
 17. Dolezal BA, Neufeld EV, Boland DM, et. al. Interrelationship between Sleep and Exercise: a Systematic Review. *Advances in Preventive Medicine* 2017; 1-14.
 18. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et. al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Res.* 1989; 28(2): 193-213.
 19. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7(2): 107–115.
 20. International Physical Activity, 2015. <http://www.ipaq.ki.se> International Physical Activity Questionnaire. Erişim tarihi: 01.01.2016
 21. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M., et. al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med. Sci. Sports Exerc* 2003; 35(8): 1381–1395.
 22. Öztürk M. Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara 2005.
 23. Lök N, Lök S. Yaşlıların Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Bilişsel Durumları Arasındaki İlişki. *Yeni Symposium* 2016; 54(2): 21-24.
 24. Salvador EP, Florindo AA, Reis RS. Et. al. Perception of the environment and leisure-time Physical Activity in The Elderly. *Rev Saude Publica* 2009; 43(6): 1-8.
 25. Crowley K. Sleep and Sleep Disorders in Older Adults. *Neuropsychol Rev.* 2011; 21: 41-53.
 26. Işık Ü, 40-65 Yaş Arasındaki Bireylerin Fiziksel Aktivite ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gedik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hareket ve Antreman Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gedik Üniversitesi, İstanbul 2016.
 27. Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S, et. al. Preventive Health Measurements in Geriatric Period. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2015; 10(1): 34-41.
 28. Sağkal T, Kalkım A, Çelik S. Yaşlıların Evde Düşmeyi Önleyici Güvenli Davranışlarının İncelenmesi (Poster). 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi 2010.
 29. Güzelant AY, Özgüzel MH, Toydemir M, et. al. Geriatrik Hastalarda Denge Değerlendirilmesi ve Düşme Riski (Poster). 4. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi 2010.
 30. Balci Alparslan G, Örsal Ö, Ünsal A. Assesment of Sleep Quality and Effects of Relaxation Exercise on Sleep Quality in Patients Hospitalized in Internal Medicine Services in A University Hospital. *Holistic Nursing Practice* 2016; 30(3): 155-165.

40 Yaş ve Üzeri Kadınların Menopoza İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi

Determination of the Knowledge of and Attitudes and Behaviours towards Menopause among Women Aged 40 Years and Over

Araştırma



Research

Şirin Çelikkana¹, Rabia Sohb²

DOI:10.17942/sted.560137

Geliş/Received : 03.05.2019

Kabul/Accepted : 22.12.2019

Öz

Amaç: Çalışma 40 yaş ve üzeri kadınların menopoza ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Gaziantep ili Şehitkâmil ilçesinde Yenimahalle, Umut ve Çıksorut mahallelerinde yaşayan 2.000 kişi oluşturmuştur. Örneklemi ise 2000 kişiden basit rastgele yöntemle seçilmiş 401 kişi oluşturmuştur. Veriler Haziran - Ağustos 2010 tarihleri arasında toplanmış olup verilerin değerlendirilmesinde; frekans, yüzde ki-kare kullanılmıştır. Araştırmaya sadece Türkçe konuşabilen kadınların alınması ve bölgenin yüksek oranda çalışmayan kadınlardan oluşması araştırmanın sınırlılığıdır.

Bulgular: Kadınların %69,6'nın menopoza girdiği, %32,3'ünün 3-5 yıldır menopozda olduğu, %96,8'inin menopoza doğal yolla girdiği, %89,5'inin menopoz hakkında bilgisinin olmadığı, %95,8'inin Hormon Replasman Tedavisi (HRT) almadığı belirtilmiştir. Kadınların %99,8'inin menopozal sıkıntılarla nasıl baş edeceğini bilmediği, menopoza girip girmeme durumlarının menopozal yakınmaları bilme durumları arasında anlamlı ilişki olduğu ($p < 0,05$), menopoza girme şekilleri ve menopozal yakınmaları bilme durumları arasında anlamlı ilişki ($p < 0,05$) çıkmıştır.

Sonuç: Katılımcıların menopoz semptomları ve bu süreç ile nasıl sağlıklı baş edileceği konusunda bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Menopoz, Menopoz belirtileri, Menopoz bilgisi

Abstract

Objective: This study was conducted to determine the knowledge of and attitudes and behaviours towards menopause among women aged 40 years and over.

Method: This was designed as a descriptive study. The population of the study consisted of 2.000 people living in Yenimahalle, Umut and Çıksorut neighbourhoods in Şehitkâmil district of Gaziantep province. The sample was composed of 401 people selected out of 2000 by means of simple random sampling. The data were collected between June and August 2010 and frequency, percentage and chi-square were used in the analysis of data. The inclusion of the women only, who could speak Turkish and the demographic pattern of the region that was mostly composed of nonemployed women were the limitations of the study.

Findings: Of the women, 69,6% have gone through menopause, 32,3% experienced menopause for 3-5 years, 96,8% have undergone natural menopause, 89,5% had no knowledge about menopause, 95,8% were not receiving Hormone Replacement Therapy (HRT). 99,8% of the women did not know how to cope with menopausal distress, there were significant relationships between their menopausal status and their knowledge about menopausal complaints ($p < 0.05$) and between their modes of going through menopause and the knowledge about menopausal complaints ($p < 0, 05$).

Conclusion: It was found that the participants had no knowledge about the symptoms of menopause and how to deal with this process in a healthy way.

Key words: Menopause, Menopause symptoms, Knowledge of menopause

1 Doktora Öğrencisi, Gaziantep Ü. Sağlık Bilimleri, Gaziantep (Orcid No: 0000-0001-9475-4505)

2 Öğr. Üyesi, Gaziantep Ü. Sağlık Bilimleri, Gaziantep (Orcid No: 0000-0002-1835-8479)

Giriş

İnsanlığın başlangıcından bu yana kadının statüsü, doğurma yeteneği ile birebir ilişki halindedir ve doğurma yeteneği sonlandığında bu durum doğal olarak değişir. Bu değişimin başlangıcı, kadında son adet kanaması ile sembolleşen menopozdur(1). Menopoz Yunancada ay (men) ve sonlanma (pause) kelimelerinin birleşimi olup, sözlük anlamı son adet'tir. Adet kanamalarının kesin olarak sonlanması anlamına gelmektedir (2,3,4). Dünyada menopoza giren kadın sayısının her geçen gün arttığı ve 2030 yılında bu sayının yaklaşık 1.2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Menopoza giren kadın sayısındaki artış gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadın nüfusun fazla olması sebebiyle daha hızlıdır. 2030 yılında dünyada menopoz dönemindeki kadınların %76'sının gelişmekte olan ülkelerde olması tahmin edilmektedir(5). Kadınlar hayatlarının üçte birini menopoz döneminde geçirdiği varsayılırsa menopozal dönem gittikçe önem kazanmaktadır. Avrupa'daki menopoz yaşı ortalaması 50,1 ile 52,8 yaşları arasında değişmektedir, Kuzey Amerika'da 50,5 ile 54, Latin Amerika'da 43,8 ile 53 ve Asya'da 42,1 ile 49,5 yaşları arasındadır(6). Türkiye'de ise menopoz yaşı 48-51 arasında değişiklik göstermektedir(7). Menopoz dönemine giriş zamanının erken ya da geç olmasında bazı faktörler etkili olmaktadır. Çalışan kadınlar ve sigara içen kadınlar menopoza erken girerken, seksüel yaşantısı devam eden, çok doğum yapmış, bekâr ya da boşanmış kadınlarda menopoz daha geç görülmektedir. Yaş, ailenin ekonomik durumu, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, algılanan sağlık durumu, menopozal dönem şiddeti sosyodemografik özelliklerle menopozal semptomları arasında bir ilişki bulunmaktadır(8). Menopoz döneminde vazomotor belirtilerden ruhsal değişikliklere, cinsel işlev değişikliklerinden osteoporozu kadar farklı vücut sistemleriyle ilişkili farklı belirtiler ortaya çıkabilir. Adet düzensizlikleri, vajinal kuruluk, flora değişiklikleri, uyku düzensizlikleri, baş ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı, kalp çarpıntıları, titreme, anksiyete gibi yakınmalar görülebilir. Menopozda görülen sistemik değişikliklerin başlıca nedeni östrojen eksikliğidir(9). Bu değişiklikler kadının yaşam kalitesini bozmaktadır. Eskiden çok önemsenmeyen menopoz ve sonrası beklenen yaşam süresinin artması insanların daha rahat

yaşama arzuları gibi nedenlerle günümüzde daha önemli olmuştur. Klimakterik dönemde olan kadında östrojen eksikliğine bağlı fiziksel ve ruhsal birtakım değişiklikler meydana gelmekte ve buna bağlı bazı sorunlar yaşanabilmektedir. Bu döneme ait semptomların erken tanınması, bunlara yönelik yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanması ve böylece kadınlara sağlık bilincinin kazandırılması, bu dönemde yaşanabilecek sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamak açısından faydalı olacaktır (10). Menopoz dönemi fizyolojik bir dönem olmasına rağmen, yaşamı tehdit edici, yaşam kalitesini bozucu ve evlilik ilişkisini etkileyen patolojik olaylarla birlikte seyrettiği için sağlık profesyonelleri tarafından hassasiyet gösterilmesi gereken önemli bir dönemdir. Menopoz döneminde olan kadınlar biyo-psiko-sosyal ve kültürel olarak bütünlük içinde ele alınmalı, sağlık profesyonelleri, özellikle kadınlara bire bir bakım veren ebeler ve hemşireler menopoz dönemi sorunlarını ve risk altındaki bireyleri erken dönemde değerlendirmelidir (7).

Bu çalışma 40 yaş ve üzeri kadınların menopoza ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü: Araştırma tanımlayıcı tipte bir yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Tanımlayıcı araştırmanın evrenini 40 yaş ve üzeri kadınlardan oluşan Yeni mahallede (840 kişi), Umut mahallesinde (620 kişi), Çıksorut mahallesinde (540 kişi) yaşayan tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenmiş 2.000 kadın oluşturmuştur. 2000 kişiden basit rastgele yöntemi ile seçilen 401 kadın örnekleme alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak oluşturulan anket formunda sosyo-demografik sorular ve menopoza ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren sorular bulunmaktadır. 10 kişiye anket ön uygulaması yapılmış düzeltmelerden sonra Haziran-Ağustos 2010 tarihlerinde uygulanmıştır. Ön uygulamaya alınan kişiler değerlendirmeye alınmamıştır. Her mahalledeki çalışmaya katılmayı kabul eden, 40 yaş ve üstü kadınlarla 08-17 saatleri arasında 15-20 dakika yüz yüze görüşülerek anket yapılmıştır.

Tablo 1. Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri		
	Sayı	%
Yaş		
40-45	94	23,5
46-49	88	21,9
50-55	100	24,9
55-60	88	21,9
60 yaş üstü	31	7,8
Medeni Durum		
Evli	384	95,8
Bekâr	17	4,2
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	17	4,2
Okuryazar	78	19,5
İlkokul	281	70,1
Ortaokul	23	5,7
Lise	2	0,5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	14	3,5
Çalışmıyor	387	96,5
Evde yaşayan kişi sayısı		
1-5	273	68,1
6-10	125	31,2
10 üzeri	3	0,7
Çocuk sayısı		
1-3	170	42,4
4-6	180	44,9
6 üzeri	51	12,7
Sosyal güvence (Genel Sağlık Sigortası değişimi öncesi)		
SSK	157	39,1
BAĞ-KUR	80	20,0
Yeşil kart	155	38,7
Sosyal güvence olmayan	9	2,2
Eşinizin işi		
İşçi	66	16,5
Çiftçi	96	23,9
Emekli	90	22,4
Serbest	131	32,7
İşsiz	2	0,5
Eşinizin eğitim durumu		
Okuryazar değil	17	4,2
Okuryazar	78	19,5
İlkokul	281	70,1
Ortaokul	23	5,7
Lise	2	0,5
Kaç yıldır buradasınız		
1-5	2	0,5
6-10	57	14,2
11-20	158	39,4
20 üzeri	184	45,9
Toplam	401	100

Tablo 2. Kadınların menopoz ve HRT'ne ilişkin bilgileri dağılımı		
	Sayı	%
Menopoza girme		
Evet	279	69,6
Hayır	122	30,4
Menopoz süresi (n=279)		
1 yıldır	41	14,7
2 yıldır	43	15,4
3-5 yıldır	90	32,3
6-10 yıldır	69	24,7
10 yıl üzeri	36	12,9
Menopoz şekli (n=279)		
Doğal yolla	270	96,8
Cerrahi yolla	9	3,2
Menopoz bilgi varlığı		
Evet	42	10,5
Hayır	359	89,5
Bilgiyi kimden aldığı		
Almadım	360	89,5
Televizyon	13	3,5
Sağlık personeli	13	3,3
akınlarım	15	3,7
HRT kullanma süresi		
Kullanmayan	267	95,8
1 yıl	6	2,1
2-3 yıl	6	2,1
HRT süresi ne kadar olduğunu bilme durumu		
Hayır	401	100
HRT herkes kullanabilir mi?		
Hayır	1	0,2
Bilmiyorum	401	99,8
HRT ne zaman kullanılır		
Psikolojik yakınmalar	4	1
Fiziksel şikâyetler	26	6,5
Kemik erimesi	8	2,0
Bilmiyorum	363	90,5
Mamografi çekirme		
Evet	70	17,5
Hayır	331	82,5
Mamografi çekirme yaşı		
Çektirmeyen	331	82,5
35-40	3	0,7
40-45	15	3,7
46-49	23	5,8
50-55	20	5
56 ve üzeri	9	2,3
Sıkıntılarla baş etme durumları		
Evet	1	0,2
Hayır	400	99,8
Toplam	401	100

Araştırma bulgularının istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 18,0 paket programı kullanılmıştır. Toplanan verilerin frekans ve yüzdeler belirlenmiş X^2 çözümlenmesi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırma için Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Gaziantep Üniversitesi Etik Kurulu'dan alınan resmi izin alınmıştır. Araştırmaya sadece Türkçe konuşabilen kadınların alınması ve bölgenin yüksek oranda çalışmayan kadınlardan oluşması araştırmanın sınırlılığıdır.

Bulgular

Tablo 1'de araştırmaya katılanların %23,5'inin 40-45 yaş grubunda olduğu, %95,8'inin evli olduğu, %70,1'inin ilkokul mezunu olduğu, %96,5'inin çalışmadığı, %39,1'inin sosyal güvencesinin SSK olduğu (Genel Sağlık Sigortası değişimi öncesi), %45,9'unun 20 yıl ve üzeri

Tablo 2'de araştırmaya katılanların, %69,6'nın menopoza girdiği, %32,3'ünün 3-5 yıldır menopozda olduğu, %96,8'inin menopoza doğal yolla girdiği, %89,5'inin menopoz hakkında bilgisinin olmadığı, %95,8'inin Hormon Replasman Tedavisi (HRT) almadığı, %2,1'inin 1 yıldır, %2,1'inin 2-3 yıldır HRT aldığı, %100'ünün HRT kullanma süresini bilmediği, %90,5'nin HRT'nin ne zaman kullanıldığını bilmediği, %82,5'inin mamografi çekmediği, %5,8'inin mamografi çekme yaşının 46-49 olduğu, %99,8'inin menopozal sıkıntılarla nasıl baş edeceğini bilmediği saptanmıştır.

Tablo 3'te araştırmaya katılanların, menopoza ilişkin bilgi soruları dağılımı belirtilmektedir.

Tablo 4'te menopoza girme ve menopozal yakınmalar ile ilgili bilgileri incelediğimizde, sıcak basması ile ilgili menopoza girenlerin (%86,7) girmeyenlere (%73,8) göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha fazla bilgi olduğu ($p=0,002$), menopozda uykusuzluk konusunda, menopoza girenlerin (%30,5) menopoza girmeyenlere (%19,7) oranla istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha fazla bilgi sahibi olduğu ($p=0,025$), menopozda yorgunluk yakınması konusunda, menopoza girenlerin (%19) girmeyenlere (%9,8) göre anlamlı düzeyde daha

Tablo 3. Araştırmaya katılanların menopoza ilişkin bilgi ve tutumları dağılımı

	Sayı	%
Menopoz adet kesilmesi demektir		
Katılıyorum	400	99,8
Kararsızım	1	0,2
Yaşam son bulur		
Katılıyorum	1	0,2
Katılmıyorum	391	97,5
Kararsızım	9	2,3
Menopoz hastalıktır		
Katılıyorum	34	8,6
Katılmıyorum	347	86,5
Kararsızım	20	4,9
Cinsel yaşam son bulur		
Katılıyorum	5	1,3
Katılmıyorum	377	94
Kararsızım	19	4,7
Danışmanlık alınabilir		
Katılıyorum	84	20,9
Katılmıyorum	78	19,5
Kararsızım	239	59,6
Hormon tedavisi alınabilir		
Katılıyorum	117	29,2
Katılmıyorum	29	7,2
Kararsızım	255	63,6
Dengeli beslenme önemlidir		
Katılıyorum	129	32,2
Katılmıyorum	15	3,7
Kararsızım	257	64,1
Egzersiz önemlidir		
Katılıyorum	102	25,4
Katılmıyorum	13	3,2
Kararsızım	286	71,3
Yakınmalar artar		
Katılıyorum	212	52,9
Katılmıyorum	4	1,0
Kararsızım	185	46,1
Hormon tedavisi doğurganlığı getirir		
Katılıyorum	3	0,7
Katılmıyorum	85	21,2
Kararsızım	313	78,1
Sigara içen menopoza erken girer		
Katılıyorum	2	0,5
Katılmıyorum	92	22,9
Kararsızım	307	76,6
Çok doğum yapanlar menopoza geç girer.		
Katılıyorum	1	0,2
Katılmıyorum	95	23,7
Kararsızım	305	76,1
Bekârlar menopoza erken girer		
Katılıyorum	1	0,2
Katılmıyorum	96	23,9
Kararsızım	304	75,8
Şişmanlar menopoza erken girer		
Katılıyorum	1	0,2
Katılmıyorum	97	24,2
Kararsızım	303	75,6
Toplam	401	100

Tablo 4. Menopozal yakınmalara ilişkin bilgi durumlarının menopoza girme durumlarına dağılımı

Menopozal Sıcak basması	Evet		Hayır		Toplam		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Biliyorum	242	86,7	90	73,8	332	82,8	10,020	0,002
Bilmiyorum	37	13,3	32	26,2	69	17,2		
Uykusuzluk							4,996	0,025
Biliyorum	85	30,5	24	19,7	109	27,2		
Bilmiyorum	194	69,5	98	80,3	292	72,8		
Yorgunluk							5,244	0,022
Biliyorum	53	19,0	12	9,8	65	16,2		
Bilmiyorum	226	81,0	110	90,2	336	83,8		
Baş ağrısı							6,464	0,011
Biliyorum	41	14,7	7	5,7	48	12,0		
Bilmiyorum	238	85,3	115	94,3	353	88,0		
Kemik erimesi							8,795	0,003
Biliyorum	24	8,6	1	0,8	25	6,2		
Bilmiyorum	255	91,4	121	99,2	376	93,8		
Toplam	279	100,0	122	100,0	401	100,0		

Tablo 5. Menopozal yakınmalara ilişkin bilgi durumlarının menopoz şekillerine göre dağılımı

Menopozal yakınmalar	Menopoza girmeyen		Doğal yolla		Cerrahi yolla		Toplam		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sıcak basması									11,168	0,004
Biliyorum	90	73,8	233	86,3	9	100	332	82,8		
Bilmiyorum	32	26,2	37	13,7	0	0	69	17,2		
Uykusuzluk									11,154	0,004
Biliyorum	24	19,7	79	29,3	6	66,7	109	27,2		
Bilmiyorum	98	80,3	191	70,7	3	33,3	292	72,8		
Yorgunluk									9,679	0,008
Biliyorum	12	9,8	49	18,1	4	44,4	65	16,2		
Bilmiyorum	110	90,2	221	81,9	5	55,6	336	83,8		
Sık idrar									16,928	0,000
Biliyorum	3	2,5	14	5,2	3	33,3	20	5,0		
Bilmiyorum	119	97,5	256	94,8	6	66,7	381	95,0		
Üriner enfeksiyon									10,586	0,005
Biliyorum	0	,0	3	1,1	1	11,1	4	1,0		
Bilmiyorum	122	100	267	98,9	8	88,9	397	99		
Baş ağrısı									14,275	0,001
Biliyorum	7	5,7	37	13,7	4	44,4	48	12,0		
Bilmiyorum	115	94,3	233	86,3	5	55,6	353	88		
Kemik erimesi									9,972	0,007
Biliyorum	1	0,8	24	8,9	0	,0	25	6,2		
Bilmiyorum	121	99,2	246	91,1	9	100	376	93,8		
Toplam	122	100	270	100	9	100	401	100		

fazla bilgi sahibi olduğu (p=0,022), baş ağrısı ile ilgili menopoza girenlerin (% 14,7) menopoza girmeyenlere (%5,7) göre anlamlı düzeyde daha fazla bilgi sahibi olduğu (p=0,011), menopozda kemik erimesi ile ilgili menopoza girenlerin (%8,6) girmeyenlere göre (%0,8) istatistiki olarak

anlamlı düzeyde daha fazla bilgi sahibi olduğu (p=0,003) belirtilmektedir.

Tablo 5'te araştırmaya katılanların menopoz şekilleri ile menopozal yakınmalara ilişkin bilgilerin dağılımı incelendiğinde, sıcak basması ile ilgili

menopoza cerrahi yolla girenlerin (% 100) menopoza doğal yolla girenlere (%86,3) göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha fazla bilgi sahibi olduğu (p=0,004), uykusuzluk konusunda, menopoza cerrahi yolla girenlerin (%66,7) menopoza doğal yolla girenlere (%29,3) göre anlamlı düzeyde daha fazla bilgi sahibi olduğu (p=0,004), yorgunluk ile ilgili cerrahi yolla menopoza girenlerin (%44,4), menopoza doğal yolla girenlere (%18,1) göre anlamlı düzeyde daha fazla bilgi sahibi olduğu (p=0,008), menopozda sık idrar ile ilgili cerrahi yolla menopoza girenlerin (%33,3), doğal yolla menopoza girenlere (%5,2) göre anlamlı derecede daha fazla bilgi sahibi olduğu (p=0,000), üriner enfeksiyon konusunda cerrahi yolla menopoza girenlerin (%11,1), menopoza doğal yolla girenlere (%1,1) göre anlamlı düzeyde daha fazla bilgi sahibi olduğu (p=0,005), baş ağrısı konusunda cerrahi yolla menopoza girenlerin (%44,4), menopoza doğal yolla girenlere (%13,7) göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha fazla bilgi sahibi olduğu (p=0,001), menopozda kemik erimesi ile ilgili doğal yolla menopoza girenlerin (8,9), cerrahi yolla menopoza girenlere (%0) göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha fazla bilgi sahibi olduğu (p=0,007) belirtilmektedir.

Tartışma

Araştırmaya katılanların %69,6'sinin menopoza girdiği, %30,4'ünün menopoza girmediği tespit edilmiştir. Özgür'ün 2007 İstanbul çalışmasında, %75,4'ünün menopoza girdiği, %24,6'sının menopoza girmediği belirtilmiştir. Araştırmamız Özgür'ün çalışması ile benzer bulunmuştur (11). Araştırmaya katılanların %96,8'inin doğal yolla, %3,2'sinin cerrahi yolla menopoza girdiği tespit edilmiştir. Koçak ve arkadaşlarının 2014 İstanbul çalışmasında %82'sinin doğal yolla menopoza girdiği(12), Erbaş ve Demirel'in 2014 Sivas çalışmasında %85,2'sinin doğal yolla menopoza girdiği saptanmıştır(13). Çalışmamızla diğer çalışmalar arasında benzerlik bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların %89,5'inin menopoz konusunda bilgi almadığı saptanmıştır. Özer ve Gözükarar'ın 2016 çalışmasında %93,3'ü bilgi almamıştır. Çalışmamız Özer ve Gözükarar'ın çalışmasıyla benzerdir; bu benzerlik eğitim ve sosyoekonomik koşulların benzerliğine bağlanabilir. Araştırmaya katılanların, %3,3'ünün bilgiyi sağlık personelinden aldığı saptanmıştır.

Abay ve Kaplan'ın 2015 çalışmasında(14) %3,1'i sağlık personelinden, Ertem'in 2010 İzmir çalışmasında %6,5'i (15) sağlık personelinden bilgi almıştır. Çalışmalar birbirine benzer bulunmuştur. Devi ve arkadaşlarının 2015 çalışmasında menopoz konusunda %94'ünün iyi seviyede bilgisi olduğu saptanmıştır(16). Çalışmamız ile Devi ve arkadaşlarının yaptığı çalışma arasında benzerlik bulunmamıştır. Kwak ve arkadaşlarının 2014 çalışmasında, Menopoz konusunda bilgisi olanlar ve olmayanlar arasında tutum ve davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (17).

Araştırmaya katılanların %4,2'sinin HRT aldığı saptanmıştır. Suka ve arkadaşlarının 2016 çalışmasında %62,9'unun HRT kullandığı saptanmıştır(18). Çalışmamız ile Suka ve arkadaşlarının yaptığı çalışma arasında benzerlik bulunmamıştır. Bu farklılığı bölgesel ve sosyoekonomik özelliklerin farklı olmasına bağlayabiliriz. Araştırmaya katılanların menopozal şikâyetlere ilişkin, %82,8'inin sıcak basması ve gece terlemesini bildiği, uykusuzluğu %72,8'inin bilmediği, yorgunluk ve halsizliği %83,8'inin bilmediği, menopozda baş ağrısını %88,0'ünü bilmediği, kemik erimesi riskini %93,7'inin bilmediği saptanmıştır. Suka ve arkadaşlarının 2016 çalışmasında en iyi bilinen menopozal semptomların sıcak basması ve terleme, endişe ve yorgunluk olduğu saptanmıştır. Çalışmamız ile Suka ve arkadaşlarının yaptığı çalışma, sadece sıcak basması ve terleme yönünden benzerlik bulunmuştur (18). Menopoza girenlerin, %86,7'inin sıcak basmasını bildiği, menopoza girmeyenlerin %73,8'inin sıcak basmasını bildiği, menopoza girenlerin 30,5'inin uykusuzluğu bildiği, %14,7'inin menopozda baş ağrısı şikâyetini bildiği, 30,5'inin uykusuzluğu bildiği, %91,4'ünün kemik erimesi şikâyetini bilmediği tespit edilmiştir. Menopoza girenlerin şikâyetleri daha fazla tanınmaları yaşadıkları tecrübeye bağlanabilir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda katılımcıların menopozun tanımı, menopozal yakınmalar, bu sürecin nasıl sağlıklı atlatılabileceği ve HRT konularında bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.

Bu doğrultuda; Sağlık kuruluşlarında menopoz danışmanlık

hizmetlerinin yürütüleceği bir odanın oluşturulması ve danışmanlık hizmetlerinde hemşirenin etkin rol oynaması sağlanmalıdır. Hizmet sunumunda danışmanlık hizmetlerine daha fazla zaman ayrılmalı ve başvuran kadının kararlara katılımı artırılmalıdır.

Kuruma başvuran kadınların eğitim durumları farklı olduğundan, hizmet verilirken bu kriterlere dikkat edilmelidir. Kadınların bireysel özellikleri göz önünde bulundurularak muayene ve danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Başvuran kadınların klimakterik aşamaları, yaşadıkları semptomlar ve yaşama düzeyi farklı olabileceğinden, hizmet sunumunda bu özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Menopozdaki kadın sadece üro-jinekolojik açıdan değil psikolojik açıdan da değerlendirilmeli ve gerekli görüldüğünde psikolog ya da psikiyatrist ile görüştürülmelidir.

İletişim: Şirin Çelikkanat

E-posta: sirincelikkanat@gmail.com

Kaynaklar

1. Ersoy T. Menopoz ve kültür (Menopoz kültür etkileşimi, menopoz'un kadının rol ve statüsüne etkisi) Öteki Matbaa Mayıs 2008.
2. Aydoğdu N. Postmenopozdaki kadınlarda düşük dozlu hormon replasman tedavisi ve raloksifen'in kan biyokimyası ve kupperman indeksi üzerine etkileri. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği (Uzmanlık Tezi). İstanbul, 2005.
3. Özgür M. Raloksifen hidroklorid'in postmenopozal kadınların pıhtılaşma sistemi parametreleri üzerine etkisi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi). Trabzon, 2008.
4. Başoğlu A. Premenopoz ve postmenopozda total antioksidan kapasitesinin karşılaştırılması. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi). Şanlıurfa, 2007.
5. Ertem, K. G. Menopoz kliniğine başvuran kadınların menopoza ilişkin yakınmalarına verilen planlı eğitimin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi). İzmir, 1998.
6. Vural PI, Yangın IHB. Menopoz algısı: Türk ve Alman kadınların karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;5(3): 7-15.
7. Pınar ŞE, Yıldırım G, Duran Ö, Cesur B. A problem peculiar to women: Mental health in menopause Kadına özgü bir sorun: Menopozda ruh sağlığı. Journal of Human Sciences, 2015;12(2):787-98.
8. Özcan H, Oskay Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Göztepe Tıp Dergisi, 2013;28(4):157-63.
9. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;3(4):1095-113.
10. Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013;1(1):50-6.
11. Özgür N. Klimakterium dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ve başa çıkma yolları. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, 2007.
12. Koçak D, Kaya İ, Aslan E. Klimakterik dönemindeki kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyi ve etkileyen faktörler. JAREN, 2017;3(2):66-72.
13. Erbaş N, Demirel G. Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin yakınmalarının ve menopozal tutumlarının cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi; ACU Sağlık Bil Derg, 2017;4:220-5.
14. Abay H, Kaplan S. Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor? Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015;1-2-3:1-23.
15. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2010;1:7.
16. Devi AM, Dular SK, Yadav R. A descriptive study to assess the level of knowledge and attitude regarding menopause among menopausal women in selected rural areas in Faridabad. International Journal of Advances in Nursing Management, 2015;3(1):7-9.
17. Kwak, Eun Kyung, Hyun Soon Park, Nam Mi Kang. Menopause knowledge, attitude, symptom and management among midlife employed women. Journal of Menopausal Medicine, 2014;20(3):118-25.
18. Suka M, Taniuchi A, Igarashi S, et al. Menopause-specific health literacy in Japanese women. Maturitas, 2016;91:51-9.



Süheyla Altuğ Özsoy¹, Aslı Kalkım², Zuhal Emlek Sert³

DOI: 10.17942/sted.551556

Geliş/Received : 09.04.2019
Kabul/Accepted : 17.12.2019

Öz

Amaç: Araştırmanın amacı; ilkokul çağındaki çocuklarda obezite sıklığını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırma bir ilkokulda Ekim 2016 - Mayıs 2017 tarihleri arasında 1526 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Veriler öğrenci izlem formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Çocukların yaş ortalaması 8.35 ± 1.28 yıl, %50.2'si kız öğrenci ve %5.2'si Suriye uyrukludur. Çocukların %7.7'sinin fazla kilolu ve %8.8'inin obez olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin cinsiyeti ve farklı uyruğa sahip olma açısından fazla kilolu ve obez olma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çocukların yaş grubu ve sınıf düzeyi arttıkça fazla kilolu ve obezite görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır ($\chi^2=8.432$, $p=0.015$; $\chi^2=9.520$, $p=0.023$). Günlük aktivite süreleri ile fazla kilolu ve obez olma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuçlar: Araştırma sonuçları fazla kilolu ve obez olma sıklığının ilkokul çağındaki çocuklarda yaygın olduğunu ve yaşla birlikte bu oranın arttığını göstermektedir. Obezitenin en erken dönemde tanınması ve müdahalelerde bulunulması son derece önemlidir. Okul ortamı bu müdahalelerin gerçekleştirilmesine elverişli bir ortam olup, birincil korumayı esas alan okul sağlığı hizmetlerinde tarama, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin geliştirilmesine yönelik mevcut programların sürdürülebilir olması ve yeterliliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Hemşire, Obezite, Okul sağlığı, Öğrenci

Abstract

Objective: The objective of the research was to identify the prevalence of obesity in primary school children.

Material and Method: The cross-sectional study was conducted among 1526 students at a primary school between October 2016 and May 2017. The data were collected using the student follow-up form.

Findings: The mean age of the children was 8.35 ± 1.28 years; of them, 50.2 % were females and 5.2 % were Syrians. 7.7% of the children were found to be overweight and 8.8% of them were obese. A significant difference was not found between students' status of being overweight and obese in terms of their gender and nationality ($p > 0.05$). As the age and the number of years of education increased, the prevalence of overweight and obesity increased significantly ($\chi^2=8.432$, $p=0.015$; $\chi^2=9.520$, $p=0.023$). A significant difference between the duration of daily activity and the status of being overweight and obese could not be found ($p > 0.05$).

Conclusion: The results of the research showed that the prevalence of overweight and obesity was high in primary school children and this rate increased with age. It is extremely important to diagnose obesity and to conduct intervention at the earliest stage. The school environment is suitable for performing these interventions and it is recommended that existing programs aiming to improve screening, healthy nutrition and physical activity in school health services based on primary prevention should be sustainable and assessed for adequacy.

Key words: Nurse, Obesity, School health, Student

1 Prof. Dr.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD İzmir (Orcid No: 0000-0001-5615-1893)

2 Doç. Dr.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD İzmir (Orcid No: 0000-0002-7878-5640)

3 Öğr. Gör. Dr.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD İzmir (Orcid No: 0000-0002-2809-5617)

Giriş

Obezite, vücutta aşırı yağ depolanmasıyla ortaya çıkan, birçok hastalığa neden olabilen, sosyal ve ekonomik boyutları olan bir hastalıktır. Çağımızın hastalığı olarak da kabul edilen obezitenin görülme oranı her geçen yıl artmaktadır (1,2). Küresel bir sorun olan obezite özellikle kentsel ortamlarda birçok düşük ve orta gelirli ülkeyi etkilemekte ve 2016 yılında beş yaşın altındaki kilolu çocukların sayısının 41 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Beş yaşın altındaki tüm kilolu çocukların neredeyse yarısı Asya'da ve dörtte biri ise Afrika'da yaşamaktadır (3).

Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBI) Projesi Araştırma Raporu'na göre ilköğretim çağı çocukların %7.9'u zayıf, %1.3'ü ise çok zayıf, %6.5'i şişman, %14.3'ü ise fazla kilolu olarak saptanmıştır (4,5). İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde 12-13 yaş grubunda 1044 ergen üzerinde yapılan bir diğer çalışmada çocukların %12'si zayıf, %12'si kilolu ve %2'si obez olarak saptanmıştır. Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından İstanbul Şişli Bölgesinde 12-15 yaş grubunda 1821 çocukta yapılan bir çalışmada, Beden kütle indeksi (BKİ) 18-25 kg/m² (85.-95. yüzdeler) olanların oranı %9.9, BKİ>30 kg/m² (≥95.yüzdeler) olanların oranı ise %6.2 bulunmuştur (6).

Çocukluk döneminde obez olanların yetişkinlik döneminde de obez kalma prevalansı yüksektir (7) ve diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanserler ve diğer kronik hastalıklar için en önemli risk faktörlerinden biridir (3,8). Özellikle 4-11 yaşlarında başlayan obezitenin, erişkin dönemde de devam etmesi hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi sorunlarla birlikteliği önemlidir. Bu nedenle çocukluk ve ergenlik döneminde obeziteden korunma ve tedavi giderek önem kazanmaktadır (2,9). Okul çocuklarının obezite durumlarının ve beslenme alışkanlıkları da dahil olmak üzere altta yatan faktörlerin erken dönemde tespit edilerek önlemlerin alınması gereklidir (10).

Bu bilgiler ışığında, çalışmada İzmir il merkezindeki bir ilkokulda öğrencilerin obezite sıklığını ve bu durumu etkileyebilecek bazı faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tasarımı

Kesitsel tipteki araştırma İzmir'de iç-dış göçün yaşandığı, sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu bölgedeki bir ilkokulda, Ekim 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini okula kayıtlı, 6-11 yaş arasındaki 1794 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek tüm öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma süreci içerisinde okuldan ayrılan ya da devamsız olan öğrenciler araştırma dışında tutularak, örnekleme 1526 öğrenci (katılım oranı %85) dahil edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Veriler literatürden yararlanılarak hazırlanan öğrenci izlem formu ile toplanmıştır. Öğrenci izlem formunda; öğrencinin tanıtıcı özellikleri (yaşı, cinsiyeti, sınıfı, uyuşu), günlük aktivite süreleri (televizyon ve bilgisayar/telefon başında geçirdikleri süreler, günlük uyku süresi, gün içerisinde hareketli oyun oynayarak ve spor yaparak geçirdiği süreler) sorgulanmıştır. Öğrencilerin boy uzunluğu (cm) ve vücut ağırlığı (kg) ölçümleri yapılarak bu forma kayıt edilmiştir.

Vücut ağırlığı ölçümleri öğrencilerin ceket ve üstlerindeki fazla giysiler çıkarılarak, ayakkabısız olarak, elle taşınabilir 0.5 kg'a duyarlı baskül ile yapılmıştır. Boy uzunluğu ölçümleri duvara sabitlenmiş mezura ile öğrencilerin sırtı duvara gelecek şekilde, ayakkabıları çıkartılarak, baş, kalça, ayak topukları duvara değecek şekilde ve Frankfort düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) iken ölçülmüştür. Çocukların boy uzunlukları ölçülürken bulunan değer en yakın 0.1 cm'lik değere yuvarlanmıştır. Öğrencinin boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri ile BKİ (kg/m²) hesaplanmış ve Neyzi ve ark. (2008) standartlarına göre çocuğun yaşı, cinsiyeti ve BKİ'leri dikkate alınarak persentil değerleri belirlenmiştir. Persentil değeri; <5.persentil düşük, 5.-85.persentil normal, 85.-95. persentil fazla kilolu ve >95 persentil obez olarak sınıflandırılmıştır (11). Bu çalışmada Neyzi ve ark. (2008)'nin sınıflaması göz önüne alınarak, 85.persentil altında kalanlar "obez olmayan" ve üzerindeki "fazla kilolu ve obez" şeklinde tanımlanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16 paket programı kullanılarak, sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma ve χ^2 analizi yapılmıştır.

Araştırma Etiği

Etik kurul izni (tarih: 13.04.2016, sayı:2016-140), İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin ve okul yönetimi tarafından velilere bilgilendirme yapılarak veli izinleri alınmıştır. Bu araştırma Ege Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.

Bulgular

Çocukların yaş ortalaması 8.35 ± 1.28 yıl, %50.2'si kız öğrenci ve %5.2'si Suriye uyrukludur. Çocukların ortalama BKİ 16.53 ± 2.65 kg/m^2 (min= 10.22 kg/m^2 , mak= 39.06 kg/m^2). Çocukların %74.8'i normal, %8.7'si düşük kilolu, %7.7'si fazla kilolu ve %8.8'i obez olarak saptanmıştır.

Kız çocukların %16.7'sinin, erkek öğrencilerin %16.3'ünün fazla kilolu ve obez olduğu saptanmıştır. Fazla kilolu ve obez olma açısından cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Suriye uyruklu çocuklarda fazla kilolu ve obez olma durumu

%13.8 olarak saptanmış olup, farklı uyruğa sahip olma fazla kilolu ve obez olma durumuna istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 1). Suriye uyruklu kız öğrencilerin %15.8'sinin, erkek öğrencilerin %11.9'unun fazla kilolu ve obez olduğu saptanmıştır. Fazla kilolu ve obez olma açısından Suriye uyruklu öğrencilerde cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.254$, $p>0.05$).

Çocukların yaş grubu ve sınıf düzeyi arttıkça fazla kilolu ve obezite görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır ($\chi^2=8.432$, $p=0.015$; $\chi^2=9.520$, $p=0.023$) (Tablo 1).

Günlük aktivite süreleri ile (televizyon ve bilgisayar/telefon başında geçirilen süre, uyku süresi, hareketli oyun ve spor süresi) fazla kilolu ve obezite görülme sıklığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Sekiz saat ve altında uyuyanlarda fazla kilolu ve obez olma durumu %17.5 iken, 11 saat ve üzeri uyuyanlarda bu oran %14.2'dir. Gün içerisinde hareketli oyun oynamayanlarda fazla kilolu ve obezite görülme sıklığı %17.2 olup, bu oran 2 saat ve üzeri hareketli oyun oynayan çocuklarda %16.1'dir (Tablo 2).

Tablo 1. Çocukların özelliklerine göre fazla kilolu / obez olma durumları

Özellikler	Obez olmayan Sayı - (%)	Fazla kilolu ve obez olan Sayı - (%)	Toplam Sayı - (%)	Test
Cinsiyet				
Kız	638 (%83.3)	128 (%16.7)	766 (%50.2)	$\chi^2 = 0.836$ $p = 0.837$
Erkek	636 (%83.7)	124 (%16.3)	760 (%49.8)	
Uyruk				
Türk	1205 (%83.3)	241 (%16.7)	1446 (%94.8)	$\chi^2 = 0.468$ $p = 0.494$
Suriyeli	69 (%86.3)	11 (%13.8)	80 (%5.2)	
Yaş				
7 yaş ve altı	425 (%86.9)	64 (%13.1)	489 (%32)	$\chi^2 = 8.432$ $p = 0.015$
8-9 yaş	610 (%83)	125 (%17)	735 (%48.2)	
10 yaş ve üstü	239 (%18.8)	63 (%25)	302 (%19.8)	
Sınıf				
1. sınıf	390 (%87.8)	54 (%12.2)	444 (%29.1)	$\chi^2 = 9.520$ $p = 0.023$
2. sınıf	177 (%83.5)	35 (%16.5)	212 (%13.9)	
3. sınıf	415 (%81.9)	92 (%18.1)	507 (%33.2)	
4. sınıf	292 (%80.4)	71 (%19.6)	363 (%23.8)	
Toplam	1274 (%83.5)	252 (%16.5)	1526 (%100)	

Tablo 2. Çocukların günlük aktivitelerine göre fazla kilolu / obez olma durumları

Günlük aktiviteler	Obez olmayan Sayı - (%)	Fazla kilolu ve obez olan Sayı - (%)	Toplam Sayı - (%)	Test
Uyku süresi				
8 saat ve altı	184 (% 82.5)	39 (% 17.5)	223 (% 14.6)	$\chi^2 = 1.932$
9-10 saat	759 (% 59.6)	158 (% 17.2)	917 (% 60.1)	$p = 0.381$
10 saat ve üstü	331 (% 85.8)	55 (% 14.2)	386 (% 25.3)	
TV izleme süresi				
2 saat ve altı	1136 (%83.2)	229 (% 16.8)	1365 (%89.4)	$\chi^2 = 0.648$
3 saat ve üstü	138 (%85.7)	23 (%14.3)	161 (% 10.6)	$p = 0.421$
Hareketli oyun oynama				
Hiç	352 (% 82.8)	73 (% 17.2)	425 (%27.9)	$\chi^2 = 0.203$
1 saat	593 (% 83.6)	116 (% 16.4)	709 (% 46.5)	$p = 0.903$
2 saat ve üstü	329 (% 83.9)	63 (% 16.1)	392 (% 25.7)	
Spor yapma				
Hiç	871 (% 84.3)	162 (% 15.7)	1033 (% 67.7)	$\chi^2 = 1.603$
1 saat	322 (% 81.7)	72 (% 18.3)	394 (% 25.8)	$p = 0.449$
2 saat ve üstü	81 (% 81.8)	18 (% 18.2)	99 (% 6.5)	
Bilgisayar				
2 saat ve altı	1231 (% 83.3)	246 (% 16.7)	1477 (% 96.8)	$\chi^2 = 0.669$
3 saat ve üstü	43 (% 87.8)	6 (% 12.2)	49 (% 3.2)	$p = 0.413$
Toplam	1274 (% 83.5)	252 (% 16.5)	1526 (% 100)	

Tartışma

Araştırmada çocukların yaklaşık %8'inin fazla kilolu ve yaklaşık %9'unun obez olduğu saptanmıştır. Ülkemizde farklı şehirlerde gerçekleştirilen çalışmalarda obezite prevalansı farklılık göstermektedir. Ankara'da bir ilköğretim okulunda ve lisede 6-17 yaş grubundaki 1510 çocuk ile yapılan çalışmada obez görülme oranı %4.8 olarak bulunmuştur (2). Savaşhan ve arkadaşlarının (2015) yaklaşık 4000 ilköğretim öğrencisiyle gerçekleştirdiği çalışmada, çocukların %11.1'i fazla kilolu ve %7.5'i obez olarak saptanmıştır (12). Kayseri'de bir ilkokulda öğrencilerin %12.4'ünün fazla kilolu, %6.5'inin obez olduğu belirlenmiştir (10). Ülkemizde üç farklı bölgede (İstanbul, Iğdır, Muğla) ilköğretim okullarında 1134 öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmada, %10.8'inin fazla kilolu ve %5.3'ünün obez olduğu görülmüştür (13).

Bu çalışmada obezite görülme açısından cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer bulguya Metinoğlu ve ark. (2012), Öztürk ve Aktürk (2011), Süzek ve Arı (2010) ve Semiz ve ark. (2008) çalışmalarında da rastlanılmıştır (9,10,14,15). Yapılan başka çalışmalarda Süzek ve Arı (2005) ve Çınar (2013), erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda obez

olduğunu belirlemiştir (15,16). Ancak literatürde, kız çocuklarda obezitenin erkek çocuklara göre daha fazla oranda görüldüğü çalışmalar da bulunmaktadır (2,17,18,19).

Araştırma örnekleminde Suriye uyruklu öğrencilerde bulunmaktaydı ancak çocuklar arasında obezite görülme açısından bir fark yoktu. Nasreddine ve ark. (2009) tarafından obezite prevalansını ve Suriye'deki okul ergenleri arasındaki ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla Suriye'nin başkenti Şam'da 776 ergen (386 erkek ve 390 kadın) ile yapılan çalışmanın sonucuna göre; fazla kilolu ve şişmanlık prevalansı oranları sırasıyla % 18.9 ve % 8.6 olarak saptanmıştır (20). Doğu Akdeniz Bölgesi ülkelerinde (Cezayir hariç tüm Arap Ülkeleri) Musaiger (2011) tarafından yapılan sistematik derleme sonucunda; obezitenin tüm yaş gruplarında yükseldiği belirlenmiştir. Okul öncesi çocuklar arasında (<5 yaş) fazla kilo prevalansı % 1.9 ile % 21.9 arasında değişirken, okul çocukları arasında fazla kilo ve obezite prevalansı % 7 ile % 45 arasında değişmektedir (21).

Çocukların yaşı arttıkça obezite görülme sıklığının da arttığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Şimşek ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada da obezitenin okul dönemi çocuklarda yaşla birlikte

arttığına vurgu yapılmaktadır (2). Bu bulgulardan farklı olarak, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde 2009/2010 döneminde yapılan Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Davranışı (HBSC) çalışması sonuçları; 11 yaşındaki çocuklarda fazla kiloluluk ve obezite prevalansının % 11-33, 13 yaşındaki çocuklarda % 12-27 ve 15 yaşındaki çocuklarda % 10-23 arasında olduğunu göstermiştir (6).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 5-17 yaş grubu çocuklar için günde en az 60 dakika orta şiddette ve şiddetli fiziksel aktivite önerilmektedir. Bu yaş grubunda kas ve kemiklerin güçlenmesi için şiddetli fiziksel aktivitenin haftada en az üç kez yapılması gerektiği belirtilmektedir (6). Bu çalışmada çocukların günlük aktivite süreleri ile (televizyon ve bilgisayar/telefon başında geçirilen süre, uyku süresi, hareketli oyun ve spor süresi) fazla kilolu ve obez olma durumu arasında bir ilişki bulunmamıştır. Emlek Sert ve Bayık Temel (2017) tarafından yapılan araştırmanın sonucunda da, öğrencilerin okul bahçesinde oyun oynama davranışları, okul bahçesinde hareketli oyun oynama sıklığı ve okula ulaşım şekline göre kilo yönetimini gerçekleştirip gerçekleştirilmemeleri arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (22). Ancak televizyon izleme, bilgisayar/telefon ile oyun oynama gibi fiziksel aktiviteyi azaltan durumların obezite ile yakından ilişkili olduğu (23,24), fiziksel olarak inaktif olan çocuklarda obezitenin daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Bir araştırmada obez çocukların bir günde televizyon izleme süresinin yaklaşık dört saat olduğu belirtilmektedir (2). Başka bir çalışmada bilgisayar ve televizyon karşısında beş saat ve üzeri kalanların % 8.6'sı fazla kilolu, % 1'i obezdir. (24). Bu araştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemesine rağmen, gün içerisinde hareketli oyun oynamayan çocuklarda fazla kilolu ve obezite görülme sıklığı, iki saat ve daha fazla süre hareketli oyun oynayan çocuklara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Uskun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre de gün içinde iki saatten az oyun oynama ile BKİ değerlerinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (25). Sultana et al. (2019) tarafından Bangladesh'de gerçekleştirilen bir çalışmada aşırı kilolu ve obez olan çocuklarda hem sporda hem de ev dışı oyunlarda fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca aşırı kilolu ve obez olan çocukların büyük bir çoğunluğunun

günde bir saatten daha fazla televizyon izlediğini belirtilmiştir (26). Okul çocukluğu döneminden başlayarak yetişkinliğe kadar uzanan sağlıklı olumsuz etkileyen hareketsiz yaşam biçimi ülkemizde okul sağlığı ile ilgili 2010 yılı ulusal sağlık hedefleri içinde de "Çocukların okulda günlük fiziksel etkinliklere katılımlarının en az %50 artırılması" hedefi ile yer almıştır (27). Buna paralel şekilde Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı eğitim kurumlarında da çıkarılan "Okul Spor Faaliyetleri Yönetmeliği" ile öğrencilerin yurt içi ve yurt dışı spor faaliyetlerinin programlanması okullar arası spor yarışmalarının yürütülmesi ve oyun yolu ile beden eğitimi etkinliklerinin planlanması ve düzenlenmesi amaçlanmıştır (28).

Sonuçlar

Örneklem sayısının yüksek olduğu bu araştırmanın sonuçları fazla kilolu ve obez olma durumunun ilkökul çağındaki çocuklarda yaygın olduğunu ve önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında bu durumun artarak devam ettiğini göstermektedir. Obezite görülme durumu çocuğun yaşı ile birlikte artmaktadır. Bu nedenle obezitenin erken dönemde tanınması ve müdahalelerde bulunulması son derece önemlidir. Okul ortamı bu müdahalelerin gerçekleştirilmesine elverişli bir ortam olup, birincil korumayı esas alan okul sağlığı hizmetlerinde tarama, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin geliştirilmesine yönelik mevcut programların sürdürülebilir olması ve yeterliliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Okullarda ve birinci basamak hizmetlerde düzenli bir kayıt sistemi geliştirilerek, gelişme döneminde olan tüm okul çocukları için büyüme gelişme durumları (boy, kilo, BKİ) kayıt altına alınarak izlenmeli ve riskli öğrenciler erken dönemde belirlenerek, önlem alınmalıdır. Bu sağlık hizmetinin kesintisiz ve en uygun şekilde verilebilmesi için; ülkemizdeki özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ve okullarda çalışan okul sağlığı hemşirelerinin öğrencilerin BKİ durumlarını değerlendirmeleri, kilo yönetimi, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin önemi konularında öğrencileri bilgilendirmeleri önerilebilir.

Teşekkür

Araştırmanın yürütüldüğü okuldaki yöneticilere, öğretmenlere, araştırmaya katılan öğrencilere teşekkür ederiz. Araştırmayı destekleyen Ege Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne teşekkürlerimizi sunarız.

İletişim: Aslı Kalkım

E-posta: aslikalkim@gmail.com

Kaynaklar

1. Agras WS, Hammer LD, Mcnicholas F. Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr* 2004; 145: 20-25.
2. Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Başkan Gülnar S, Adıyaman P, Öcal G. Ankara'da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. *AÜTF Mecmuası* 2005; 58: 163-166.
3. World Health Organization (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. Childhood overweight and obesity. Erişim: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/> Erişim tarihi: 21.02.2019.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'de okul çağı çocuklarında (6-10 yaş grubu) büyümenin izlenmesi (TOÇBi) projesi araştırma raporu. Erişim: <https://docplayer.biz.tr/30539-Turkiye-de-okul-cagi-cocuklarında-6-10-yas-grubu-buyumenin-izlenmesi-tocbi-projesi-arastirma-raporu.html> Erişim tarihi: 14.01.2019.
5. Yaslı G, Turhan E, Tözün M, Ahi A, Doğanay S, Ülken Y. İzmir ili Karşıyaka ilçesinde ilköğretim 3. sınıf öğrencilerinde obezite sıklığı ve etkileyen etmenler. *STED* 2014; 23(5): 168-173.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı (2014 – 2017). Erişim: <https://docplayer.biz.tr/105083568-T-c-saglik-bakanligi-turkiye-halk-sagligi-kurumu-turkiye-saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-programi.html> Erişim tarihi: 14.01.2019.
7. Marks J, Barnett LM, Allender S. Is school community perception of student weight status a barrier for addressing childhood obesity? *Health Promot J Austr.* 2019; 30: 28–36.
8. Kim SH, Kim GS. Ecological factors affecting obesity among middle school students in South Korea. *J Sch Health.* 2019; 89: 181-190.
9. Semiz S, Özdemir ÖMA, Sözeri Özdemir A. Denizli merkezinde 6-15 yaş grubu çocuklarda obezite sıklığı. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2008; 1: 1-4.
10. Öztürk A, Aktürk S. İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. *TAF Prev Med Bull* 2011; 10(1): 53-60.
11. Neyzi O, Furman A, Bundak R, Gunoz H, Darendeliler F, Bas F. Growth References for Turkish Children Aged 6 to 18 years. *Acta Paediatr* 2006; 95(12): 1635-41.
12. Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan Ü, Erdal M. İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Aile Hek Derg* 2015; 19(1):14-21.
13. Kayıran GP, Taymaz T, Kayıran SM, Memioğlu N, Taymaz B, Gürakan B. Türkiye'nin üç farklı bölgesinde ilköğretim okulu öğrencilerinde kilo fazlalığı, obezite ve boy kısalığı sıklığı. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2011; 45(1): 13-18.
14. Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y. Kastamonu'da 10-12 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg* 2012; 3(2): 117-123.
15. Süzek H, Arı Z, Uyanık BS. Muğla'da yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. *Türk J Biochem* 2005; 30(4):290-295.
16. Çınar S. Farklı Sosyoekonomik düzeylerdeki 7-14 yaş grubundaki çocuklarda obezitenin incelenmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi.* 2013.
17. Atamtürk D. (2009). Alt Sosyoekonomik Düzeyde Yer Alan Çocuklarda Aşırı Kiloluğun ve Obezitenin Yaygınlığı. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 15(2): 10-14.
18. Şimşek Ş., Ulukol B., Berberoğlu M., Başkan Gülnar S., Adıyaman P, Öcal G. (2005). Ankara'da Bir İlköğretim Okulu ve Lisede Obezite Sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 58:163-166.
19. Savaşhan Ç., Sarı S., Aydoğan Ü., Erdal M. (2015). İlkokul Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Aile Hek Derg.* 19 (1): 2-9. doi: 10.15511/tahd.15.01002.
20. Nasreddine L., Mehio-Sibai A., Mrayati M., Adra N., Hwalla N. (2009). Adolescent obesity in Syria: Prevalence and associated factors. *Child Care Health and Development.* 36(3):404-13. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.01042.x.
21. Musaiger A.O. (2011). J Obes. Overweight and Obesity in Eastern Mediterranean Region: Prevalence and Possible Causes. doi: 10.1155/2011/407237.
22. Emlak Sert Z, Bayık Temel A. İlköğretim öğrencilerinin kilo yönetiminde ilişkili faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg.* 2017; 10(1):13-21.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Ankara. 2. Basım. 2014. Syf: 14. Erişim: https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_01/27102602_TYrkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf Erişim tarihi: 09.04.2019.
24. Metinoğlu İ., Pekol S., Metinoğlu Y. Kastamonu'da 10-12 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 3(2): 117-123.
25. Uskun E, Ozturk M, Kisioglu AN, Kırbıyık S, Demirel R. İlköğretim öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen risk faktörleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 12(2): 19-25.
26. Sultana N, Afroz S, Tomalika N, Momtaz H, Kabir H. Prevalence of Childhood obesity and undernutrition among urban school children in Bangladesh. *J Biosoc Sci.* 2019; 51: 244–253.
27. Pekcan H. Adölesan sağlığı. Güler Ç, ed. *Halk Sağlığında Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları.* Ankara. 2006. 453-469.
28. Okul Spor Faaliyetleri Yönetmeliği. 5 Kasım 2013 tarih ve 28812 sayılı Resmi Gazete Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/11/20131105-18.htm> Erişim tarihi: 09.04.2019.



Bürge Atılğan¹, Gülşen Taşdelen Teker², Barış Sezer³, Metin Yeşiltepe⁴, Orhan Odabaşı⁵

DOI:10.17942/sted.617927

Geliş/Received : 10.09.2019

Kabul/Accepted : 24.12.2019

Öz

Giriş: Eğitim süreçlerinin neredeyse tamamını hastanede geçiren tıpta uzmanlık öğrencileri için eğitim ortamlarının öğrenmeye çok büyük katkısı vardır. İyi bir eğitim ortamında, hizmet sunumu için yapılan hasta odaklı tıbbi uygulamalar da eğitim fırsatına dönüşebilir.

Amaç: Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi'nde mezuniyet sonrası tıpta uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlilerinin içinde buldukları klinik eğitim ortamı ile ilgili algılarının ve bu algıların çeşitli değişkenlerle ilişkisinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hacettepe Üniversitesi cerrahi ve dahili bilimler araştırma görevlileri çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcıların demografik bilgilerinin alınmasının yanı sıra Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği (MSHEOÖ) uygulanmıştır. Ölçek puanlarının bazı değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 28 klinik anabilim dalından 212 kişi katılmıştır. Araştırma görevlilerinin neredeyse yarısı, alanda edindikleri bilgiyi kıdemli araştırma görevlilerinden edindiğini belirtmiştir. Kıdemin, çalışılan branşın, hizmet yoğunluğunun klinik eğitim ortamı algısında etkisi olduğu izlenmiştir.

Sonuç: Klinik eğitim ortamları iyi hekimler yetiştirmede oldukça değerlidir. Hangi faktörlerin klinik eğitim ortamı algısına etkisi olduğunu ortaya çıkaracak çalışmalar yapılmalıdır. Eğitim ortamları düzenlenirken araştırma görevlilerinin çalışma şartları, akademik beklentileri, psikososyal gereksinimleri gibi konular da göz önünde bulundurulmalı, sunulan hasta hizmeti eğitim fırsatına dönüştürülmelidir.

Anahtar sözcükler: Mezuniyet sonrası eğitim, Klinik eğitim ortamı, Araştırma görevlileri görüşleri

Abstract

Introduction: For residents who spend their training periods almost entirely in hospitals, educational environments have a great contribution to learning. In a positive educational atmosphere, patient-centered medical practices performed for service provision can also be turned into a learning opportunity.

Objective: In this study, it was aimed to reveal the perceptions of the residents at Hacettepe University about their clinical education environment and the relationship between their perceptions and various variables.

Materials and Methods: Surgery and internal medicine residents at Hacettepe University were included in the study. Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) was administered along with the demographic information questionnaire to collect data. The relationship between the PHEEM scores and some variables was analysed.

Findings: 212 people from 28 clinical departments participated in the study. Almost half of the residents stated that they have learned clinical knowledge from senior residents. It was observed that seniority, clinical department and patient service load are some factors that have an impact on the perception of the educational environment.

Conclusion: Clinical education environments are quite valuable in training qualified physicians. Studies designed to reveal which factors influence the perception of the clinical educational environment should be conducted. While organizing educational environments, the issues such as residents' working conditions, academic expectations and psychosocial needs should also be taken into consideration, the services provided to patients should be transformed into training opportunities.

Key words: Postgraduate education, Clinical training environment, Residents' opinions

1 Arş. Gör. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara (Orcid No: 0000-0002-2800-4957)

2 Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara (Orcid No: 0000-0003-3434-4373)

3 Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara (Orcid No: 0000-0002-3436-1758)

4 Arş. Gör. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıbbi Farmakoloji AD, Ankara (Orcid No: 0000-0002-0456-3332)

5 Prof. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara (Orcid No: 0000-0002-3338-0245)

Giriş

Yüksek kalitede sağlık hizmeti sağlanması hasta güvenliği için temel gerekliliktir. Sağlık geliştirilmesi yönünde hizmet sağlayacak olan tıp eğitimi, toplum için sağlık sisteminin en önemli hedeflerinden biridir (1,2). Tıp eğitimi, mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli mesleki gelişimi içeren bir süreklilik içinde ele alınmakta ve planlanmaktadır (3). Son yıllarda, mükemmel hekim yetiştirme çabası ve hedefiyle mezuniyet öncesi eğitimin yanı sıra mezuniyet sonrası eğitim ile ilgili çeşitli tartışmalar ve değişim gerekliliği giderek artan bir baskı ve beraberinde motivasyon oluşturmaktadır. Derinlemesine öğrenme gereksinimi, temel konularda ustalaşma, farklı konularda seçmeli ders önerileri; geleneksel uzmanlık eğitiminin yanında profesyonel davranış, diğer sağlık meslek mensuplarıyla meslekler arası iş birliği, hasta güvenliği, profesyonellik gibi yeni konuların eklenmesi ve önemsenmesi, diğer meslek gruplarının sağlık alanına katkılarının öneminin vurgulanması gibi yeni beklentilerle eğitim sürecinin zorluğunu ve önemini arttıran pek çok unsur vardır (4).

Türkiye'de Mezuniyet Sonrası Eğitim

Türkiye'de 6 yıllık tıp fakültesi eğitimi tamamlayan hekimler uzmanlık eğitimi almak için merkezi sistemle yapılan tıpta uzmanlık sınavına (TUS) girerek aldıkları puanlara göre tercih ettikleri alanlarda uzmanlık eğitimi alabilmektedirler. Klinik uzmanlık yapan araştırma görevlileri eğitimlerinin çoğunu hastane ortamlarında işe dayalı öğrenme (work based learning) şeklinde sürdürmektedirler. Mezuniyet sonrası klinik eğitim programları 3 ile 7 yıl arasında değişmektedir.

Ülkemizde uzun yıllar mezuniyet sonrası tıp eğitimleri, yapılandırılmış programlardan yoksun, hizmet sunumu ile baş etmeye çalışan uzmanlık öğrencileri ile yürütülmekteydi. Fakat artık mezuniyet öncesi dönemde olduğu gibi tıpta uzmanlık eğitiminin standardizasyonu ve iyileştirme çalışmaları giderek önemsenmektedir. Tıp fakültelerinde ve eğitim araştırma hastanelerinin çoğunda uzmanlık eğitimi iyileştirmeye yönelik eğitim komisyonları kurulmuştur. Bu çabanın temelindeki amaç, uluslararası standartları yakalamaktır. Bu gereksinimle Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi

(TUKMOS) oluşturulmuştur (5). Her bir uzmanlık dalı için eğitim standartlarını belirlemek ve programları oluşturmak amacıyla TUKMOS altında bir komisyon kurulmuştur. TUKMOS uzman hekimlerin temel yetkinlik alanlarını yönetici, ekip üyesi, sağlık koruyucusu, iletişimci, değer ve sorumluluk sahibi, öğrenen ve öğreten, hizmet sunucusu olarak tanımlamıştır (5).

Uzmanlık eğitiminin özellikleri

Uzmanlık eğitimi, tıpta uzmanlık öğrencisine rehberlik ve gözetim altında sunulan organize eğitim programıdır. Bir yandan toplumun sağlık gereksinimlerine göre şekillendirilerek hastaların güvenli ve uygun sağlık hizmeti almalarını garanti altına alırken öte yandan, araştırma, eğitim, alt yapı ve eğitici olanaklarıyla araştırma görevlilerinin mesleki ve kişisel gelişimini sağlar (6).

Kilroy'a göre uzmanlık eğitimiyle ilgili durum aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır (4):

- Zaman baskısı,
- Eğitici seçiminde ve eğitimlerinde nitelik sorunları,
- Performans değerlendirme,
- Çıktı ölçütlerine gereksinim.

Harden ise mezuniyet sonrası eğitimden beklenen temel özellikleri şöyle sıralamıştır (4):

- Formal ve informal öğeleri içeren sürekli gelişim içinde olan ilerleyici bir program,
- Yetkin, alanında uzman eğitici ve uygun eğitim ortamı,
- Dengeli klinik sorumluluk, görevler ve eğitim etkinlikleri,
- Eğitim için tanımlanmış zamanlar,
- Proaktif süpervizyon ve geribildirim,
- Önceden belirlenmiş, tanımlanmış mezuniyet hedefleri.

Klinik eğitimin önemi

Klinik eğitim, tıp eğitiminin ayrılmaz bir parçası olduğu kadar bir hekimin mesleki yaşamının bir parçasıdır. Klinik ortamda öğrenmenin çok sayıda güçlü yanı vardır. Gerçek mesleki uygulama içinde gerçek problemlere dayanır ve bu özelliği öğrenenleri motive eder. Eğiticiler, mesleki düşünce, davranış ve tutumlarıyla öğrenenlere rol model olurlar. Özetle klinik öğrenme ortamları öykü alma, fizik muayene, klinik akıl yürütme, karar verme, empati ve profesyonellik becerilerinin bütünlük olarak öğretilbildiği ve öğrenilebildiği tek yerdir. Bu güçlü yanlarının yanı sıra;

- Zaman baskısı,
- Farklı beklentiler (klinikte eğitim, idari görevler, araştırma yapma beklentisi),
- Eğitimin plansız olması,
- Öğrenci sayısının fazlalığı,
- Hasta sayısının az olması (hastane kalış sürecinin kısalığı; hastaların durumunun ağır olması; hastaların rıza göstermemesi),
- Kaynak yetersizliği,
- Klinik ortamın "öğretim dostu" olmaması,
- Eğiticiler için ödül ve teşvik uygulamalarının olmaması gibi nedenler de klinikte öğretimi zorlaştırabilecek faktörlerdir (7).

Eğitim ortamı

Klinik uzmanlık eğitiminde eğitim ortamı, tüm bileşenlerle etkileşim içinde yer alan önemli bir boyuttur. Eğitim ortamının program içeriği kadar öğrenme süreçlerinin doğasını belirlemede anahtar rol oynadığı belirtilmektedir. Bunun sebebi, belli bir kurumda eğitim ortamının unsurlarının ve öğrenenler tarafından nasıl algılandığının değerlendirilmesi, öğrenenlerin eğitim deneyimlerinde nelerin değiştirilmesiyle öğrenme hedeflerine ulaşabileceklerini anlama fırsatı sunmasıdır (8). Eğitim ortamı, fiziki çevreyi (fiziki olanaklar, konfor, yiyecek, konaklama), duygusal ortamı (yapıcı geribildirim içeren, güvenli, destek barındıran ve zorbalık barındırmayan) ve entelektüel ortamı (hasta bakımı, kanıta dayalı öğretim, motivasyon, aktif katılım, öğrenenlere yönelik planlanmış eğitimler) içerir (9,10).

Eğitim ortamı genelde iklim veya atmosfer olarak da adlandırılır, öğrenmenin gerçekleşme süreçlerine etki eden faktörleri açıklar (11). Olumlu bir klinik eğitim ortamı için önemli olan bileşenler; eğiticilerin niteliği, eğiticilerin eğitim ve değerlendirme yaklaşımları, öğrenci-egitici ilişkisi, eğitim programının yapısı ve olumlu öğrenme süreçleri olduğu belirtilmektedir (12,13).

Eğitim ortamı, sadece klinik öncesi tıp fakültesi öğrencileri için değil, aynı zamanda mezuniyet sonrası eğitim süreci için de büyük önem taşımaktadır (13). Cross ve ark. başarılı kariyer ve mesleki gelişimde eğitim ortamının önemini vurgulamışlardır. Ayrıca eğitim ortamının belli düzeyde standartlarla tanımlanıp sürekli izlenmesi ve standartlarının korunması gereklidir (14). Birleşik Krallık Mezuniyet Sonrası Eğitim Komitesi (SCOPME)'ne göre de öğrenmeye destek olan bir

olumlu öğrenme iklimi, başarılı bir eğitim için kritik öneme sahiptir (8).

Eğitim programı hazırlanırken üzerinde en çok emek verilen içerik kadar öğrenci ve eğiticilerde eğitim kurumunun eğitim ortamının nitelikleri konusunda da farkındalığının yaratılması önemlidir. Eğitim ortamı çok rekabetçi mi? Otoriter mi? Rahat mı? Yoksa çeşitli şekillerde stresli mi, hatta belki de korkutucu mu? Bunlar, öğrenme deneyiminin doğasını belirlerken değerlendirilmesi gereken önemli sorulardır (8).

Eğitim ortamının bilgi edinmeye, öğrenmeye, düşündürmeye çok büyük katkısı vardır (15). İyi bir eğitim ortamı, öğretim ve öğrenim fırsatlarının iyi planlandığı, hasta odaklı, tıbbi uygulamalarla hizmetin eğitim fırsatına dönüştürüldüğü bir ortamdır (16).

Öğrencilerin eğitim sürecinden memnuniyetleri ve başarıları eğitim ortamının durumuna bağlıdır (17). Daha iyi bir eğitim için, mezuniyet sonrası eğitim alanların gözlendiği, denetlendiği, yetiştirildiği ve eğitildiği olumlu bir öğrenme ortamı ve etkili bir eğitim programı gereklidir. Tüm bunların sağlanması da sonuçta daha iyi hasta bakımını beraberinde getirmektedir (18). Mezuniyet sonrası klinik eğitim alan araştırma görevlilerinin aldığı eğitimin neredeyse tamamı hastane içinde gerçekleşmektedir.

Klinik öğrenmede hastane ortamı, işe dayalı öğrenmenin ve tıp eğitiminin en önemli bileşenidir (19,20). Bu nedenle, hastane ortamında (yataklı servis, poliklinik, ameliyathane gibi ortamlarda) hizmet sunumu sırasında yapılan öğretim etkinliklerinin uygun bir şekilde planlanmaması, pek çok tıbbi hatanın kaynağı olabilir (35).

Bir eğitim veya öğrenim ortamının belirli ölçütler göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi, eğitim programlarının kalitesini değerlendirmek için güçlü yönleri, zayıf yönleri ve iyileştirme için öncelikli alanlarının belirlenmesi açısından önemli bir yaklaşım haline gelmelidir (20,21). Belli bir kurumdaki eğitim ortamının öğelerinin anlaşılması ve öğrenen algılarının değerlendirilmesi, bu ortamlarda öğrenenlerin eğitim deneyimlerinde nelerin değiştirilmesiyle öğrenme hedeflerine ulaşmalarının kolaylaşacağını anlama fırsatı sunar (8). Ülkemizde de mezuniyet sonrası eğitimlerle ilgili araştırma görevlileri görüşlerinin yer aldığı

çalışmalarda, eğitimdeki yetersizlikler, alt yapı eksiklikleri, süreçte yaşanan aksaklıklar ve çözüm önerileri pek çok çalışmayla ortaya konmaya çalışılmıştır (6,22-24).

Eğitim ortamlarının değerlendirilmesinde kullanılabilir çok sayıda araç, 2010 yılında Soemantri ve arkadaşları tarafından incelenmiştir. Bu araçlar, farklı eğitim ortamları için uygunlukları göz önünde bulundurularak tasarlanmıştır ve bunların bir eğitim ortamının ölçülmesinde güvenilir olduğu kadar geçerli olduğu kanıtlanmıştır (21). Eğitim programlarında iyileştirmeyi hedefleyen çeşitli ülkelerde birçok araç geliştirilmiştir. Hastanelerdeki eğitim ortamlarının değerlendirilmesi için ise Mezuniyet sonrası Hastane Eğitim Ortamları Ölçeği (PHEEM) kullanılmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi'nde mezuniyet sonrası tıpta uzmanlık eğitimi gören araştırma görevlilerinin içinde buldukları klinik eğitim ortamı ile ilgili algıları ve bu algıların çeşitli değişkenlerle ilişkisinin ortaya koyulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Araştırma görevlilerinin içinde buldukları klinik eğitim ortamı ile ilgili algıları nasıldır ?
2. Araştırma görevlilerinin içinde buldukları klinik eğitim ortamı ile ilgili algıları;
 - a. Cinsiyete, b. Yaşa,

- c. Cerrahi/dahili bilimlerde eğitim görme durumuna,
 - d. Kıdeme,
- göre değişmekte midir?

Yöntem

Araştırma Yöntemi

Bu çalışma kesitsel nitelikte tarama çalışmasıdır. Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan "15.05.2018 tarih ve 16946" sayılı onay alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onam formu ile onayları alınmıştır.

Çalışma Grubu

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde yer alan klinik bilimlerde tıpta uzmanlık eğitimlerine devam eden öğrenciler üzerinde yürütülmüştür. Cerrahi bilimlerden tıbbi patoloji ile dahili bilimlerden tıbbi genetik, halk sağlığı ve tıbbi farmakoloji anabilim dallarında öğrenim gören tıpta uzmanlık öğrencileri, eğitim ortamlarının klinik olmaması ve hasta ile temas etmemelerinden dolayı bu çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın yürütüldüğü 2017-2018 eğitim-öğretim yılında cerrahi bilimlerde 157 ve dahili bilimlerde 366 olmak üzere toplam 523 araştırma görevlisi öğrenim görmektedir. Ancak, çalışmada kullanılan ölçeği elektronik ortamda dolduran cerrahi bilimlerden 74 ve dahili bilimlerden 138 olmak üzere toplam 212 öğrenci araştırmaya katılmıştır. Araştırmaya katılım oranı

Tablo 1. Araştırma görevlilerinin demografik bilgileri

Değişken	Değişkenin kategorileri	f	%
Cinsiyet	Kadın	113	53,3
	Erkek	99	46,7
Yaş	25 ve altı	11	5,23
	26-30	178	84,76
	31 ve üstü	21	10
Görev yaptığı bilim dalı	Dahili Bilimler	138	65,1
	Cerrahi Bilimler	74	34,9
Kıdem	0-12 ay	54	25,5
	13-24 ay	48	22,6
	25-36 ay	52	25,5
	37-48 ay	40	18,9
	49 ay ve üstü	18	8,5
Alanda edinilen bilgi kimden/nereden	Kitap	39	18,4
	Dergi	2	0,9
	Kıdemli araştırma görevlisi	97	45,8
	Öğretim üyesi	37	17,5
	Hekim dışı sağlık personeli	1	0,5
	Elektronik ortamdaki kaynaklar	36	17
Toplam		212	100

cerrahi bilimlerden %47 iken dahili bilimlerde bu oran %38'dir. Genel katılım oranı ise yaklaşık %41'dir. Cinsiyet, yaş, görev yapılan bilim dalı, kıdem ve alanda edinilen bilgiyi kimden/nereden edindikleri ilişkin görüşleri açısından katılımcılar Tablo 1'deki gibi bir dağılım göstermektedir. İki katılımcı yaşını belirtmemiştir.

Çalışma grubundaki katılımcıların büyük bir oranının 26-30 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Bu yaş aralığına bakıldığında katılımcıların tıp fakültesini bitirdikten sonra, çok fazla ara vermeden uzmanlık eğitimlerine başladıkları söylenebilir. Uzmanlık alanlarına göre değişmekle birlikte dört ile beş yıl süren tıpta uzmanlık eğitimlerindeki kıdemlerine göre katılımcıların dengeli bir dağılım gösterdikleri ve her kıdem derecesinde katılımcının çalışma grubunda yer aldığı görülmektedir.

Veri Toplama Aracı

Çalışmanın verileri, iki bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılarak toplanmıştır. Birinci bölümde katılımcılara yaş, cinsiyet, görev yapılan bilim dalı ve kıdeme ilişkin demografik bilgiler sorulmuştur. Bunun yanı sıra alanda en çok bilgiyi kimden edindikleri ve kurumlarındaki eğitim-hizmet dengesine ilişkin de bilgi toplanmıştır. İkinci bölümde ise katılımcılara Mezuniyet Sonrası Hastane Eğitim Ortamı Ölçeği-MSHEOÖ (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure- PHEEM) uygulanmıştır.

MSHEOÖ, Roff, McAleer ve Skinner (36) tarafından klinik eğitim ortamının değerlendirilmesi için geliştirilip Balcioğlu (26) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak kestirilirken Türkçeye uyarlanmış halinin iç tutarlılık anlamında güvenilirlik katsayısı 0,94, test tekrar test güvenirliliği 0,79 olarak kestirilmiştir. Bu çalışma kapsamında kestirilen Cronbach alfa katsayısı ölçeğin bütününe ilişkin 0,96 iken alt mesleki özerklik algısı, eğitim algısı ve sosyal destek algısı alt boyutları için sırasıyla 0,8, 0,92 ve 0,82 olarak kestirilmiştir.

Ölçek, Mesleki Özerklik Algısı boyutunda 14 madde, Eğitim Algısı boyutunda 15 madde ve Sosyal Destek Algısı boyutunda 11 madde olmak üzere toplam 40 maddeyi kapsayan üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 0: kesinlikle katılmıyorum ve 4: kesinlikle katılıyorum aralığında 5'li Likert tipi bir derecelemeyle sahiptir. Ölçeğin bütününden alınabilecek puan 0-160 arasındadır.

Değerlendirme ölçütü olarak ölçekten alınan ortalama skor 0-40 arasında ise "çok yetersiz eğitim ortamı", 41-80 arasında ise "sorunlu eğitim ortamı", 81-120 arasında ise "olumlu ancak geliştirilmesi gereken eğitim ortamı", 121-160 arasında ise "mükemmel eğitim ortamı" şeklinde yorumlanmaktadır. Her bir alt boyut için bu değerlendirmelerin ayrı ayrı yapılabilmesi de mümkündür. Mesleki özerlik alt boyutu bağlamında 0-14 arası "çok yetersiz", 15-28 arası "yetersiz", 29-42 arası "yeterli" ve 43-56 arası "mükemmel" olarak değerlendirilmektedir. Eğitim alt boyutu için 0-15 arası "çok yetersiz", 16-30 arası "yetersiz", 31-45 arası "yeterli" ve 46-60 arası "mükemmel" olarak değerlendirilmektedir. Son olarak sosyal destek alt boyutu için 0-11 arası "yetersiz", 12-22 arası "memnuniyet verici özellikte değil", 23-33 arası "olumlu özellikleri daha baskın" ve 34-44 arası "öğrenmeyi destekleyen bir ortam" şeklinde yorumlanmaktadır.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmanın verileri Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonundan gerekli izinler alınarak 2018 yılında toplanmıştır. Ölçek, elektronik ortamda tıpta uzmanlık öğrencilerine uygulanmıştır. Elektronik olarak hazırlanan ölçme aracının başında öğrencilere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Elektronik ortamda kendilerine sunulan onam formunu okuyarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerini belirtmeleri istenmiştir. Ölçeği içtenlikle yanıtlamalarının geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edilebilmesi için son derece önemli olduğu da vurgulanmıştır.

Araştırmada analizler IBM SPSS 22.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın alt problemlerine yanıt bulmak amacıyla bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gibi istatistik tekniklerinden yararlanılmıştır.

Bulgular

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. İlk olarak, tıpta uzmanlık öğrencilerinin MSHEO ölçeğinden elde edilen puanlarının betimleyici istatistikleri sunulmuştur. Ardından MSHEO ölçeğinden elde edilen puanların çeşitli değişkenlere göre incelenmesi sonucu elde edilen bulgular alt başlıklar halinde sunulmuştur.

Betimleyici İstatistikler

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin MSHEO ölçeğinin

hem toplamından hem de ayrı ayrı alt boyutları için elde edilen betimleyici istatistikleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2’deki bulgulara göre, tıpta uzmanlık öğrencilerinin hastane eğitim ortamı için algılarının “olumlu ancak geliştirilmesi gereken eğitim ortamı”na karşılık geldiği görülmektedir (=82,25).

Bu değer “olumlu ancak geliştirilmesi gereken eğitim ortamı” değerlendirmesi için 81-120 puan aralığında alt sınıra çok yakın bir değer olduğu görülmektedir. Alt boyutlar bağlamında değerlendirildiğinde ise mesleki özerklik bağlamında “yeterli”, eğitim algısı bağlamında “yetersiz” ve sosyal destek bağlamında “memnuniyet verici özellikte değil” olarak saptanmıştır. MSHEO ölçeğinin bütününe ilişkin kestirilen ortalama madde puanı 2,0562 ±0,57674 olarak bulunmuştur. Alt boyutlar bağlamında elde edilen en yüksek ve en düşük ortalamaya sahip madde istatistikleri ise Tablo 3’te verilmektedir.

Tablo 3’e göre mesleki özerklik algısı alt boyutu için 9 numaralı maddenin en düşük 1 numaralı maddenin ise en yüksek; eğitim algısı alt boyutu için 3 numaralı maddenin en düşük 28 numaralı maddenin ise en yüksek; sosyal destek algısı alt boyutu için ise 26 numaralı maddenin en düşük 7 numaralı maddenin ise en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Mezuniyet sonrası hastane eğitim ortamı algı düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi
Çalışma kapsamında tıpta uzmanlık öğrencilerinin MSHEOÖ uygulanarak elde edilen mezuniyet sonrası hastane eğitim ortamı algıları çeşitli değişkenlere göre incelenmiştir.

Cinsiyete ilişkin bulgular

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin MSHEOÖ skorlarının cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Tablo 4’te verilen bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre ölçeğin tamamı için ortalama puanlarda kadın (=78,4425) ve erkek (=86,5960) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bulguya göre MSHEOÖ toplam skoru üzerinde cinsiyet değişkeninin bir fark yaratmadığı söylenebilir. Ölçeğin alt boyutları bağlamında ise özerklik alt boyutunda cinsiyet değişkeni bir fark yaratmazken eğitim ve sosyal destek alt boyutlarında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık söz konusudur.

Yaşa ilişkin Bulgular

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin MSHEOÖ skorlarının yaşa göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 5’te verilen analiz sonuçlarına göre, MSHEOÖ düzeylerinde yaşları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. [F(2,207)=0,929, p=0,397]. Bu durum ölçeğin alt boyutlarında da benzer şekilde çıkmıştır.

Tablo 2. MSHEO Ölçeğinden elde edilen betimleyici istatistikler

Değişkenler	n	Madde sayısı	Min	Max	\bar{X}	sd	
Hastane eğitim ortamı algısı	212	40	3	150	82,3	30,8	
Alt boyutlar	Mesleki özerklik algısı	212	14	1	54	28,9	11,2
	Eğitim algısı	212	15	0	58	30,9	13,0
	Sosyal destek algısı	212	11	0	42	22,4	8,1

Tablo 3. MSHEO Ölçeği alt boyutları bağlamında elde edilen en yüksek ve en düşük ortalamaya sahip madde istatistikleri

Alt boyut	Madde no	Madde	\bar{X}	sd
Mesleki özerklik algısı	9	Bilgilendirici bir asistan elkitabı vardır.		
	1	Uzmanlık eğitimime başlarken çalışma saatlerim hakkında bilgilendirildim.	0,82 2,77	1,14 1,24
Eğitim algısı	3	Çalıştığım klinikte eğitimime zaman ayırabiliyorum.	1,63	1,30
	28	Klinik eğiticilerimin eğitim ve öğretim becerileri iyidir.	2,42	1,22
Sosyal destek algısı	26	Nöbette çıkan yemekler iyidir.	0,57	,91
	7	Bu klinikte etnik ayrımcılık vardır.	3,41	1,09

Tablo 4. Cinsiyete göre bağımsız t testi sonuçları

Değişken	Cinsiyet	N	\bar{X}	sd	t	p
Ölçeğin tamamı	Kadın	113	78,4	29,3	1,934	0,054
	Erkek	99	86,6	31,9		
Özerklik alt boyutu	Kadın	113	27,9	10,8	1,44	0,151
	Erkek	99	30,1	11,7		
Eğitim alt boyutu	Kadın	113	29,2	12,4	2,06	0,040*
	Erkek	99	32,9	13,5		
Sosyal destek alt boyutu	Kadın	113	21,4	7,9	2,04	0,042*
	Erkek	99	23,6	8,1		

Tablo 5. Yaş değişkenine göre tek yönlü varyans analizi sonuçları

Ölçek	Varyansın Kaynağı	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	p
Ölçeğin tamamı	Gruplar arası	1765,004	2	882,502	0,929	0,397
	Gruplar içi	196703,662	207	950,259		
	Toplam	198468,667	209			
Özerklik alt boyutu	Gruplar arası	213,772	2	106,886	0,841	0,433
	Gruplar içi	26302,651	207	127,066		
	Toplam	26516,424	209			
Eğitim alt boyutu	Gruplar arası	206,827	2	103,414	0,610	0,544
	Gruplar içi	35094,868	207	169,540		
	Toplam	35301,695	209			
Sosyal destek alt boyutu	Gruplar arası	198,836	2	99,418	1,525	0,220
	Gruplar içi	13498,445	207	65,210		
	Toplam	13697,281	209			

Dahili/Cerrahi alanlarda eğitim alma durumuna ilişkin bulgular

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin MSHEOÖ skorlarının dahili/cerrahi alanlarda eğitim alma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Tablo 6'da verilen analiz sonuçlarına göre, MSHEOÖ düzeylerinde ölçeğin bütünü, özerklik alt boyutu ve eğitim alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Sadece sosyal destek alt boyutunda dahili ve cerrahi alanlarda eğitimlerini sürdüren uzmanlık öğrencilerinin elde edilen puanları farklılaşmamıştır.

Dahili tıp bilimleri uzmanlık öğrencileri toplam skor ortalaması $86,32 \pm 30,86$ iken cerrahi tıp bilimlerinde $74,65 \pm 29,45$ olarak bulunmuştur. Cerrahi araştırma görevlilerinin dahili bilimler araştırma görevlilerinden daha düşük puanlar aldıkları yani ortamla ilgili algılarının daha olumsuz olduğu görülmektedir. Cerrahi araştırma görevlilerinin ölçekten aldıkları toplam puanlarının değerlendirmede karşılığı "sorunlu eğitim ortamı"

iken, dahili bilimler araştırma görevlilerinin puanları "olumlu ancak geliştirilmesi gereken eğitim ortamı" aralığındadır. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin MSHEOÖ toplam ve üç alt boyuttaki skorlarının, uzmanlık eğitimi alanının dahili veya cerrahi dal olması ile ilişkisi araştırılmış, bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Ortalama puanlar Tablo 3'de gösterilmiştir. Toplam skorlardaki gibi alt gruplarda da dahili bilim dalları lehine yüksek olduğu görülmektedir.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin MSHEOÖ toplam puan ortalamaları ($n=212$) $82,25 \pm 30,81$ olarak bulunmuştur. Tüm grup için bu ortalama puanın değerlendirilmesi, tıpta uzmanlık öğrencilerinin eğitim ortamı için algılarının MSHEOÖ' de "olumlu ancak geliştirilmesi gereken eğitim ortamı" na karşılık geldiğini göstermektedir. Tüm grup için mesleki özerklik alt boyutu ortalaması ($n=212$) $28,9151 \pm 11,24574$ "yeterli", eğitim alt boyutu ortalaması ($n=212$) $30,9292 \pm 13,03839$ "yeterli", sosyal destek alt boyutu ise "olumlu özellikleri daha baskın" olarak bulunmuştur.

Kıdeme İlişkin Bulgular

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin MSHEOÖ puanlarının kıdeme göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, MSHEOÖ düzeyleri ile kıdem açısından anlamlı bir fark bulunmuştur [F(4, 207)=4,445, p=0,002]. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Tukey testi yapılmıştır. Bulgulara göre hem ölçeğin bütününde hem de özerlik, eğitim algısı ve sosyal destek alt boyutlarında kıdemi 25-36 ay olanlarla 0-12 ve 49 ay ve üzeri olanlarda farklılıklar tespit edilmiştir (Kıdemi 0-12 ay tüm ölçek=92,4; Kıdemi 25-36 ay tüm ölçek=73,40; Kıdemi >49 ay tüm ölçek=98,56).

Ölçme aracının son sorusu olan "Eğitim ortamının iyileştirilmesine yönelik ek öneriler ve katkılar" bölümüne verilen cevaplar değerlendirildiğinde ise katılımcıların görüşleri eğitim, nöbet ve iş yükü, öğretim üyeleri başlıkları altında aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Eğitim

- Poliklinik şartlarının iyileştirilmesi ve eğitim sağlanması
- Eğitim vizitleri yapılması
- Klinik içi eğitim saatleri oluşturulması
- Standart, kıdem düzeyine uygun bir eğitim programı uygulanması

Nöbet ve iş yükü

- Yasal çalışma koşulları ve saatlerine uyulması,
- Günaşırı nöbetin kalkması,
- Nöbet sonrası izin sağlanması,
- Nöbet odalarının şartlarının iyileştirilmesi,
- Hekimlik dışı sekretarya işleri yerine eğitime ve iletişime vakit ayrılması,
- Araştırma görevlisi sayısının artırılması,
- Yardımcı sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi.

Öğretim üyeleri

- Araştırma görevlilerinin meslektaş olarak görülmesi ve saygılı olunması,
- Topluluk içinde araştırma görevlilerinin rencide edilmemesi,
- Öğretim üyelerinin tecrübelerini paylaştığı eğitim ortamları oluşturulması,
- Araştırma görevlilerine motive edici geribildirimler verilmesi,
- Öğretim üyelerinin araştırma görevlilerinin eğitiminde daha aktif rol alması,
- Öğretim üyelerinin pratik eğitim vermesi,
- Eğiticilerin hevesli insanlardan seçilmesi,
- Araştırma görevlilerinin fikirlerini özgürce öğretim üyelerine söyleyebilmesine fırsat verilmesi,
- Performans ve özel muayeneye son verilmesi eğitime vakit ayrılması.

Tartışma ve Sonuç

Araştırmamızın katılımcıları hem dahili hem de cerrahi bilim alanlarını temsil etmektedir. Literatür incelendiğinde MSHEOÖ kullanılan benzer çalışmalarda birçok klinik uzmanlık alanlarının dahil edildiği çalışmalar (18, 26-28) olduğu gibi tek bilim dalı için yapılmış çalışmalar olduğu da gözlenmektedir (11,29-32). Çalışmamıza 16 dahili bilim dalından 138 araştırma görevlisi, 12 cerrahi bilim dalından 74 araştırma görevlisi; özetle toplamda 28 bilim dalından 212 kişi katılmıştır. Bu açıdan çalışmamızın, daha önce yapılan araştırmalardan fazla sayıda klinik departmanı içermesi nedeniyle çok daha kapsayıcı olduğu söylenebilir. Cinsiyet değişkeni açısından literatürde farklı bulgulara ulaşılmıştır. Bazı çalışmalar (11,35) erkeklerin algı düzeylerinin daha yüksek olduğunu söylerken bazılarında (26) bizim araştırmamızdaki gibi herhangi bir farklılık bulunmamıştır. Her ne kadar ölçeğin bütününe ilişkin bir farklılık olmasa da alt boyutlarda kadınların eğitim algısı ve sosyal destek algısının

Tablo 6. Dahili/cerrahi alanlara göre bağımsız t testi sonuçları

Değişken	Bilim Dalı	N	\bar{X}	sd	t	p
Ölçeğin tamamı	Cerrahi	74	74,6	29,5	2,668	0,008*
	Dahili	138	86,3	30,9		
Özerklik alt boyutu	Cerrahi	74	25,4	10,5	3,424	0,001*
	Dahili	138	30,8	11,2		
Eğitim alt boyutu	Cerrahi	74	27,8	12,4	2,573	0,011*
	Dahili	138	32,6	13,1		
Sosyal destek alt boyutu	Cerrahi	74	21,4	7,9	1,288	0,199
	Dahili	138	22,9	8,1		

düşük olduğu görülmektedir. Kadınların toplumsal cinsiyet ve getirdiği rollerle aldığı sorumluluklar iş ortamı ve akademik ortamda zorluk yaşamasına neden olabilmektedir (38). Kadın araştırma görevlilerine yüklenen toplumsal rollerden özellikle annelik rolü, kadın araştırma görevlilerinin erkek araştırma görevlilerinden görece düşük olan eğitim ve sosyal destek algılarının gerekçesi olabilir. Kadınlar özelinde yapılacak derinlemesine çalışmalar bu durumun netleştirilmesini sağlayabilir. Çalışmamızda cerrahi klinik araştırma görevlilerinin mesleki özerklik ve eğitim algısı dahili bilimlere göre anlamlı bir şekilde düşük çıkmıştır. Literatürde klinik alanlardaki iş kültüründeki farklılıkların, disiplinlerin kendine özgü doğası ile ilgili olarak kısmen öğrenim ortamına yansiyebileceği yer almaktadır. Örneğin, cerrahi disiplinlerde dahili bilimlere göre eğitim sürecinde daha uzun süre gözetim altında vakit geçirmek gerekir. Bu da algılanan özerklik düzeyini etkileyebilir (33,34). Cerrahi birimler, ameliyathaneler yüksek riskli üniteler olarak tanımlanmaktadır. Operasyonlarda geçirilen uzun süreler ve hastaların hayati riskleri çalışanlarda yüksek kaygıya neden olmaktadır (39). Bu kaygı ve stres durumu cerrahi eğitim sürecinde yüksek riskli ünitelerde çalışan araştırma görevlilerinin mesleki özerklik ve eğitim algısının daha düşük olmasını açıklayabilir. Literatürde bazı çalışmalar (11,35) kıdem arttıkça klinik eğitim ortamı algısında azalma olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda da orta kıdemli olanların az kıdemli ve yüksek kıdemli olanlara göre klinik eğitim ortamı algıları oldukça düşük çıkmıştır. Bu durum artan kıdemle beklenti ve algıların değiştiğini göstermektedir. Çalışmamızda araştırma görevlilerinin neredeyse yarısı alanda edindikleri bilgiyi kıdemli araştırma görevlilerinden edindiğini belirtmiştir. Bu sonucun öğretim üyeleriyle tartışılması değerlidir. Mezuniyet sonrası eğitimde temel iki özne eğitici ve öğrenendir. Öğrenenlerin giriş düzeyleri ne olursa olsun, eğitimin sonunda eğitim alan herkesin belirlenen yeterliklere ulaşılabilmesi için uygun bir program, uygun bir çevre ve yetkin eğitimcilere ihtiyaç vardır. Akademide öğretim üyelerinin kıdemleri arttıkça eğitsel aktivitelerden çekilmektedirler. Öğretim üyelerinin önceliği eğitim yerine özel vaka, özel muayene ve ameliyathaneler olmakta ve araştırma görevlilerinin kıdemli eğitimcilerle geçirdiği zaman azalmaktadır. Araştırma görevlilerinin özellikle uygulamalı eğitimlerinde aksaklıklar

yaşanmaktadır. (37). Anketimizin son kısmında eğitim ortamının iyileştirilmesine yönelik önerilerin açık uçlu olarak paylaşılmasını istediğimiz bölümde araştırma görevlileri eğitime verilen değer ve eğitim için ayrılan zamanın artırılmasını, öğretim üyelerinin motivasyonları yüksek ve mentorluk yapmaya istekli kişilerden oluşması gerektiği önerilerinde bulunmuşlardır.

Öneriler

Çalışmamıza katılan araştırma görevlileri, öğretim üyelerinin mezuniyet sonrası eğitim süreçlerine eğitici olarak sağladıkları katkıların artırılması ve eğitim sürecinde görev yapmaya motive edilmelerine yönelik öneriler getirmişlerdir. Öğretim üyelerinin akademik çalışma ve hizmet sunumunun yanı sıra eğitime katkılarının izlenmesinin ve ödüllendirilmelerinin eğitimcilik motivasyonlarının artmasına olanak sunacağı düşünülmektedir. Kliniklerde araştırma görevlilerinin eğitim süreçlerine, rol ve sorumluluklarına ilişkin rehberlerin hazırlanması araştırma görevlilerinin oryantasyonunu kolaylaştıracak ve eğitim sürecinin verimliliğine katkı sunacaktır. Bu sebeple, her kliniğin araştırma görevlilerine hem hizmet hem eğitim sürecinde kılavuzluk edecek materyaller hazırlanması önemlidir. Araştırma görevlileri tarafından en çok yakınılan durumlardan biri de eğitime zaman ayıramamasıdır. Nitelikli uzman hekim yetiştirme niyetinde olan kurumlar eğitim, hizmet ve araştırma dengesini gözetmelidir. Ayrıca eğitim algısına doğrudan etki eden sosyal destek yapılarını güçlendirici kurumsal stratejik planlar geliştirilmelidir. Klinik eğitim sürecini değerlendirme, iyileştirme ve geliştirme çalışmaları yapılmalı ve kurum idarecileri, öğretim üyeleri, mezunlar ve araştırma görevlilerinin bu gelişim süreçlerine paydaş olarak katılımı sağlanmalıdır. Ayrıca eğitim ortamları düzenlenirken araştırma görevlilerinin çalışma şartları, akademik beklentileri, psikososyal gereksinimler gibi konular da göz önünde bulundurularak sunulan hasta hizmetinin eğitim fırsatına dönüştürülmesi sağlanmalıdır.

İletişim: Bürge Atılğan

E-posta: burgeatilgan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

1. World Federation For Medical Education. The Edinburgh Declaration. Lancet 1988; 2: 464.
2. Koutsogiannou, P., Dimoliatis, I. D., Mavridis, D., Bellos, S., Karathanos, V., & Jelastopulu, E. Validation of the Postgraduate

- Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) in a sample of 731 Greek residents. *BMC research notes* 2015; 8(1): 734. DOI: 10.1186/s13104-015-1720-9.
3. Basic Medical Education WFME Global Standards For Quality Improvement in The 2015 Revision. World Federation of Medical Education. Accessed September 9, 2019, at <https://wfme.org/standards/bme/>
 4. Harden, R. M. Trends and the future of postgraduate medical education. *Emerg Med J.* 2006; 23(10): 798–802. DOI: 10.1136/emj.2005.033738
 5. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS). Accessed September 9, 2019, at <https://tuk.saglik.gov.tr/>
 6. Çiçek, C. & Terzi, C. Tıpta Uzmanlık Eğitimi (İzmir Ölçekli Araştırma ve Karşılaştırma Sonuçları). Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2006
 7. Spencer, J. Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ* 2003;326(7389):591-594. DOI: 10.1136/bmj.326.7389.591
 8. Roff, S., & McAleer, S. 'What is Educational Climate? Medical Teacher 2001;23(4):333-334. DOI: 10.1080/01421590120063312
 9. Chambers, R., & Wall, D. Trade news-Reviews-Teaching made easy-A manual for health professionals. *British Dental Journal* 2000;188(11),638.
 10. Mohanna, K., Cottrell, E., Chambers, R., & Wall, D. Teaching made easy: a manual for health professionals. 3rd edition. Radcliffe Publishing;2011.
 11. Clapham, M., Wall, D., & Batchelor, A. Educational environment in intensive care medicine use of Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM). *Medical Teacher* 2007;29(6):184-191. DOI: 10.1080/01421590701288580
 12. Chan, D. S. Validation of the clinical learning environment inventory. *Western Journal of Nursing Research* 2003;25(5),519-532. DOI: 10.1177/0193945903253161
 13. Harden RM. Educational Environment. A practical guide for medical teachers. 4th Edition. Elsevier; 2011:392-99.
 14. Cross, V, Hicks, C., Parle, J., & Field, S. Perceptions of the learning environment in higher specialist training of doctors: implications for recruitment and retention. *Medical education* 2006;40(2):121-128. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02382.x
 15. Durning, S. J., & Artino, A. R. Situativity theory: A perspective on how participants and the environment can interact: AMEE Guide No. 52. *Medical Teacher* 2011;33(3),188-199. DOI: 10.3109/0142159X.2011.550965
 16. Auret, K. A., Skinner, L., Sinclair, C., & Evans, S. Formal assessment of the educational environment experienced by interns placed in rural hospitals in Western Australia. *Rural & Remote Health* 2013;13(4).
 17. Al-Mohaimeed, A. Perceptions of the educational environment of a new medical school, Saudi Arabia. *International journal of health sciences* 2013;7(2):150. DOI: 10.12816/0006039
 18. Flaherty, G. T., Connolly, R., & O'Brien, T. Measurement of the postgraduate educational environment of junior doctors training in medicine at an Irish university teaching hospital. *Irish Journal of Medical Science* 2016;185(3),565-571. DOI: 10.1007/s11845-015-1303-8
 19. Yousaf, M. J., Yasmeen, R., Khan, M. A., & Qamar, K. Perceptions of post-graduate residents regarding clinical educational environment by using the post graduate hospital education environment measure (PHEEM) inventory. *Pakistan Armed Forces Medical Journal* 2017;(6):914-918.
 20. Maudsley, R. F. (2001). Role models and the learning environment: essential elements in effective medical education. *Academic Medicine* 76(5),432-434. DOI: 10.1097/00001888-200105000-00011
 21. Soemantri, D., Herrera, C., & Riquelme, A. (2010). Measuring the educational environment in health professions studies: a systematic review. *Medical Teacher* 2010; 32(12):947-952. DOI: 10.3109/01421591003686229
 22. Akpınar, F., Borlu, A., Şarlı, M., Balcı, E., Horoz, D., Gün, İ. & Öztürk, Y. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ihtisas yapan asistanların yaşam biçimleri ve karşılaşılan sorunlar. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008;7(4):311-316.
 23. Tan, M. N., Özçakar, N., & Kartal, M. Asistan hekimlerin tıpta uzmanlık eğitimi kapsamında mesleki memnuniyetleri ve yaşam koşulları ile ilişkisi. *Marmara Medical Journal* 2012;25:20-5. DO I: 10.5472/MMJ.2011.02048.1
 24. Çıtak, N., & Altaş, Ö. Türkiye'deki göğüs cerrahisi ve kalp ve damar cerrahisi uzmanlık öğrencisi gözü ile tıpta uzmanlık eğitimi ve eğitim veren kurumlardaki durum. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2012;20(4):826-834. DOI: 10.5606/tgkdc.dergisi.2012.161
 25. Genn, J. M. Amee medical education guide no. 23 (part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education a unifying perspective. *Medical Teacher* 2001;23(4):337-344. DOI: 10.1080/01421590120063330
 26. Balcıoğlu, H. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitim Ortamı Algılamaları ve Buna Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara: Üniversitesi; 2008.
 27. Abeje, Y., Getinet, T., Bekele, D., & Tadesse, M. Evaluation Of The Learning Environment For Residency Training In St. Paul's Hospital Millennium Medical College, Ethiopia. *Medical Journal* 2018;56,1
 28. Sheikh, S., Kumari, B., Obaid, M., & Khalid, N. Assessment of postgraduate educational environment in public and private hospitals of Karachi. *Journal of Pakistan Medical Association* 2017;67:171-77.
 29. Mahendran, R., Broekman, B., Wong, J. C., Lai, Y. M., & Kua, E. H. The educational environment: Comparisons of the British and American postgraduate psychiatry training programmes in an Asian setting. *Medical Teacher* 2013;35(11):959-961. DOI: 10.3109/0142159X.2013.815707
 30. Aalam, A., Zocchi, M., Alyami, K., Shalabi, A., Bakhsh, A., Alsufyani, A., Sabbagh A., Alshahrani M. & Pines, J. M. Perceptions of emergency medicine residents on the quality of residency training in the United States and Saudi Arabia. *World Journal Of Emergency Medicine* 2018;9(1):5. DOI: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2018.01.001
 31. Alhussain, A. S., AlMalki, R. S., AlAbdulqader, M., AlAjmi, T., & AlRuwayli, A. Postgraduate Hospital Educational Environment Measure in Urology Program in Saudi Arabia. *Egyptian Journal of Hospital Medicine* 2018;70(9). DOI: 10.12816/0044692
 32. Binsaleh, S., Babaeer, A., Alkhayal, A., & Madbouly, K. Evaluation of the learning environment of urology residency training using the postgraduate hospital educational environment measure inventory. *Advances in Medical Education and Practice* 2015;6:271. DOI: 10.2147/AMEPS81133
 33. Vieira, J. E. The postgraduate hospital educational environment measure (PHEEM) questionnaire identifies quality of instruction as a key factor predicting academic achievement. *Clinics* 2008;63(6):741-746. DOI: 10.1590/s1807-59322008000600006
 34. Anderson, K., Haesler, E., Stubbs, A., & Molinari, K. Comparing general practice and hospital rotations. *The Clinical Teacher* 2015;12(1):8-13. DOI: 10.1111/tct.12224
 35. Al-Marshad, S. & Alotaibi, G. Evaluation of Clinical Educational Environment at King Fahad Hospital of Dammam University Using the Postgraduate Hospital Education Environment. *Education in Medicine Journal*, 2011; 3(2):e6-e14. DOI: 10.5959/eimj.3.2.2011.or1
 36. Roff, S., McAleer, S. & Skinner, A. Development And Validation Of An Instrument To Measure The Postgraduate Clinical Learning And Teaching Educational Environment For Hospital-Based Junior Doctors In The UK. *Medical Teacher* 2005;27:326–331. DOI: 10.1080/01421590500150874
 37. Yüksek Öğretim Kurulu, Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştayı, Ankara, 2017 Accessed September 10, 2019, at https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/tip_dallarinda_egitim_calistayi_2017.pdf
 38. Yıldız, S. Türkiye'de Kadın Akademisyen Olmak. *Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 2018;8(1). DOI: 10.5961/jhes.2018.245.
 39. Aydemir, İ. & Yıldırım, T. Ameliyathane Cerrahi Ekibinin Teknik Olmayan Becerilere İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi-Determinatoin of Operating Room Surgical Team Attitudes Related To Non-Technical Skills. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2016;8(15):66-84. DOI:10.20875/sb.96417

Nutrisyonel Raşitizmde D Vitamini Profilaksisi Programının Sürdürülebilirliğinin Önemi Üzerine Bir Araştırma

Research on the Importance of the Sustainability of The Vitamin D Prophylaxis Program in Nutritional Rickets

Araştırma



Research

Emine Çamtosun¹, Ayşehan Akıncı², Nurullah Çelik³, İsmail Dündar⁴

DOI: 10.17942/sted.499447

Geliş/Received : 19.12.2018
Kabul/Accepted : 04.07.2019

Özet

Giriş-Amaç: Türkiye’de, çocuklarda D vitamini eksikliğinin ve nutrisyonel raşitizmin (NR) önlenmesi amacıyla 2005 yılında başlatılan proje ile bebeklere ilk 12 ay ücretsiz D vitamini sağlanmış ve sonuçta üç yaş altı raşitizm sıklığında belirgin azalma görülmüştür. Ancak günümüzde halen NR vakaları saptanmakta ve bu vakaların D vitamini profilaksisi kullanmadığı görülmektedir.

Materyal-Metod: Bu çalışmada Ocak 2013-Nisan 2018 tarihleri arasında Malatya’da iki Çocuk Endokrin ünitesinde tanı alan üç yaş altı 36 olgu başvuru şikayetleri, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme bulguları ve aldıkları tedaviler ile sunulmuştur.

Bulgular: Olguların %25’i (9/36) son dört ayda tanı almıştır. Olguların tümünde D vitamini düzeyi $\leq 12,4$ ng/mL’dir, ortalama $3,8 \pm 2,5$ ng/mL. D vitamini profilaksisi sorgulanan 30 hastadan 16’sı hiç profilaksi almamış, 14’ü ise düzensiz almıştır.

Sonuç: Kliniğimize başvuran NR vakalarının son yıllarda artması profilaksi programının başlangıçtaki kadar sıkı takip edilmediğine işaret ediyor olabilir. D vitamini profilaksisinin öneminin ve etkinliğinin hekimlerimizce kavranması, programın sıkı bir şekilde takip edilmesi, ailelerin uygun bir şekilde bilgilendirilerek programa dahil edilmesi ile program canlandırılacak ve etkinliği artırılabilecektir.

Anahtar sözcükler: Raşitizm, Nutrisyonel, Çocuk, D vitamini, Profilaksi, Program, Türkiye

Abstract

Introduction-Objective: In Turkey, the babies were provided with free vitamin D within their first 12 months through the project launched in 2005 for the purpose of preventing children from vitamin D deficiency and nutritional rickets (NR) and consequently, a significant reduction was observed in the prevalence of rickets among children under three years of age. However, NR cases are still present today and it is seen that these patients do not use vitamin D prophylaxis.

Material and Method: In this study, 36 cases under three years of age, who have been diagnosed with NR in two Pediatric Endocrine Units in Malatya between January 2013 and April 2018 were presented along with their complaints during admission, the results of physical examination, laboratory test and imaging and the treatments they have received.

Findings: 25% of the cases (9/36) have been diagnosed in the last four months. In all cases, the vitamin D level was $\leq 12,4$ ng / mL, with an average of $3,8 \pm 2,5$ ng / mL. Of the 30 patients, who were asked about having vitamin D prophylaxis, 16 have not received prophylaxis at all and 14 have received irregularly.

Conclusion: The increase in the number of NR cases admitted to our clinic in recent years may indicate that the prophylaxis program is not followed as closely as in the beginning. The prophylaxis program would be revitalized and its effectiveness would be improved when our physicians understand the importance and efficacy of vitamin D prophylaxis, the program is strictly followed and the families are properly informed and included in the program.

Key words: Rickets, Nutritional, Children, Vitamin D, Prophylaxis, Program, Turkey

1 Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Ü. Tıp Fak. Çocuk Endokrinoloji, Malatya (Orcid No: 0000-0002-8144-4409)

2 Prof. Dr.; İnönü Ü. Tıp Fak. Çocuk Endokrinoloji, Malatya (Orcid No: 0000-0001-7267-9444)

3 Dr. Öğr. Üyesi, Cumhuriyet Ü. Tıp Fak. Çocuk Endokrinoloji Sivas (Orcid No: 0000-0003-1583-6807)

4 Uzm. Dr.; Malatya Eğitim ve Arşt. Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Bölümü Malatya (Orcid No: 0000-0003-1468-6405)

Giriş

Raşitizm, büyüme çağında epifizyal füzyon gerçekleşmeden önce vitamin ve mineral (kalsiyum, fosfor) eksikliği sonucu oluşan, epifizyal plakta defektif mineralizasyon, anormal osteoid doku artışı ve deformasyon ile kendini gösteren metabolik kemik hastalığıdır (1). Raşitizm çocukların genel sağlığını, büyüme ve gelişmesini olumsuz etkilemektedir. Raşitizmin en sık görülen türü D vitamini ve/veya kalsiyum eksikliğine bağlı gelişen nutrisyonel raşitizmdir (NR). Nutrisyonel raşitizm'de iskelet yapısında çeşitli deformitelerin yanısıra hipokalsemiye sekonder tetani, konvülsiyon, laringospazm, kas güçsüzlüğü, kardiyomyopati gibi ciddi bulgular da görülebilmektedir. Bu bulgular hayatı tehdit edebilmekte, hastane yatışı gerektirebilmektedir (2). Hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerin sorunu olan NR'nin ülkemizdeki sıklığı önceki yıllarda % 1.67-19 arasında bildirilmiştir (3, 4). Nutrisyonel raşitizm'in önlenilebilir bir hastalık olmasından yola çıkılarak ülkemizde 2005 yılında Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü yönetiminde tüm ülkeyi kapsayan beş yıllık bir proje (**D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi**) başlatılmıştır (4). Bu projenin temel amacı tüm bebeklere doğumdan başlayarak günde 400 IU D vitamini verilerek NR sıklığının azaltılmasıydı. Özkan ve ark.nın 1998'de 0-3 yaş arası 8631 çocukla yaptıkları çalışmada saptanan NR sıklığı % 6,09 (5) iken, projenin ardından 2008 yılında Özkan ve ark.nın Erzurum'da 0-3 yaş arası 39133 çocuğu kapsayan bir insidans çalışmasında ildeki NR sıklığının % 0,099'e düştüğü saptanmıştır (6). Bu durum profilaksi programının amacına ulaştığını göstermektedir. Ancak özellikle 2018 yılının ilk dört ayında kliniğimizde sık aralıklarla NR vakalarına rastlanmış, hasta yakınları sorgulandığında profilaktik D vitamini hiç kullanmadıkları ya da düzensiz (çok kısa süre) kullandıkları öğrenilmiştir. Bu durum, proje üzerinden zaman geçtikçe profilaksi programının işleyişinde aksama (en azından bölgesel) olasılığını aklımıza getirmiştir. Bu nedenle proje bitimi olan 2010 yılından sonra izlediğimiz NR vakalarını değerlendirip sunmayı ve profilaksi programını gündeme getirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metod

Ocak 2011-Nisan 2018 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi ve Malatya

Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinoloji Bölümlerinde NR tanısı alarak izlenen hastaların dosyaları ve hastane dijital kayıt sistemindeki verileri retrospektif olarak incelenerek, yaş, cinsiyet, D vitamini profilaksisi alıp alınmadığı, başvuru şikayetleri, antropometri (boy uzunluğu, vücut ağırlığı (VA), boy standart deviyasyon skoru (boy SDS), VA SDS, vücut kütle indeksi (VKİ), VKİ SDS), fizik muayene, laboratuvar [(serum kalsiyum, fosfor, alkalen fosfataz (ALP), parathormon (PTH), 25-hidroksi D vitamini düzeyleri (25-OH D)] ve görüntüleme (el bilek/diz grafisi) bulguları ile aldıkları tedaviler, varsa yatış süreleri ve iyileşme süreci bilgileri kaydedildi. Toplam 40 hastanın kayıtlarına ulaşıldı. Olgulardan dördü adölesan yaş grubunda olduğundan çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya 0-3 yaş aralığındaki 36 olgu dahil edildi.

Olgularda NR tanısı, klinik (iskelet deformiteleri ve/veya hipokalsemi bulguları) ve laboratuvar bulguları (hipo/normokalsemi, ALP ve PTH yüksekliği, 25-OH D vitamini düşüklüğü) ile konulmuş, direkt grafi ile desteklenmişti. Antropometrik değerlendirmelerde standart deviyasyon skorları (SDS) hesaplamaları Neyzi ve arkadaşlarının çalışmasındaki (7) sağlıklı Türk çocuklarının verilerine göre Türkiye Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneğinin antropometrik hesaplama programı ÇEDD-çözüm (8) kullanılarak yapıldı. Hastaların laboratuvar verileri laboratuvarın yaşa göre referans değerleri göz önünde bulundurularak değerlendirildi. Referans aralıkları serum kalsiyumu için 8,4-11 mg/dL, serum fosfor için 4-7 mg/dL, ALP düzeyi için 134-350 mg/dL, PTH için 14-72 pg/mL idi. 25-OHD düzeyi <12 ng/mL olması D vitamini eksikliği, <5ng/mL olması ağır D vitamini eksikliği olarak değerlendirildi (2). Radyolojik değerlendirmeler hastayı izleyen doktoru tarafından yapıldı.

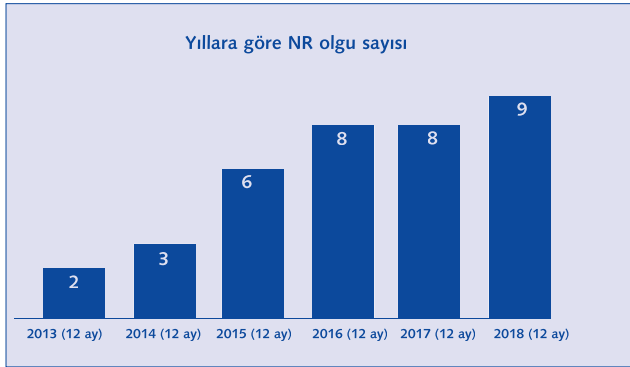
Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve tabloların oluşturulması amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 21 kullanıldı. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenlerin (nicel değişkenler) normal dağılıma uygunluğunun araştırılması amacıyla Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri ve grafiksel yöntemler kullanıldı. Nicel verilerin sunumu için normal dağılılan verilerde ortalama ve standart sapma; normal dağılmayan verilerde ise ortanca

ve minimum, maksimum kullanıldı. Kategorik değişkenlerin (nitel değişkenler) sunumu için ise yüzde değerler kullanıldı.

Çalışma öncesinde İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay (onay no: 2018/15-19) alındı.

Bulgular

Tanı tarihlerinin yıllara göre dağılımı: 2013 yılında iki olgu, 2014 yılında üç olgu, 2015 yılında altı olgu, 2016 yılında sekiz olgu, 2017 yılında sekiz olgu ve 2018 yılının ilk 4 ayında dokuz olgu şeklindeydi (Şekil 1).



Otuz altı olgunun tamamı üç yaş altında olup ortalama tanı yaşları $11,77 \pm 7,84$ ay olarak belirlendi. Olguların cinsiyetlerine bakıldığında %30,6'sı (11/36) kız, %69,4'ü (25/36) erkekti (Tablo 1).

Yaş (ay)	8,65 (0,7-28,9)
Cinsiyet (kız/ erkek)	11/25
Doğum ağırlığı	3209 ± 439,8
Vücut ağırlığı (VA) (kg)	8,57 ± 3,02
Vücut ağırlığı standart sapma skoru (VA SDS)	-0,38 ± 1,17
Boy uzunluğu (cm)	70,49 ± 9,88
Boy SDS	-1,00 ± 1,21
VKİ (kg/m ²)	17,38 ± 2,22
VKİ SDS	0,33 ± 1,23

* Normal dağılımı uyan veriler ortalama±standart sapma, normal dağılıma uymayan veriler median (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

Doğum ağırlığı ve haftası kaydedilen 33 olgunun yalnız üçü pretermdi, bunların doğum haftaları birinde 36 hafta, birinde 37 hafta idi, diğeri ise bilinmiyordu. Hiçbir olguda düşük doğum ağırlığı öyküsü yoktu. Olguların ortalama vücut ağırlığı

$8,57 \pm 3,02$ kg; boy uzunluğu $70,49 \pm 9,88$ cm; VKİ $17,48 \pm 2,22$ kg/m², VKİ SDS $0,33 \pm 1,23$ SD idi. Antropometrik veriler Tablo 1'de verilmiştir. Olgulardan yedisinde başvuruda (7/36) boy kısalığı (boy SDS < -2 SD) mevcuttu, bunlardan üçünde (bir preterm, bir ikiz eşi, bir miad) eş zamanlı vücut ağırlığı SDS de < -2SD idi, ancak tüm kısa boylu olguların VKİ SDS değerleri normaldi (tabloda belirtilmemiştir). Toplamda üç olguda (3/36) VA SDS değerleri < -2SD olarak saptandı.

Çocuk endokrinoloji polikliniğine en sık başvuru/danışılma nedenleri sıra ile bacaklarda eğrilik (%36,1, 13/36), havale geçirme (%25, 9/36), rastlantısal kalsiyum/D vitamini düşüklüğü (%25, 9/36) ve yürümede gecikme/sorun (%8,3, 3/36) olarak belirlendi. Hastaların fizik muayenesinde en sık gözlenen bulgular sıra ile raşitik teşbih (%36,1, 13/36) , el bileklerinde genişleme (%33,3, 12/36) ve genu varumdu (%27,7, 10/36) (Tablo 2).

Laboratuvar verileri değerlendirildiğinde, olguların %69'unda (25/36) hipokalsemi, %66,0'sında (23/35) hipofosfatemi saptandı, %97,0'inde

Başvuru nedeni	n	(%)
Bacakta eğrilik	13	36,1
Havale geçirme	9	25
Tesadüfi tetkikte Ca/25OHD	9	25
Düşük		
Yürümede gecikme/sorun	3	8,3
Solunum sıkıntısı	2	5,4
Ön fontanel genişliği	1	2,7
Tesadüfi tetkikte ALP yüksek	1	2,7
Kollarda eğrilik	1	2,7
Fazla terleme	1	2,7
Fizik muayene bulgusu	n	(%)
Raşitik teşbih	13	36,1
El bilekte genişleme	12	33,3
Genu varum (o-bacak)	10	27,7
Geniş ön fontanel	3	8,3
Genu valgum (x-bacak)	1	2,7
Bacakta eğrilik diğer	1	2,7
Belirgin alın	1	2,7
Kare kafa	1	2,7
Ön kolda eğrilik	1	2,7
Açık arka fontanel	1	2,7
Harrison oluğu	1	2,7

(33/34) ALP düzeyi yüksekti (bir olguda 303 U/L), PTH düzeyi bakılan tüm olgularda (n=34) yüksekti. 25-OHD düzeyi ise biri hariç (bir olguda 12,4 ng/mL) tüm olgularda eksiklik düzeyindeydi, ortalama düzey $3,8 \pm 2,5$ ng/mL olup; olguların %75,0'inde ağır D vitamini eksikliği saptandı. Hastaların ortalama serum kalsiyum, fosfor, ALP, PTH ve 25-OHD düzeyleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların laboratuvar verileri (n=36)*	
	Ortalama± SD
Serum kalsiyum (mg/dL)	7,65 ± 1,25
Fosfor (mg/dL)	3,5 (1,9-7,2)
ALP (IU/L)	632 (303-2577)
PTH (pg/mL)	327,5 (136-1164)
25-OH D vitamini (ng/mL)	3,8 ± 2,5

* Normal dağılımı uyan veriler ortalama±standart sapma, normal dağılıma uymayan veriler median (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

Kayıtlarda öyküde D vitamini profilaksisi kullanımı 30 hastada sorgulanmış 16 hastanın hiç kullanmadığı, 14 hastanın ise düzensiz kullandığı kaydedilmişti. Hastalardan 7'sinin annesinin de 25-OHD düzeyine bakılmış ve üçünde ağır düzeyde olmak üzere hepsinde D vitamini eksikliği saptanmıştı. Annelerin ortalama 25-OHD düzeyi 5,5 (3-8) ng/mL idi (tabloda belirtilmemiştir).

Direkt grafi bulguları açısından 8 olguda kayıt yoktu, 2 olguda görüntüleme suboptimaldi. Direkt grafisi değerlendirilen 26 olguda en sık görülen bulgular el bilek ve/veya diz metafizlerinde çanaklaşma (%80,7; 21/26), genişleme (%57,7; 15/26) ve düzensizlik (%57,7; 15/26). Bir olguda (en ağır iskelet bulguları olan hasta) metafiz bulguları dışında bilateral radius diafizlerinde yaş ağaç kırığı ve yaygın osteopeni saptanmıştı.

Tedavi doz ve süre bilgileri Tablo 4' te verilmiştir. Hastalara verilen tedaviler değerlendirildiğinde

Tablo 4. Verilen tedavi dozları ve süreleri (n:35)*				
Tedavi	n	(%)	Doz	Süre
Kalsiyum İV	11	31,4	40 (20-70) mg/kg/gün	2 (2-5) gün
Kalsiyum oral	25	71,4	48,42±15,68 mg/kg/gün	14 (5-30) gün
Günlük D vit.	19	54,3	2000 (1200-3000) Ü/gün	4 (1,5-24) hafta
Stoss D vit.	16	45,7	150.000 (60.000-150.000) Ü/gün	Tek doz

*Normal dağılımı uyan veriler ortalama±standart sapma, normal dağılıma uymayan veriler median (minimum-maksimum) olarak verilmiştir.

tedavi kayıtlarına ulaşılan 35 hastanın %54,3'ünde D vitamini günlük tedavi şeklinde ortalanca 4 (1,5-24) hafta; %45,7'sine ise yüksek doz (stoss) tedavi şeklinde tek doz olarak verilmişti. Olguların %31,4'üne hastane yatışı yapılmış ve kalsiyum İV olarak verilmişti. Bu hastalara verilen doz ortalanca 40 (20-70) mg/kg/g olup ortalanca 2 (2-5) gün süreyle verilmiştir. Hipokalseminin düzelleme süresi ortalanca 5 (2-15) gün, D vitamini düzeyi düzelleme süresi ortalanca 2 (1-6) hafta olarak belirlendi. Radyolojik düzelleme açısından verisine ulaşılabilen 10 hastada ortalanca süre 1,75 (1-5) aydı.

Tartışma

Büyümekte olan kemiğin metabolik bir hastalığı olan raşitizmin ve en sık nedeni D vitamini ve/veya kalsiyum eksikliğine bağlı gelişen NR'dir. Nutrisyonel raşitizm tüm dünyanın bir sorunu olmakla birlikte gelişmişlik düzeyi düşük bölgelerde (Asya, Orta Doğu, Afrika) sıklığı belirgin yüksektir. Gelişmiş ülkelerde de gelişmemiş bölgelerden alınan göçler nedeniyle tamamen elimine edilememekte ve son zamanlarda sıklığının arttığı bildirilmektedir (9). Tüm dünyada NR'in primer nedeni D vitamini eksikliği olup, gelişmemiş bölgelerde kalsiyum alımının yetersizliği de önemli bir neden olarak görülmektedir. Türkiye'de NR 'nin en sık nedeni D vitamini eksikliği olarak belirlenmiştir (9).

D vitamini eksikliğine bağlı NR tüm dünyada en sık 3-18 ay arasında, ülkemizde de ilk iki yılda görülmektedir (9). Çalışmamızda olguların ortalama tanı yaşları $11,77 \pm 7,84$ ay (min 0,7- maks 28,9 ay), kız/erkek oranı 0,4 olarak belirlendi, bulgular Özkan ve ark.(6) bulgularıyla uyumluydu ($10,2 \pm 7,5$ ay, K/E:0,34).

Nutrisyonel raşitizmde klinik bulgular, hipokalsemiye bağlı konvülsiyon, tetani, solunum problemi, kalp yetmezliği şeklinde olabilirken, hızlı büyüyen kemiklerde yetersiz mineralizasyona

bağlı kraniotabes, raşitik teşbih, Harrison oluşu, bacaklarda eğrilik, eklemelerde genişleme gibi iskelet bulguları şeklinde de görülebilmektedir (2). Üç yaş altı olgularımızın en sık başvuru nedenleri sırayla bacaklarda eğrilik, havale geçirme ve rastlantısal kalsiyum/D vitamini düşüklüğü iken en sık muayene bulguları raşitik teşbih, el bileklerinde genişleme ve genu varum (o-bacak) olarak saptandı. Özkan ve ark.(6) çalışmasında non febril jeneralize konvülsiyon, solunum yolu enfeksiyonu, ateşli hastalık ve raşitizm klinik bulguları en sık başvuru nedenleriydi, en sık muayene bulguları ise raşitik teşbih, el bileklerinde genişleme ve kraniotabesti. Wards ve arkadaşlarının 104 NR vakasını inceledikleri çalışmada bir yaş altında en sık başvuru nedeni hipoklasemik konvülsiyon iken daha büyük çocuklarda ise iskelet deformiteleri olarak belirlenmiştir (10). NR bir yönüyle hayatı tehdit eden bulgularla gelebilmekte, bir yönüyle de kalıcı iskelet deformitelerine yol açabilmektedir.

Çocukta kemik sağlığını korumak için D vitamini düzeyinin yeterli olması gerekmektedir. "Yeterli D vitamini düzeyi"; kalsiyum emiliminin yeterli olduğu, parathormon ve kemiğe spesifik ALP düzeylerinin normal aralıkta olduğu ve raşitizm, osteomalazi ya da kemik mineral dansitesi düşüklüğüne yol açmayan serum 25 OHD düzeyi olarak (>20 ng/mL) tanımlanmaktadır ve bu düzeyin sürdürülmesi için Amerika Tıp Enstitüsü (İOM), Amerika Pediatri Akademisi (AAP) ilk 12 ay boyunca bebeklere 400 U/gün D vitamini verilmesini önermektedir (11,12). D vitamini düzeyinin 12-14 ng/mL (30-34 nmol/L) düzeyinin altında seyretmesinin raşitizm riskini artırdığı gösterilmiştir (13, 14), buna dayanarak Avrupa Çocuk Endokrinoloji Topluluğu son uzlaşısında D vitamini eksikliği 25-OHD düzeyinin <12 ng/mL olması olarak tanımlamıştır (2). Tüm üç yaş altı olgularımızda D vitamini düzeyi ≤ 12.4 ng/mL idi. Ortalama düzey 3,8±2,5 ng/mL olup olguların %75'inde ağır D vitamini eksikliği saptandı. Dünyada NR'i önlemek için ilk bir yaş bebeklere D vitamini takviyesi yapılması (15,16), çeşitli gıdalara D vitamini ilavesi yapılması (17-19) ve güneş ışığından faydalanmanın artırılması üzerinde çalışılmış ve bazı korunma stratejileri geliştirilmiştir. Gelişmemiş ülkelerde ayrıca profilaksi amacıyla kalsiyum alımının yeterli düzeye getirilmesi gerektiği de savunulmaktadır (20,21). Türkiye'de

2005 yılında "D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Projesi" kapsamında bebeklere ilk 12 ayda ücretsiz D vitamini profilaksisi verilmeye başlanmıştır. Beş yıllık projenin öncesinde yapılan çalışmalarda ülkemizdeki NR sıklığı %1,67-19,0 olarak bildirilmekteyken (4), Özkan ve ark. profilaksi programı sonrasında Erzurum'da yaptıkları insidans çalışmasında projenin etkin bir şekilde NR sıklığını azalttığını saptamışlardır (6). Proje süresi bitse de ilk bir yılda bebeklere D vitamini profilaksisi ülkemizde halen sürdürülmektedir. Ancak çalışmamızda 2013 yılından sonra üç yaş altı 36 NR olgusu tanımlanmış ve olgu sayısının yıllara dağılımına bakıldığında zamanla arttığı, özellikle 2018 ilk dört ayında dokuz olgunun tanı aldığı gözlenmiştir. Bu durum; profilaksi programının işleyişinde bir sorun mu var sorusunu akla getirmiştir. 2010 yılında Kocaeli Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada (22) D vitamini profilaksi programına dahil edilmiş 85 olgu yaşları ortalama 8,8±3,9 (2,8-18,4) ay olduğunda değerlendirilmiş, olguların ortalama 16,5±20,7 (3-120) günlük olduğunda D vitamini takviyesine başladığı ve ancak %70,0'inin D vitamini profilaksisini düzenli kullandığı belirlenmiştir. Çalışmada olguların hiçbirinde NR saptanmamış, tüm olguların %88,0'inde ve D vitamini düzenli kullanan olguların ise %93,0'ünde 25-OHD düzeyi >20 ng/mL saptanmış olup; D vitamininin doğumdan hemen sonra başlatılması ve ilk bir yıl düzenli olarak 400 Ü/ gün verilmesi koşuluyla NR'den korunmada yeterli olduğu ve bu açılardan profilaksi programının güçlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Ward ve arkadaşları Kanada'da yaptıkları insidans çalışmasında, iki yıllık sürede iki hafta ile 6,3 yaş arası 104 nutrisyonel raşitizm vakası saptamışlar ve olgulardan bu konuda verisi olan 90 hasta içinde hiçbirinin profilaktik D vitamini desteği almamış olduğunu belirlemişlerdir. Yazarlar güncel rehberlerde D vitamini profilaksisinin önerildiğini ancak bunun tutarlı bir şekilde uygulanmadığını, bu nedenle sağlık çalışanları ve toplumun bu konudaki bilincinin artırılması gerektiğini savunmuşlardır(10). Bizim çalışmamızda NR olgularından 30'unun dosya kayıtlarında D vitamini profilaksisi kullanım bilgisi elde edildi. Kayıtlara göre tümünün D vitamini hiç kullanmadıkları ya da düzensiz kullandıkları, bazı hasta yakınlarının sağlık ocağından D vitamini

verildiği halde kullanmadığı öğrenildi. Pediatri uzmanlarımız ve aile hekimlerimiz tarafından süt çocuğunda D vitamini profilaksisinin doğumdan sonraki ilk günlerde başlanması ve ailelerin bu konuda yeterince bilgilendirilerek profilaksinin devamının sağlanması, rutin kontrollerde profilaksinin uygun verilip verilmediğinin denetlenmesi ve sorun varsa giderilmesi profilaksi programını güçlendirecek ve NR vakalarını azaltarak tekrar artmasının önüne geçecektir. Düzenli aralıklarla yapılan insidans çalışmalarına devam edilmesi de bu konuda ışık tutacak ve yol gösterecektir.

Gelişmiş ülkelerde profilaksi programları ve gıdalara vitamin takviyesi ile raşitizm önlenmeye çalışılsa da alınan göçler nedeniyle raşitizm sıklığı halen artmaktadır. Avrupa ve Amerika'da, raşitizm olgularının çoğu D vitamini eksikliğine bağlıdır, ve sıklıkla göç ile gelen Asya, Orta Doğu ve Afrika kökenli koyu cilt rengine sahip çocuklarda görülmektedir (23). Son yıllarda ülkemiz Suriye'den ciddi oranda göç aldığı için NR sıklığının artmasına bunun etkisinin olup olmadığı incelendiğinde son üç ayda saptanan olguların üçünün Suriyeli göçmen olduğu belirlenmiştir. Göçmen bebekler için de profilaksinin uygulanması ve sürdürülmesi ülkemizdeki NR insidansını azaltacaktır.

D vitamini düzeyi bakılan yedi annenin tümünde D vitamini eksikliği (üçünde ağır düzeyde) saptanmıştır. Türkiye'de gebe ve doğurganlık çağındaki kadınlarda D vitamini eksikliğinin %46,0-80,0 arasında olduğu belirtilmektedir (24). Gebelerde D vitamini eksikliği olması yeterli D vitamini desteği verilmeyen bebeklerde konjenital raşitizme neden olabilmektedir. Paterson ve arkadaşları 24 neonatal D vitamini eksikliğine bağlı raşitizm tanılı olguyu incelediklerinde serum D vitamini seviyesi bilinen 12 annenin 11'inde D vitamini düzeyinin 10 ng/mL altında olduğunu ve annelerin 16'sında semptomatik osteomalazi saptandığını belirtmişlerdir (25). Benzer şekilde Soliman ve arkadaşları doğumu izleyen ilk 10 gün içinde D vitamini eksikliğine bağlı hipokalsemik konvülsiyon ile başvuran 10 olguyu değerlendirdiklerinde tüm annelerin 25-OHD düzeyinin < 10 ng/mL olduğunu saptamışlardır (26). Bu durum gebelerin D vitamini açısından desteklenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Bu

konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı'nca 2011'de başlatılan gebelere D vitamini profilaksi programının da aynı şekilde izlemi gerekmektedir.

Nutrisyonel raşitizm tedavisinde oral D vitamini günlük doz olarak üç ay süreyle ya da >3 ay vakalara yüksek doz şeklinde 1-3 dozda verilebilmektedir, bunun yanısıra yeterli kalsiyum alımının (500 mg/g) sağlanması ya da 10-15 gün oral kalsiyum desteği verilmesi önerilmektedir (2). Olgularımızın %54,3'ü günlük doz, %45,7'si tek yüksek doz şeklinde tedavi edilmişti. Ağır hipokalsemi bulguları (konvülsiyon, tetani, solunum sıkıntısı gibi) ile başvuran NR'li olgularda hastane yatışı gerekmektedir. Olgularımızın yaklaşık üçte birinde hastane yatışı ve İV kalsiyum desteği gerekmişti. Ward ve arkadaşları 104 NR tanılı olgunun %19'unun, ve bir yaş altı olguların %47'sinin hipokalsemik konvülsiyonla başvurduğunu bildirmişlerdir (10). Ağır hipokalsemi bulguları hayatı tehdit edebilmekte, ailede büyük kaygı oluşturmakta ve de sosyal güvenlik kurumuna maddi yük getirmektedir. Pek çok hastalıkta olduğu gibi NR'i de önlemek tedavi etmekten daha kolaydır. Tedavi sonrası kalsiyum düzeylerinin ortalama 5 günde, D vitamini düzeyinin 2 haftada, radyolojik bulgularınsa yaklaşık iki ayda düzeldiği gözlenmiştir.

Çalışmamızın zayıf yönleri:1) Retrospektif bir çalışma olduğu ve yalnızca Malatya'da iki pediatrik endokrinoloji polikliniğine raşitizm kliniğiyle başvuran olgular değerlendirildiğinden, pediatrist ya da aile hekimlerince görülerek tedavi edilen olgular dahil edilememiştir. Bu nedenle çalışmamız Malatya iline ait bir insidans verisi sağlamamaktadır. 2) Çalışmamızda amaç, merkezimizde görülen vaka sıklığının arttığını ifade ederek profilaksi programının işleyişiyle ilgili bazı konuları gündeme taşımak olduğundan kontrol grubu çalışılmamıştır.

Sonuç

Son zamanlarda kliniğimizde görülen NR vakalarının sıklığı artmıştır. Türkiye'de NR'i önlemek amacıyla başlatılan ve başarılı olduğu görülen, bebeklere D vitamini profilaksisi programının canlı tutulması, sürveyans çalışmaları yapılarak işleyişin ve sonuçlarının zaman zaman değerlendirilerek saptanan aksaklıkların giderilmesi, hastaların rutin kontrollerinde profilaksinin sorgulanması ve düzenlenmesi

sayesinde üç yaş altı NR sıklığı düşük düzeylerde tutulabilecektir. Bu konuda ücretsiz D vitamini temini yanısıra özellikle bebek takibi yapan hekimlerin, aileleri yeterince bilgilendirerek onları da profilaksiye adapte etmeleri programın başarısını artıracaktır. Ayrıca göçmenler de bu konuda bilgilendirilerek profilaksiye dahil edilmelidir. Raşitizmlı bebeklerin annelerinde de D vitamini düşüklüğü saptanmış olması, gebelere D vitamini profilaksisi programının başlatılmasının da isabetli olduğunu ve bu programın da bebeklik dönemi NR sıklığının azaltılmasına katkıda bulunabileceğini işaret etmektedir.

İletişim: Emine Çantösun

E-posta: epurcuklu@gmail.com

Kaynaklar

1. Orbak Z. Rikets. In: Cinaz P, Darendeliler F, Akıncı A, Özkan B, Dündar B.N, Ayhan Abacı A, ed. Çocuk Endokrinolojisi. 1st ed. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2014, p:609-14.
2. Craig FM, Nick S, Mairead K et al. Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets. *J Clin Endocrinol Metab* 2016; 101(2):394-415.
3. Hatun Ş, Bereket A, Çalikoğlu A, Özkan B. Günümüzde D vitamini yetersizliği ve nutrisyonel rikets. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003; 46: 224-41.
4. Hatun Ş, Ozkan B, Bereket A. Vitamin D deficiency and prevention: Turkish experience. *Acta Pædiatrica* 2011; 100: 1195-99.
5. Özkan B, Büyükavcı M, Aksoy H, Tan H, Akdağ R. Erzurum'da 0-3 yaş grubu çocuklarda nutrisyonel rikets sıklığı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1999; 42:389-96.
6. Ozkan B, Doneray H, Karacan M, Vancelik S, Yildirim ZK, Ozkan A, et al. Prevalence of vitamin D deficiency rickets in the eastern part of Turkey. *Eur J Pediatr* 2009; 168: 95-100.
7. Neyzi O, Bundak R, Gökçay G, Günöz H, Furman A, Darendeliler F, Baş F. Reference values for weight, height, head circumference and body mass index in Turkish children. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2015; 7(4):280-93.
8. Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği'nin antropometrik hesaplama uygulaması. <http://www.ceddcozum.com>
9. Creo AL, Thacher TD, Pettifor JM, Strand MA, Fischer PR. Nutritional rickets around the world: an update. *Paediatr Int Child Health* 2017;37(2):84-98.
10. Ward LM, Gaboury I, Ladhani M, Zlotkin Vitamin D-deficiency rickets among children in Canada. *SCMAJ*. 2007;177(2):161-6.
11. Ross AC, Manson JE, Abrams SA, et al. The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what clinicians need to know. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96(1):53-8.
12. Misra M, Pacaud D, Petryk A, Collett-Solberg PF, Kappy M. Drug and Therapeutics Committee of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society: Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations. *Pediatrics* 2008; 122(2):398-417.
13. Majid Molla A, Badawi MH, al-Yaish S, Sharma P, el-Salam RS, Molla AM. Risk factors for nutritional rickets among children in Kuwait. *Pediatr Int* 2000;42(3):280-4.
14. Dawodu A, Agarwal M, Sankarankutty M, Hardy D, Kochiyil J, Badrinath P. Higher prevalence of vitamin D deficiency in mothers of rachitic than nonrachitic children. *J Pediatr* 2005;147(1):109-11.
15. Beser E, Cakmakci T. Factors affecting the morbidity of vitamin D deficiency rickets and primary prevention. *East Afr Med J* 1994; 71:(6):358-62.
16. Gallo S, Comeau K, Vanstone C, et al. Effect of different dosages of oral vitamin D supplementation on vitamin D status in healthy, breastfed infants: a randomized trial. *JAMA* 2013;309(17):1785-92.
17. Calvo MS, Whiting SJ, Barton CN. Vitamin D fortification in the United States and Canada: current status and data needs. *Am J Clin Nutr* 2004;80:1710-16.
18. Pietrek J, Preece MA, Windo J, et al. Prevention of vitamin-D deficiency in Asians. *Lancet*. 1976;1(7970):1145-48.
19. Khadgawat R, Marwaha RK, Garg MK, et al. Impact of vitamin D fortified milk supplementation on vitamin D status of healthy school children aged 10-14 years. *Osteoporos Int*. 2013;24(8):2335-43.
20. Thacher TD, Fischer PR, Isichei CO, Zoakah AI, Pettifor JM. Prevention of nutritional rickets in Nigerian children with dietary calcium supplementation. *Bone* 2012;50(5):1074-80.
21. Ekbote VH, Khadilkar AV, Chiplonkar SA, Hanumante NM, Khadilkar VV, Mughal MZ. A pilot randomized controlled trial of oral calcium and vitamin D supplementation using fortified laddoos in underprivileged Indian toddlers. *Eur J Clin Nutr* 2011;65(4):440-46.
22. Mutlu GY, Kusdal Y, Ozsu E, Cizmecioglu FM, Hatun S. Prevention of Vitamin D deficiency in infancy: daily 400 IU vitamin D is sufficient. *Int J Pediatr Endocrinol* 2011;2011(1):4
23. Creo AL, Thacher TD, Pettifor JM, Strand MA, Fischer PR. Nutritional rickets around the world: an update. *Paediatr Int Child Health* 2017 ;37(2):84-98.
24. Açıkgoz A, Günay T, Uçku R. Gebelikte D Vitamini Gereksinimi ve Desteklenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2013;12(5):597-608.
25. Paterson CR, Ayoub D. Congenital rickets due to vitamin D deficiency in the mothers. *Clin Nutr* 2015;34(5):793-8.
26. Soliman A, Salama H, Alomar S, Shatla E, Ellithy K, Bedair E. Clinical, biochemical, and radiological manifestations of vitamin D deficiency in newborns presented with hypocalcemia. *Indian J Endocrinol Metab* 2013 Jul;17(4):697-70.



Yasemin Öztürk¹, Elif Gürsoy²

DOI: 10.17942/sted.466811

Geliş/Received : 02.10.2018

Kabul/Accepted : 19.11.2019

Öz

Kadın kanserlerinin görülme sıklığındaki artış günümüzde bir halk sağlığı haline dönüşmüştür ve önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Jinekolojik kanserler içerisinde yer alan serviks kanseri taramalarla etkili bir şekilde kontrol edilebilen bir kanser türüdür. Serviks kanserinin premalign aşamada yakalanmasına, insidans ve mortalite oranlarının düşmesine olanak tanıyan Pap smear tarama testi, uygulanması kolay ve maliyet etkin bir testtir. Pap smear testinin farkında olduğu ve benimsendiği toplumlarda serviks kanseri insidansının önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir. Pap smear testini yaptırmamak serviks kanserinin önlenmesinin önündeki en büyük engeldir. Bir kadın hayatında hiç Pap smear taraması yaptırmamışsa serviks kanserine yakalanma riski %1 oranında artmaktadır. Yetersiz eğitim ve farkındalık, kültürel problemler, ekonomik nedenler, serviks kanseri ve jinekolojik muayene hakkındaki yanlış algı, psikososyal ve demografik özelliklere bağlı nedenler kadınların Pap smear testine yaklaşımını olumsuz yönde etkilemektedir. Buna bağlı olarak kadınlar, Pap smear tarama testini ya hiç yaptırmamakta ya da tarama sıklıklarını aksatmaktadır. Bu derleme kadınların Pap smear testini yaptırmalarının önündeki engelleri ortaya koyma amacıyla yapılmıştır.

Anahtar sözcükler: Farkındalık, Kadın, Pap smear testi, Serviks kanseri, Tarama testi

Abstract

Today, the increase in the incidence rate of female cancers has become a public health problem and is an important cause of morbidity and mortality. Cervical cancer, which is among the gynecological cancers, is a type of cancer that can be effectively controlled by screening. The Pap smear screening test, which enables cervical cancer to be diagnosed in the premalignant stage and incidence and mortality rates of cervical cancer to decrease, is easy to perform and cost-effective test. It was found that the incidence of cervical cancer has decreased significantly in the communities, where the Pap smear test is known and adopted. Not having a Pap smear test is the biggest obstacle to the prevention of cervical cancer. If a woman has never had a Pap smear in her life, the risk of getting cervical cancer increases by 1%. Inadequate education and awareness, cultural problems, economic reasons, misperception about cervical cancer and gynecological examination, psychosocial and demographic characteristics negatively affect women's attitude towards Pap smear test. Accordingly, women never have a Pap smear screening test or they do not adhere to recommended screening intervals. This review was carried out to reveal the obstacles preventing women from having a Pap smear test.

Key words: Awareness, Woman, Pap smear test, Cervical cancer, Screening test

1 Bilim Uzm.; Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Arş. Hastanesi, Ankara (Orcid No: 0000-0001-5028-4636)

2 Doç. Dr.; Eskişehir Osmangazi Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Doğum ve Kadın Hast. Hemşireliği ABD, Eskişehir (Orcid No: 0000-0003-0147-8682)

Giriş

Kanser görülme sıklığının günden güne artması, dünya ve Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (1). Kanser yükünün önemli bir kısmını kadın kanserleri dediğimiz meme, yumurtalık, rahim ve rahim ağzı kanserleri gibi genital sisteme ait kanserler oluşturur. Dünyada jinekolojik kanserler hemen hemen tüm ülkelerde önemli morbidite ve mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Kadın sağlığı açısından jinekolojik kanserler birçok boyutuyla ele alınmalıdır. Jinekolojik kanserler kadının; kadınlık algısını, doğurganlığını, cinsel yaşamını ve aile yapısını olumsuz etkilemektedir. Kaygı, depresyon, öfke, umutsuzluk, çaresizlik, şok, suçluluk duyguları ile kadında benlik imgesi ve benlik saygısında bozulmalara neden olmaktadır (3,4).

Serviks kanseri kadın kanserleri arasında dünyada dördüncü sırada yer almaktadır ve insidans oranı 14/100000'dir. Yıllık yaklaşık 527624 kadın yeni serviks kanseri tanısı alırken 265672 kadın ise ölmektedir (5). Serviks kanserinin Türkiye'de ki yaşa göre insidansı yüz binde 4.3, mortalitesi ise yüz binde 1.7'dir (6). GLOBOCAN 2012 verilerine göre Türkiye'de serviks kanseri insidansı tüm kanserler içerisinde 11. sırada, jinekolojik kanserler içerisinde ise üçüncü sıradadır (7).

Serviks kanserinin önlenmesi ve tedavi edilebilmesi açısından risk faktörlerinin belirlenmesi, erken tanı ve tedavisi oldukça önemlidir (8). Serviks kanserinin erken tanısının konulabilmesi için en önemli tarama testlerinden olan Pap smear tarama testinin önemini fark edilmesini sağlamak halk sağlığı ve özellikle kadın sağlığı için önemli bir basamaktır (9). Bu derlemenin amacı kadınların Pap smear testini yaptırılmalarının önündeki engelleri ortaya koymaktır.

Serviks Kanserinden Korunma ve Pap Smear Taramasının Önemi

Serviks kanseri taramalarla etkili bir şekilde kontrol edilebilen kanser türlerinden biridir (10). Çünkü karsinogenik sürecin uzun olması ve sitolojik tarama programının bulunması nedeniyle, serviks kanserine preinvaziv evrede tanı konulabilmektedir (11). Bu durum servikal kanserlerin premalign aşamada yakalanmasına ve tedavi edilmesi ile insidans ve mortalite oranlarının düşmesine olanak tanımaktadır (12). Bu nedenle serviks kanserinde koruyuculuk önemlidir. Serviks kanserini önleme stratejilerinden birincil koruma; bilinen risk

faktörlerini azaltma ve profilaktik aşılama değildir. İkinci koruma yöntemi ise; anormal ya da prekanseröz hücre değişimini ortaya çıkaran tarama testleridir (13). Ülkemizde serviks kanseri taramasının geliştirilmesi ve toplum tabanlı uygulanabilmesi için PAP (Papanicolau) smear, HPV DNA taraması gibi yöntemlerin kullanıldığı programlar bulunmaktadır (14). Bu yöntemlerden biri olan Pap smear testi; ucuz, kolay, kabul edilebilir ve toplumsal taramalarda kullanılabilmesinden dolayı eşsiz bir testtir. Serviks kanserinden ölümleri yaklaşık %75 oranında azaltabilen bir tarama yöntemidir (15). Yılda bir yapılacak Pap smear testi ile bir kadının serviks kanserinden ölme riskinin 10000'de 40'tan beşe düştüğü tahmin edilmektedir (16). Bu sebeple Pap smear testi dünya genelinde etkili bir kitle tarama metodu olarak benimsenmiştir (17).

Bir diğer yöntem de serviks tarama testleri içerisinde en objektif ve tekrarlanabilir yöntem olan HPV DNA testidir. Son yıllarda geliştirilen HPV DNA testinin sitolojik ya da diğer bilinen tarama yöntemlerine göre daha duyarlı olduğu gösterilmiştir (14). Türkiye'de yenilenen ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaş grubundaki her kadının 5 yılda bir HPV testiyle taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi planlanmıştır. Yapılan çalışmalarda asemptomatik kadınlarda HPV pozitifliği %3 olarak bulunmuştur. Buna göre pozitif olguların yönetimi için planlama yapılarak HPV DNA testinin aile sağlığı merkezlerinde alınması kararlaştırılmıştır. Aile hekimliği bilgi sistemi ile pozitif ve negatif olgular izlenmektedir (18). Pozitif çıkan olguların Pap smear testi ile tekrar değerlendirilmesi uygun görülmüştür (19).

Serviks kanserinden korunmada kadınların kanser konusundaki bilgi, tutum ve davranışları çok önemlidir (20). Taramanın farkında olduğu ve benimsendiği toplumların çoğunda serviks kanseri sıklığının azaldığı saptanmıştır (21). Serviks kanseri çok iyi bilinmesine ve ucuz tarama araçlarına sahip olmasına rağmen düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğunda kanserden ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (22). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; serviks kanseri olgularının %85'i az gelişmiş bölgelerde ortaya çıkmıştır. Bu olgulardan düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan 10 kadından dokuzu ölmektedir; yüksek gelirli ülkelerde 10 kadından biri ölmektedir. Bu ayrımın temel nedeni, etkili önleme ile erken tanı ve tedavi programlarının eksiliğinin yanı sıra bu programlara

eşit şekilde erişimin olmamasından kaynaklanmaktadır (23). Küresel olarak gelişmekte olan ülkeler kaynaklarının yalnızca %5'ini kanser üzerine harcamaktadır. Bu durum gelişmekte olan ülkelerdeki kanser insidans ve mortalite oranlarının yüksek olmasına neden olmaktadır (24). Gerekli önlemler alınmazsa gelecek 10 yıl içinde serviks kanserine bağlı ölümlerin %25 oranında artacağı öngörülmektedir (10).

Kadınların Pap Smear Taramasına Katılımının Önündeki Engeller

Kansere bağlı ölümlerin azaltılmasında, tarama testleri en temel noktayı oluşturur (16). Organize edilmiş serviks kanseri tarama programları, kanser riskini ve ölümleri önemli ölçüde azaltsa da iyileştirilmesi gereken alanlar günümüzde halen mevcuttur (25). Pap smear testi, serviks kanserinin erken evrede tanılanmasını sağlayan ve tedavinin etkinliğini arttıran bir testtir. Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalarda Pap smear tarama testinin uygulanmasındaki başarısızlığın temel nedenini; yetersiz eğitim ve farkındalık, bilgi eksikliği, dini inanışlar, kültürel problemler, ekonomik nedenler, serviks kanseri ve jinekolojik muayene hakkındaki yanlış algı, psikososyal ve demografik özelliklere bağlı diğer nedenler olarak sıralanmışlardır (26,27,28,29). Tüm bu nedenler kadınların serviks kanserine karşı erken tanı ve olumlu sağlık davranışı geliştirmelerini engellemektedir. Farklı faktörler kadınların kendi sağlıklarını koruma ve geliştirmelerine yönelik farklı davranış ve tutum geliştirmelerine neden olmaktadır (30).

Ülkemizde 20 yıldan uzun süredir Pap smear taraması uygulaması gerçekleştirilmektedir. Bu uygulama; uzmana bağımlı olunması, uzmanların konuya ilgisiz davranması, halkın ilgisinin eksik olması gibi birçok nedenden dolayı amaçlanan %70 kapsayıcılıktan uzak kalmıştır. Sadece hedeflenen kadın nüfusunun %20'si tarama programı kapsamında taranabilmiştir (18). Tarama programlarının başarıya ulaşmasında aile hekimlerinin rolü büyüktür. Özellikle bu konuda aile hekimlerinin farkındalığa sahip olmaları, literatürdeki son gelişmelere göre yeterli bilgi düzeylerinin bulunması, erken tanı ve tedavi için hastaları yönlendirmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, aile hekimlerine güncel koruyucu hekimlik görev ve sorumlulukları çerçevesinde eğitimler verilmelidir (19,31). Aile hekimleri, kendisine bağlı olan bireylerin sağlıklarının

korunması ve geliştirilmesi hususunda önemli bir konuma sahiptir. Aile hekimliği periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının odağında yer almaktadır (32). Ancak, aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan ebe ve hemşirelerin servikal tarama testlerini tam anlamıyla yapmalarının önünde çeşitli engeller bulunmaktadır. Bu engeller; artan iş yüküne karşın başta ebe ve hemşire olmak üzere yeterli sağlık personelinin olmayışı, HPV taraması için muayene alanının yetersiz olması (ASM değerlendirme kriterlerinde aile planlaması ve jinekolojik muayene odası gerekliliğinin sadece jinekolojik masaya çekilmiş olması), ASM ile diğer basamak kurumları arasında iletişimin olmaması, tanı sonucu ve takip basamakları hakkında aile hekimlerinin bilgilendirilmemesi, ASM ile KETEM vb. birinci basamak kuruluşları arasında iletişimin yetersiz olması, hedef kitle için takip uygulamalarının bulunmaması (tarama testi pozitif çıkan bir hastanın bu aşamadan sonraki sürecinin tümüyle aile hekiminin bilgisi dışında olması), hizmetiçi eğitimlerin yetersiz olması ve kamuoyunda farkındalığın yeterince oluşmamasıdır. Bunun bir sonucu olarak ASM'ye kanser taramamı yaptırmak için geldim diyen başvuran sayısı neredeyse yok gibidir. Ayrıca, kadın doğum hekimleri tarafından muayene edilirken kadınlara Pap smear testinin yapılmış olması da kadınların test yaptırmak için ASM'ye başvuramalarına ve düzenli tarama yapılmamasına neden olmaktadır (33). Tüm bu engeller çözüme kavuştuğunda; aile hekimleri, koruyucu hekimlik kapsamında üreme çağındaki kadınlara uygulayacakları tarama testleri ile serviks kanserini premalign aşamada tespit ederek insidans ve mortalitenin azalmasına önemli derece katkı sağlayabileceklerdir (34).

Genel popülasyon içerisindeki yüksek kanser tarama oranları bireyin sahip olduğu sağlık inançlarıyla ilişkilendirilmektedir (35). Sağlık inanç modeline göre; algılanan engeller, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır (30). Bireyler, bir sağlık sorununun kendilerine ciddi düzeyde zarar vereceğine yönelik duyarlı ise, eyleme geçtikleri zaman kendilerine gelecek zararların azalacağını düşünürler. Eyleme geçilmez ise, engel algısı oluşturan faktörlerin külfetinden (maliyet, zaman, vs.) daha ağır sonuçlar doğabileceğine inanmaktadırlar (36). Örneğin kanser konusundaki algılanan hassasiyet, öz-

yeterlilik, taramanın getirdiği fayda algılamasının yüksek olması ile kanser tarama oranlarında artış olmaktadır. Korku, kadercilik, utanma, sağlık kaynaklarına erişimden yoksun olma gibi engeller olduğunda ise kanser tarama oranlarında düşüş yaşanmaktadır (35). Algılanan duyarlılıkta, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltmak için harekete geçme olasılığı artmaktadır (30). Buna paralel olarak kadınların Pap smear testinin yararlılığına ilişkin olumlu algısı arttıkça; duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu da paralel olarak artmaktadır (37). Algılanan duyarlılığın Pap smear testini yaptırmaya üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, algılanan duyarlılığın yüksek olduğu kadınlarda Pap smear yaptırmaya oranlarının 1.1 kat arttığı, algılanan yarar seviyesinin yüksek olduğu kadınlarda düşük olan kadınlara göre Pap smear testi yaptırmaya oranının 1.3 kat fazla olduğu saptanmıştır (30).

Serviks kanseri insidans ve mortalitesini azaltabilmek için serviks kanserine neden olabilecek risk faktörlerinden korunmak gerekmektedir (38). Serviks kanserinin önlenmesinin önündeki en büyük engel **hiç tarama yaptırmamaktır** (3). Gelişmiş ülkelerde görülen birçok serviks kanseri vakasını düzenli Pap smear testi yaptırmayan kadınlar oluşturmaktadır (39). Bir kadın yaşamı boyunca Pap smear testini hiç yaptırmamışsa serviks kanserine yakalanma riski % 1 artmaktadır (40). Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler (41). Çağdaş halk sağlığı felsefesinde en önemli unsur bireylerin hasta olmadan önce, henüz sağlıklı iken sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleridir (36). Üç Kuzey Avrupa tarama programı sürveyansına göre serviks kanseri tanısı alanların en az yarısı tarama kılavuzlarına göre hiçbir şikayeti olmayan kadınlardan oluşmaktadır (25). Gelişmiş ülkelerde kadınlar en azından sağlık sigorta sisteminin zorlamasıyla da olsa jinekolojik muayenelerini yeterli bir sıklıkta yaptırdıkları bilinmektedir. Aksakal'ın çalışmasında ülkemizde hiçbir şikayeti yokken sadece kontrol için başvuran hasta sayısının sağlık otoritelerini şaşırtacak kadar az olduğunu belirtilmektedir (42). Özellikle kadınların hastalanmadan sağlık kontrolüne gitme alışkanlığının henüz tam yerleşmemiş olduğu bilinmektedir (8).

Kadın sağlığı için önemli bir problem olan serviks kanseri ve Pap smear tarama testinin toplum tarafından ne ölçüde bilindiği ve uygulanır olduğu önemli bir sağlık sorunudur (43). Pap smear tarama testi ve bu testin serviks kanserinin erken dönemde tanılanmasındaki önemi hakkındaki **bilgi düzeyinin yetersizliği**, kadınların Pap smear tarama testi programına katılmayı engelleyen faktörlerin başında gelmektedir (1). Pap smear tarama testi ile ilgili düşük bilgi düzeyi, yanlış tutum ve inanışlar, kadınların sağlığını koruma ve geliştirmelerine yönelik olumsuz tutum ve davranışlar sergilemelerine neden olmaktadır (44).

Bilgi eksikliği dışında Pap smear testini yaptırmaya kararını birçok faktör etkilemektedir. **Jinekolojik muayene** bu faktörlerden bir tanesidir. Jinekolojik muayene çoğu zaman kadınlar için korkutucu olabilmektedir (45). Gerek muayenenin özelliği gerekse sağlık personelinin olumsuz tutumu da jinekolojik muayeneyi zorlaştıran ve korkutan faktörlerin başında gelmektedir (46). Kadınlar, hastane ve test prosedürleri ile testin sonucunun kötü çıkmasına ilişkin korku, endişe gibi duygusal tepkilerden etkilenebilmektedir (45). Ayrıca psikolojik ve sosyokültürel faktörler, kadınların serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkilemektedir. Pap smear testi yaptırmaya, kadınlar için farklı anlamlar taşıyabilir. Cinsel organlar özellikle geleneksel ve tutucu toplumlarda **mahrem** olarak algılanmaktadır. Bu kültürde yetişen kadınlar jinekolojik sorunları için sağlık kuruluşlarına başvurmaya çekinmekte ve kaygı duymaktadır. Bu kaygının temel nedeni, mahrem olarak kabul edilen cinsel organların muayene sırasında gösterilme zorunluluğudur (46). Müslüman ülkelerde kültürün getirdiği inanç ve tutumlar da smear aldırma davranışlarını etkileyebilmektedir. Özellikle müslüman toplumlarda serviks kanseri taramalarına katılımı engelleyen; sağlık personelinin çekinmek, mahremiyet duygusu, erkek doktorlara gitmemek, bedenine dokunmamak gibi rahatsız edici duygulara karşı kadınlar cesaretlendirilmelidir (13).

Serviks kanseri tarama programlarına katılımın sağlanmasının önündeki engelleri aşmadaki en büyük zorluklardan bir diğeri de **yoksulluktur**. DSÖ'nün geliştirmekte olan 15 ülkede yaptığı araştırmada servikal kanser tarama oranı %4.1'dir. Bu durumun nedeni olarak, ev halkının sosyoekonomik statüsü ve gayri safi yurtiçi

hasılanın sağlık harcamalarındaki yeri gösterilmiştir (22). Düşük sosyoekonomik durum ve buna olarak yoksulluk, sağlık hizmetlerine erişim ve servikal kanser taraması için bir engel oluşturabilmektedir. Özellikle düşük gelirli ve sigortasız insanlara hastalığın geç dönemlerinde kanser teşhisi konması ve bu insanların standartların altında klinik bakım ve hizmetler alması ve hastalıktan ölmesi daha olasıdır (47). Serviks kanserinin yüksek insidans ve mortalite oranları ile Pap smear taramasına yetersiz katılım düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkilidir (48). Amerika'da yapılan çalışmalarda tarama yapılmayan grupların; yaşlı kadınlar, sigortası olmayanlar, etnik azınlıklar, özellikle kırsal kesimde yaşayan fakir kadınlardan oluştuğu olarak tespit edilmiştir (49). Düşük gelirli ve sigortasız olma daha geç evrede kanser tanısının konulmasına ve sağlık hizmetinden standartlar altında faydalanmaya neden olmaktadır (47). Ma ve ark. çalışmasında yaş, medeni durum, meslek, gelir ve sağlık güvencesine sahip olmanın servikal kanser taraması ile önemli derecede ilişkili olduğu belirlenmiştir (48). Docum t ve ark. araştırmasında ise sosyal destek ve eğitim düzeyinin Pap smear taramasına katılımı etkilediği, fakat yüksek sosyal desteğin çoğu eğitilmiş kadın için bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır (50).

Ülkemizdeki kadınlar diğer ülkelerdeki kadınlarla benzer nedenlerden dolayı Pap smear testini ya hiç yaptırmamakta ya da düzenli tarama yaptırmamaktadır. Oysa ki periyodik olarak Pap smear testi yaptırmak gelişmiş ülkelerde serviks kanseri insidansının azalmasına katkı sağlamıştır (51). Sağlık Bakanlığı'nın 2017 yılında yaptığı bir saha çalışmasına katılan 30-65 yaş grubundaki kadınların yaklaşık yarısında hiç serviks kanseri taramasının yapılmadığı bildirilmiştir (52). Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı verilerine göre ülkemizde 15 yaş ve üstü kadınların %69.3'ü hiç Pap smear testi yaptırmamıştır (53). Bu konu hakkında yapılan ulusal çalışmalar incelendiğinde ise kadınların; Pap smear testini daha önce hiç duymamış olma, hiç jinekolojik muayene olmama, bilgi eksikliği, testin gerekli olduğunu düşünmeme, utanma, işlemden ve jinekolojik muayene olmaktan korkma, kendini risk altında görmeme, mahremiyet algısı, ihmalkarlık, maddi yetersizliklere bağlı olarak sağlık hizmetine ulaşamama, menopoza girmiş olma gibi nedenlerden dolayı Pap smear testi yaptırmadıkları saptanmıştır (16,54,55,56,57,58).

Kadınların Pap Smear Taramasına Katılımının Önündeki Engellerin Çözümüne Yönelik Yaklaşımlar

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir gibi özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel ve algısal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir (30). Yapılan araştırma sonuçlarına göre, yaş, ırk, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sağlık sigortası, maliyet, tanı ve tedavi olanaklarına ulaşamama, sağlık profesyonelleri ile iletişim sorunları, sosyal stigma, toplumdaki üreme alışkanlıkları, seksüel uygulamalar, kültürel inançlar ve kadercilik bu faktörlerin başında gelmektedir (46). Yaş, eğitim ve gelir gibi faktörlerin artması, kadınların sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır (30).

Toplumlar arasında kadınların Pap smear testini yaptırmama oranının en önemli belirleyicisi, kadınların bu konudaki bilgi düzeyleri ve farkındalıklarıdır (59). Risk faktörlerinin ve smear testinin bilinmemesi serviks kanserine yönelik korunma, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin kullanılmamasına neden olmaktadır. Bilgi düzeyi ve farkındalığın artmasının serviks kanserinin erken dönemde tespit edilebilmesi ile hem birey hem de toplumun bu hastalıkla en az zarar ve ekonomik kayıpla mücadele edebilmesini sağlayacaktır (8). Kadınları bilinçlendirilmesine yönelik yapılacak faaliyetlerin, kadınların serviks kanserinin erken tanınmasına ilişkin farkındalığının artmasına ve tarama programlarına katılımı için gerekli motivasyonun sağlanmasına olanak kılacaktır (58). Buna ek olarak bireyin hastalıktan korunmak ya da hastalığın şiddetini azaltmak için önerilen koruyucu davranışın kendinde oluşturacağı yarara inanması sağlığın geliştirilmesi için önemli bir unsurdur (36).

Bireylerin sağlıkla ilgili olumlu davranış sergilemesinde kişisel risk ya da hassasiyet önemli bir algıdır. Kişi kendini ne kadar risk altında hissederse risk oluşturacak davranışını o kadar azaltacağı belirtilmektedir (36). Kadınların risk algısı ve kültürel inançları tarama yaptırmayı ve serviks kanserine yaklaşımlarını etkilemektedir. Serviks kanserinin risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olma ile Pap smear tarama testini bilme ve yaptırmama arasında sıkı bir ilişki vardır. (60). Bu nedenle serviks kanserinin erken teşhisi ve taramanın yanında, nedenleri, risk etmenleri ve

belirtileri hakkında toplumda kanser konusunda farkındalığı artırarak bilinç oluşturmak ve davranış değişikliği yaratmak oldukça önemlidir (20). Özellikle risk altında bulunan kadınlar başta olmak üzere tüm kadınların erken teşhis için farkındalıklarının artırılması gerekmektedir (38).

Farkındalık durumu, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek gruplarda daha yüksek olsa da her ülke, hatta aynı ülkenin farklı bölgeleri, bölgenin muhafazakarlık, cinsel ilişki başlama yaşı, yaş, eğitim durumu, ırk, sosyoekonomik durum ve kültürel özelliklerine göre farklılık göstermektedir (61). Bu faktörler kadının jinekolojik muayeneye yaklaşımını ve serviks kanseri tarama programlarına katılımını engelleyebilmektedir (37). Ancak araştırmalar eğitim ve danışmanlık hizmetlerini alan kadınların, sağlık konusunda daha bilinçli, tarama hizmetlerini kullanmaya daha eğilimli olduğunu göstermektedir (38). Bu nedenle sağlık çalışanları uygulama alanlarında kadını bireysel olarak değerlendirmeli, bireye özel danışmanlık vermeli, korunma ve tarama planı hazırlayıp uygulamalıdır (62). Serviks kanseri risk faktörlerinin saptanması, risk faktörlerine ilişkin hizmet modeli çerçevesinde bireylere ve ailelerine yönelik eğitim ve danışmanlık yapılmasında ve böylece olumlu sağlık davranışlarının toplumda pekişmesinde eğitilmiş ebe ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir (8). Ebe ve hemşireler tarafından serviks kanseri ve tarama programlarına yönelik verilecek eğitimin, sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde ve risk gruplarının belirlenmesinde önemli bir yeri vardır (1). Bu risk gruplarından biri de Pap smear testini hiç yaptırmayan kadınlar olduğu düşünülmektedir (26).

Sonuç ve Öneriler

Küresel bir sağlık sorunu olan serviks kanserinin ülkemizdeki görülme sıklığının ve mortalitesinin daha da azalabilmesi için tarama programlarının uygun yaş aralığındaki popülasyona etkin bir şekilde uygulanması ve toplumda özellikle kadınlar arasında farkındalığın artırılması gerekmektedir. Farkındalığın artırılabilmesi için kadınların Pap smear taramasına katılımının önündeki engellerin derinlemesine incelenmesi ve dikkate alınması gerekmektedir. Bu bağlamda; serviks kanserinin hiçbir belirti vermeden 10-15 yıl önce başladığı, bu nedenle kontrol için düzenli jinekolojik muayeneye gitmenin önemi kadınlara

kavratılabilmelidir. Bunun için ulusal ve kurumsal yapılandırılmış programlar etkin olarak uygulanmalıdır. Özellikle birinci basamakta, halk sağlığı eğitimi içerisinde yer verilmelidir.

Birinci basamakta görevli olan sağlık personelleri başta olmak üzere bu konuda görevli tüm sağlık personellerinin Pap smear testini, şikayeti olan ve risk grubundaki kişilere önermesinin yanı sıra tarama yönüne de vurgu yaparak bilgilendirmesi, kadınlar başta olmak üzere toplumun bu konunun önemi hakkındaki bilinç düzeyinin artmasına olanak sağlayacaktır.

Sağlık personelleri, jinekolojik muayeneden utanan, korkan, çekinen kadınları Pap smear testi konusunda desteklemelidir. Sağlık kuruluşları ya da sağlık personelleri tarafından kadınlara yönelik jinekolojik muayene sırasında yaşadıkları anksiyeteyi azaltabilecek girişimlerin uygulanması, kadınların sonraki muayenelere daha rahat gelebilmelerini ve hastalık etkeni olmasa bile düzenli jinekolojik muayene yaptırmalarına ve serviks kanseri tarama programlarına katılmalarına katkı sağlayacaktır.

Eğitim seviyesinin ve gelir düzeyinin düşük olması kadınların sağlık hizmetine ulaşımını olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Mahremiyet duygusu ve kanser olma korkusunu da içerisinde barındıran tüm bu engeller kadınların Pap smear taramasına yaklaşımlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Kadının sağlığını geliştirebilmek, taramaya katılımını sağlayabilmek ve serviks kanseri insidans ve mortalitesini azaltabilmek için önce kadını güçlendirmek gerekmektedir. Kadın güçlenirse, eğitim seviyesi artarsa, ekonomik bağımsızlığını kazanırsa, refah düzeyi artarak kendi sağlığının kontrolünü daha rahat yapabilir. Bu nedenle sağlık sisteminin ve sağlık profesyonellerinin bu konunun önemini kavramaları önemlidir. Özellikle sağlığı koruma, geliştirme, eğitim, danışmanlık, savunuculuk ve riskleri erken tespit etme konusunda çağdaş rolleri olan ebe ve hemşirelerin bu rollerini yerine getirmeleri serviks kanserinden korunma ve erken tanı açısından önemlidir.

İletişim: Uzm. Yasemin Öztürk

E-posta: ozturkyasemi_n@hotmail.com

Kaynaklar

1. Kolutek R, Avcı İA. Eğitim ve Evde İzlemin, Evli Kadınların Meme ve Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeylerine ve Uygulamalarına Etkisi. *J Breast Health* 2015;11:155-62.
2. Ayhan A. (Ed.) *Jinekolojik Onkoloji*. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri;2013. s.25
3. Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(4):638-59.
4. Okumuş H, Çiçek Ö, Tokat MA. *Jinekolojik Onkoloji Hemşireliğinde Güncel Durum*. KASHED 2015;2(2):1-12.
5. Human Papillomavirus and Related Diseases Report. HPV INFORMATION CENTRE. Erişim Tarihi: 21.07.2018, <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
6. Öztürker C, Sönmez G. Endometrium ve Serviks Kanselerinde Görüntüleme. *Trd Sem* 2015;3:1-11.
7. GLOBOCAN 2012. World Health Organization. Erişim Tarihi: 01.07.16 http://globocan.iarc.fr/old/bar_pop.asp?selection=201792&title=Turkey&sex=2&statistic=0&>window=1&grid=1&info=1&color1=5&color1e=&color2=4&color2e=&orientation=1&submit=%C2%A0Execute
8. Pınar G, Topuz Ş, An Ş, Doğan N, Kaya N, Algier L. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların HPV Aşısı ve Serviks Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeyleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2010;1:11-8.
9. Ozan YD, Ertem M. Diyarbakır'da Farklı Meslek Gruplarında Serviks Kanseri Tarama Sıklığı ve Bilgi Düzeyi; 2007. *Türk Aile Hek Derg* 2011;15(4):147-52.
10. Papapetrou I, Charalambous G, Sissouras A, Jelastopulu E. Cervical Cancer Screening in the Municipality of Nicosia, Cyprus –Coverage and Association with Socioeconomic Determinants. *Austin J Public Health Epidemiol* 2016;3(1):1-6.
11. Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu AN. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları. *S.D.Ü Tıp Fak. Derg.* 2012;19(4):124-30.
12. Enerly E, Bonde J, Schee K, Pedersen H, Lönnberg S, Nygard M. Self-Sampling for Human Papillomavirus Testing among Non-Attendees Increases Attendance to the Norwegian Cervical Cancer Screening Programme. *PLoS ONE* 2016;11(4):1-14.
13. Güvenç G, Akyüz A, Yenen MC. Effectiveness of Nursing Interventions to Increase Pap Smear Test Screening. *Res Nurs Health* 2013;36(2):146-57.
14. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Serviks Kanseri ve HPV. *Androl Bul* 2018;20:25-9.
15. Nazlıcan E, Akbaba M, Koyuncu H, Savaş N, Karaca B. Hatay İli Kisecik Bölgesinde 35-40 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması. *TAF Prev Med Bull* 2010;9(5):471-4.
16. Işık O, Çelik M, Keten HS, Dalgacı AF, Yıldırım F. Kadın Doktorların Pap Smear Testi Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Cukurova Med J* 2016;41(2):291-8.
17. Ersöz Ş, Reis A, Baki N. Trabzon İlinde Servikal Tarama Programı. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2010;7(1):35-9.
18. Türkiye Kanser Kontrol Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Erişim Tarihi: 28.09.2019 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf
19. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Med J* 2017;1:73-83.
20. Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellidokuz H. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2011;25(3):145-54.
21. Ceylan Y, Yıldırım G, Aslan H, Gül A, Gedikbaşı A. (Ed.) *Williams Jinekoloji*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2010. s.647.
22. Goodman A, Nour N. Cervical Cancer Screening: The Complex Interplay of Medical Infrastructure, Society, and Culture. *Oncologist* 2014;19:315-7.
23. *Comprehensive Cervical Cancer Control A Guide to Essential Practice*. World Health Organization. Erişim Tarihi: 22.10.15 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf?ua=1
24. Jia Y, Li S, Yang R, Zhou H, Xiang Q, Hu T, Zhang Q, Chen Z, Ma D, Feng L. Knowledge about Cervical Cancer and Barriers of Screening Program among Women in Wufeng County, a High-Incidence Region of Cervical Cancer in China. *PLoS ONE* 2013;8(7):1-7.
25. Burger EA, Kim JJ. The Value of Improving Failures within a Cervical Cancer Screening Program: An Example from Norway. *Int J Cancer* 2014;135(8):1931-9.
26. Daryani S, Shojaeezadeh D, Batebi A, Charati JY, Naghibi A. The effect of education based on a health belief model in women's practice with regard to the Pap smear test. *Journal of Cancer Policy* 2016;8:51-6.
27. Dehdari T, Hassani L, Shojaeezadeh D, Hajizadeh E, Nedjat S, Abedini M. Predictors of Iranian Women's Intention to First Papanicolaou Test Practice: An Application of Protection Motivation Theory. *Indian Journal of Cancer* 2016;53(1):50-3.
28. Sudenga SL, Rositch AF, Otieno WA, Smith JS. Brief Report: Knowledge, Attitudes, Practices and Perceived Risk of Cervical Cancer Among Kenyan Women. *Int J Gynecol Cancer* 2013;23(5):895-9.
29. Ashtarian H, Mirzabeigi E, Mahmoodi E, Khezeli M. Knowledge About Cervical Cancer and Pap Smear and The Factors Influencing The Pap Test Screening Among Women. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2017;5(2):188-95.
30. Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının

- Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. DEUHYO ED 2011;4(1):34-40.
31. Korkmazer B, Kılınçarslan MG, Sarıgül B, Şahin EM. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Kansere Tanı Hakkındaki Tutum ve Davranışları. Troia Med J 2019;1(2):73-9.
32. Sönmez CI, Dinçer D, Küçükdağ HN, Başer DA, Benli AR. Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkında Hastaların Bilgi, Tutum ve Davranışları. Journal of Anatolian Medical Research 2018;3(1):11-22.
33. Ulutaş Y, Ünal F. (Ed.) Birinci Basamakta Toplum Tabanlı Kansere Tanı Sempozyumu. 1. Basım. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları;2019
34. Şen S, Başar F. Kütahya Bölgesinde Yaşayan Kadınların Pap Smear Testi Konusundaki Farkındalıkları. STED 2019;28(1):28-36.
35. Friedman AM, Hemler JR, Rossetti E, Clemow LP, Ferrante JM. Obese Women's Barriers to Mammography and Pap Smear: The Possible Role of Personality. Obesity (Silver Spring) 2012;20(8):1611-7.
36. Gözüm S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. DEUHYO ED 2014;7(3):230-7.
37. Gökçöz N, Aktaş D. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2015;3(2):11-23.
38. Uluocak T, Bekar M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kansere İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2012;(2):50-7.
39. Üstün C, Koçak İ. (Ed.) Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2009. s.447
40. Arabacı Z, Özsoy S. The Pap-Smear Test Experience of Women in Turkey: A Qualitative Study. Asian Pacific J Cancer 2012;13(11):5687-90.
41. Şimşekoğlu N, Mayda AS. Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016;(1):19-29.
42. Aksakal OS. Jinekolojik Muayenenin Psikososyal-Medikal Yönü. T Klin Jinekolojik Obstet 2001;11:62-7.
43. Bekar M, Güler G, Doğaner G, Yılmaz M, Güler N, Güler H, Kocataş S. Akademisyenlerin Serviks Kanseri Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2011;4:102-9.
44. Bal MD. Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;4(3):133-8.
45. Altay B, Kefeli B. Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınların Anksiyete Düzeyi ve Etkileyen Bazı Faktörler. DEUHYO ED 2012;5(4):134-41.
46. Gümüş AB, Çam O. Kadınların Serviks Kanseri İçin Erken Tanı Tutumları ile Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. NOBEL MEDICUS 2011;7(3):46-52.
47. Del Carmen MG, Avila-Wallace M. Effect of Health Care Disparities on Screening. Clin Obstet Gynecol 2013;56(1):65-75.
48. Ma GX, Wang MQ, Ma XS, Shive SE, Tan Y, Toubbeh JI. Pathways of cervical cancer screening among Chinese women. Int J Womens Health 2013;5:351-9.
49. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (Ed.) Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi 2. Cilt. 3. Baskı. Ankara: Atlas Kitapçılık;2012. s.1290
50. Documét PI, Bear TM, Flatt JD, Trauth J, Macia L, Ricci EM. The Association of Social Support and Socioeconomic Status with Breast and Cervical Cancer Screening. Health Educ Behav 2015;42(1):55-64.
51. Demirhindi H, Nazlıcan E, Akbaba M. Cervical Cancer Screening in Turkey: A Community-based Experience After 60 Years of Pap Smear Usage. Asian Pacific J Cancer Prev 2012;13(12):6497-500.
52. Üner S, Balcılar M, Ergüder T (Ed.) Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). 1. Baskı. Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi;2018.
53. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık;2018
54. Öztürk Y, Gürsoy E. Kadınların Pap Smear Testine ve Serviks Kansere Yönelik Farkındalıkları ve Testi Yaptırmama Nedenlerinin Değerlendirilmesi. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2018;14:1-21.
55. Pehlivanoglu EFÖ, Sarı HB, Balçioğlu H, Ünlüoğlu İ. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadın Hastaların Human Papilloma Virüs Aşılama ve Serviks Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ortadoğu Tıp Derg 2019;11(4):456-60.
56. Eke RN, Sezik HA, Özen M. Serviks Kanseri; Kadın Hekimler Yeterince Farkında mı? Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2016;26(1):53-7.
57. Duman NB, Koçak DY, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2015;1(1):30-8.
58. Kızırlamak A, Kocaöz S. Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler. STED 2018;27(3):165-175.
59. Gürel SA, Gürel H, Topçuoğlu A. Jinekolojik Muayene İçin Başvuran Kadınlarda Papyayma Yapılma Oranı ve Etkilerinin İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2009;19(2):62-6.
60. Wong Y, Chinna K, Mariapun J, Shuib R. Correlates between risk perceptions of cervical cancer and screening practice. Preventive Medicine 2013;57:24-6.
61. Görkem Ü, Arslan E, Toğrul C, Efeturk T, Güngör T. Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu Farkındalığı Açısından Kimler Hedef Kitle Olmalıdır? Anket Çalışması. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2015;3:93-8.
62. Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik Kansere Tanı ve Kontrolü ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;77- 90.

Şebnem Çınar Yücel¹, Eda Ergin²

DOI: 10.17942/sted.483793

Geliş/Received : 16.11.2018
Kabul/Accepted : 06.09.2019

Öz

Konforlu olma doğumdan itibaren aranan bir durum ve ulaşılmak istenen bir hedeftir. Bebek kucağa alındığında, dizi yaralanan bir çocuğun öpüldüğünde ağlamasını kesmesi, yaşlı bir bireyin eline dokunulduğunda/ sessizce yanında oturulduğunda rahatladığını ifade etmesi birer örnektir. Yaşam boyunca anlamlı bir ihtiyaç olarak var olan konfor hemşirelikte yeni bir kavram değildir, temel bir gereksinimdir. Yaşlanma, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden yaşlı bireylerin tüm hayatını etkileyen bir durumdur. Fiziksel, psikospirituel, sosyokültürel ve çevresel tüm faktörleri bütüncül olarak ele alan konfor kuramına göre verilen hemşirelik bakımının hedefi yaşlı bireyler için konfor gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Konfor kuramının temel öğeleri yaşlı bireyde konforun sağlanmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin kavramsallaştırılmasına da temel oluşturur. Yaşlı bireylerin gereksinimlerinin tanımlanması ve karşılanamayan gereksinimlerine yönelik uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak uygulaması ve değerlendirilmesi hemşirenin temel hemşirelik bakımı arasında yer almalıdır. Hemşire yaşlı bireyde konforu doğru olarak tanımlamalı, ağırlı durumlarda da, dinlenme sırasında da, evde, huzurevinde ya da hastanedeki koşullarda iç ve dış çevrede konforu sağlamalıdır. Bu anlamda teröpatik sonuçlarla yaşlı bireylerin cesaretlendirilmesi, güçlendirilmesi, desteklenmesi, fiziksel olarak rahatlatılması ile zihinsel konforun sağlanması kolaylaşır. Rahat, sıkıntısız, konforlu yaşlı daha çabuk iyileşecek, hastalık stresi ile daha iyi baş ederek, daha iyi rehabilite olacak ya da daha huzurlu ölecektir.

Anahtar sözcükler: Konfor, Kuram, Yaşlanma

Abstract

Being comfortable is something desired from birth onward and a goal to be achieved. A baby's or a child's stopping crying when taken on the lap or kissed when he/she hurts his/her knee, or an elderly person's expressing his/her relaxation when his/her hand is touched or when someone else sits next to him are the examples of being comfortable. Comfort, which is a significant need throughout life, is not a new concept in nursing; it is a basic requirement. Aging is a condition affecting the whole life of the elderly physically, psychologically, socially and economically. According to the Comfort Theory, which deals with all the physical, psycho-spiritual, sociocultural and environmental factors holistically, the aim of the nursing care is to meet the comfort requirements of the elderly. The basic elements of comfort theory form the basis for the conceptualization of nursing interventions aiming to provide comfort for the elderly. Identifying the needs of the elderly and planning and implementing appropriate nursing interventions to meet the elderly's unmet needs should be among the care services a nurse is expected to provide. The nurse should identify the concept of comfort correctly in an older person and provide comfort both in the indoor or outdoor environment when the older person has pain, is at rest, and is at home, in a nursing home or under hospital conditions. In this sense, encouraging, strengthening and supporting elderly individuals through therapeutic outcomes make the provision of mental comfort easier. An elderly person who is relaxed, trouble-free and comfortable will recover faster, will be better rehabilitated or will pass away in a more peaceful atmosphere since he/she is able to better deal with the stress caused by the disease.

Key words: Comfort, Theory, Aging

1 Doç. Dr.; Ege Ü. Hemşirelik Fak., İzmir (Orcid No: 0000-0002-8904-7395)

2 Arş. Gör.; İzmir Bakırçay Ü. Sağlık Bilimleri Fak., İzmir (Orcid No: 0000-0001-6931-5914)

Giriş

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 yılında %8,0 iken, 2017 yılında %8,5'e yükselmiş, 2017 yılında yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 6 milyon 895 bin 385 kişi olarak belirlenmiştir (1). 2050 yılında Türkiye'de yaşlı nüfusun 19,5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (2). Yaşlı nüfusun artması ve yaşam süresinin uzaması istenilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye karşı hazırlıklı olmaları gerekmektedir (3). Yaşlanan bir toplumun yaşam kalitesini ve sağlığını sürdürme, sosyal ve ekonomik olarak önem taşımaktadır (2).

Yaşlanma, kronik hastalıklar, artan yeti yitimi ve başkalarına daha fazla bağımlı olmakla ilişkili olduğundan, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşanan yaşamın kalitesi de önem kazanmıştır (4). Yaşlılık nedeni ile ortaya çıkan birçok kronik hastalıklar ve bu hastalıkların sonucu olarak gelişen fonksiyonel problemler, yaşlı bireye özgü bütüncül hemşirelik girişimlerini planlama, uygulama ve değerlendirmeyi gerektirmektedir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik rehabilitasyon programları, interdisipliner bir yaklaşım ile yaşlı bireyin görebileceği en iyi noktaya ulaşmasına olanak sağlamaktadır. Hedef yaşlılığa ilişkin pozitif ve gerçekçi bir imaj oluşturmaktır. Yaşlı bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde birçok faktörün etkisi olmaktadır (2,5). Bu faktörlerden biri olan "Konfor" / "Konforlu olma" doğumdan itibaren aranan bir durum ve ulaşılmak istenen bir hedeftir (6). Bebek kucağa alındığında, dizi yaralanan bir çocuğun öpüldüğünde ağlamasını kesmesi, yaşlı bir bireyin eline dokunulduğunda / sessizce yanında oturduğunda rahatladığını ifade eder (7). Yaşam boyunca anlamlı bir ihtiyaç olarak var olan konfor hemşirelikte yeni bir kavram değildir (7). Konfor temel bir gereksinimdir (8).

Konfor Kuramı

Güncel ve önemli bir kavram olarak var olan bireyin konforunun sağlanması bütüncül hemşirelik bakım uygulamalarının yapı taşlarından biridir (8,9). Konfor sözcüğü, etimolojik olarak Latince'de "daha fazla kuvvetlendirmek, güçlendirmek" anlamında olan "confortare" sözcüğünden gelmektedir (9,10). Bu anlamda, güçlendirmek, cesaretlendirme, teşvik etme, yardım etme, sıkıntıdan kurtarma anlamındadır (11). Özellikle 1990 yıllarında konfor hemşirelik bakımının bir sonucu olarak ele alınmıştır (12).

Peplau, hemşirelikte kişiler arası ilişkilere dayanan kuramında konforu temel bir gereksinim olarak kavramsallaştırmıştır (13). Peplau kuramında, anksiyetenin azaltılması ve konforun sağlanmasında hemşire ve birey arasındaki ilişkinin önemli olduğunu ifade eder (14). Orlando'nun kişilerarası ilişkilere dayanan kuramında, hastaların konfor gereksinimlerinin hemşireler tarafından belirlenip değerlendirilmesi ve

konforun sağlanmasının önemi belirtilir (8,10). Faye Abdellah'ın 21 hemşirelik problemi tipolojisini içeren kuramında, "Fizyolojik Gereksinimler" altında yer alan ilk problem "konfor, hijyen ve güvenlik"tir (7,8). Roy'un (1981) adaptasyon modelinde ise hemşire, hastanın dört alandaki (fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonları ve bağımsızlık-ilişkiler) karşılanmayan gereksinimlerinin giderilmesi ve konforunun sağlanmasına yardım eder (7,8). Eğer fizyolojik gereksinimlerde yer alan gereksinimlerden bazıları karşılanamaz ise hemşire problemi değerlendirir ve fizyolojik rahatsızlığı gidererek konforu sağlar (8,10). Watson (1979), "Bakım Bilimi" olarak bilinen kuramında konforu, bakımın bir değişkeni olarak tanımlar ve iç ve dış çevreyi etkileyen bir değişken" olarak açıklar (7,13). Watson, hemşirenin kişinin iç ve dış çevresi arasındaki dengeyi güçlendirmek, konforu sağlamak için konfor önlemlerini aldığı, destekleyici, koruyucu bir zihinsel, fiziksel, sosyokültürel ve spiritüel ortam sağladığını belirtir (7,8,10).

Roper, Logan, Tierney'in Hemşirelik Modelinde günlük yaşam aktivitelerinin hemşirelik uygulamalarının temel öğeleri olan koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonlarıyla ilgili olduğunu, hastayı rahatlatma, fiziksel, mental yönden konforunu sağlamanın, hastalığıyla baş etmesine yardımcı olacağını belirtmektedir (14). Paterson ve Zderad'ın "Hümanistik Hemşirelik" kuramında konfor, "hemşirelik deneyiminin ve doğasının" aktarılan yapısı olarak ifade edilir. Paterson konforu, altında büyüme, sağlık, özgürlük gibi diğer birçok terimin de yer alabileceği bir şemsiye olarak ifade etmektedir (7,8). Konfor kavramını fiziksel bakış açısından çok psikiyatrik bakış açısına göre tanımlayan Paterson, zihinsel rahatsızlık hissinin sık olarak fiziksel rahatsızlık hissine de yol açabileceğini savunmuştur (7).

Kolcaba'ya göre konfor; "bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç" olarak ifade edilmektedir. Konfor pozitif, holistik, çok boyutlu, kuramsal olarak tanımlanabilir ve uygulamaya konulabilir bir kavramdır (9,11,15). Günümüzde de hemşirelik bakımının arzu edilen sonucu ya da hedefidir.

Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı

Kolcaba tarafından geliştirilen konfor kuramında konfor gereksinimi; bireylerin karşılamaya çalıştığı / karşılayamadığı temel insan gereksinimleridir. Hemşirelik bireyin gereksinim duyduğu bu konfor gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanır (16). Hemşireler, iyileşmekte olan ve kendi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek düzeye gelen bireylerde, konforu bozan etkenleri ortadan kaldırmaya

çalışarak, yaşlı bireylerin güç kazanmasına, yenilenmesine yardımcı olurlar (9,11). Bu anlamda hemşireler, yaşlı bireylerin konfor gereksinimlerini tanıyarak bu gereksinimlere yönelik önlemleri alır, yaptığı girişimlerle konfor düzeyinde istenen sonuca ulaşmış olduğunu değerlendirirler (9). Konforu karşılanmayan birey eksiklik hisseder; gereksinimleri giderildiğinde ise eksiklik ortadan kalkar (11).

Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarını yapmış, 1988 yılında konfor kuramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuş (16) ve bu yapıyı iki aşamada incelemiştir;

Tablo 1. Konfor kavramının sınıflandırılmış (Taksonomik) yapısı			
Konfor Boyutları	Düzeyleri		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psikosprituél			
Çevresel			
Sosyokültürel			

Birinci aşamada, holistik görüşe göre temellendirdiği konfor kavramını fiziksel, psikospirituel, sosyokültürel ve çevresel olmak üzere 4 boyutta ele almıştır (7,8,10,17). İkinci aşamada ise karşılanan ya da karşılanmayan bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre ferahlama, rahatlama ve bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesini ifade eden üstünlük olmak üzere 3 düzeyde ele almıştır (7,8,10,17).

Fiziksel Konfor; Bedensel algılarla ilgilidir. Dinlenme ve gevşeme, beslenme ve hidrasyon, tıbbi durumun tedavisi, boşaltım fonksiyonları gibi bireyin fiziksel durumunu etkileyen faktörleri içerir (8,11,16,18). Sıvı elektrolit dengesi, normal kan kimyası, yeterli oksijen saturasyonu gibi homeostatik mekanizmalar ve diğer metabolik fonksiyonlar bireyin fiziksel rahatlık durumunu etkiler (11). Kolcaba bu fizyolojik göstergelerin birinde var olan anormalliğin konforu etkileyeceğini ifade etmektedir (11). Bu nedenle bu mekanizmalardaki değişimler fiziksel konforun sağlanması için tedavi edilmeli / kontrol altında tutulmalıdır (8,11,18). Kolcaba, uyaran oluştursun /oluşturmasın fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı yanıtlarından kaynaklandığını belirtir (12). Konfor gereksinimlerinde karşılanması gereken ilk konu hastalık süreciyle ilgili olan ve konforun en yaygın belirleyicisi olan ağrıdır (11).

Yaşlı bireylerde yaşlanmaya ya da kronik hastalıkların varlığına bağlı olarak ortaya çıkan ağrı, yorgunluk, solunum güçlüğü, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ellerde uyuşma, iştahsızlık gibi semptomlar biyofizyolojik faktörler içerisinde değerlendirilir. Yaşlıda gelişen bu semptomlarla ilgili bir sıkıntı olması yaşlı

bireyin konforunu olumsuz yönde etkilemektedir. Hemşireler tarafından bu durumun değerlendirilmesi, bireyselleştirilmiş tedavi ve bakımın uygulanması ile hastaların semptomlarının hafifletilerek konfor durumunun yükseltilmesi gereklidir (19).

Psikosprituél Konfor; Zihinsel, duygusal ve ruhsal bileşenlerden oluşur. Bireyin entelektüel becerileri, kişilik özellikleri (huy, mizaç), ruhsal durumu, tutum ve davranışları, duygusal ve zihinsel gelişimini içerir (16,20,21). Benlik saygısı, kendine güven, cinsellik, kendinin farkında olma gibi bireyin yaşamına anlam veren öğeleri kapsamaktadır (11,12, 18). Anksiyete, kafa karışıklığı, yetersiz / olumsuz bilgi edinme, korku, sağlık durumundaki değişimler psikospiritüel konforu olumsuz etkileyen faktörlerdir (15).

Yaşlı bireye yönelik, masaj yapmak, ağız bakımı vermek, özel ziyaretçileri kabul etme, dokunma gibi uygulamalar psikospiritüel konfor gereksinimlerini sağlayan bütüncül hemşirelik girişimleridir (22). Yaşlı bireylerde sıkça görülen bir semptom olan ağrı ile anksiyete arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirinin şiddetini arttırdığı bilinmektedir (23). Ayrıca gerek kronik hastalıklar gerekse tedavileri yaşlı bireylerde psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Yaşlılarda görülen semptomlar ile psikolojik sorunlar arasında pozitif bir ilişki mevcuttur. Bu semptomlar hastanın konforunu olumsuz olarak etkilediği için hemşireler bakım esnasında dikkatli olmalıdır (15,20 - 24).

Sosyo-Kültürel Konfor; Yaşlı bireyin, kültürü, eğitim durumu, inanç ve değerleri, içinde bulunulan sosyal yapının özellikleri, statüsü ve rolleri, sosyal ilişkileri sosyo-kültürel faktörler içinde değerlendirilir. Kişiler arası, aile ve sosyal ilişkiler, sosyal konfor içinde yer alırken daha sonra aile hikayesi, gelenekler, giyinme biçimi gibi kavramlar eklenerek konfor kavramının kültürel boyutu oluşturulmuştur (10,12). Sosyal ve kişiler arası ilişkileri düzenleyen yaşlı bireyin gelenek ve görenekleri ve dinsel özellikleri bu kapsamda yer alır (15). Sosyokültürel faktörler sayesinde yaşlı bireylerin sağlık davranışlarını ve hastalık durumunda verdiği tepkileri anlaşılabilir (20).

Sosyokültürel konfor yaşlı bireyin, aile ve diğer sosyal kurumlarla etkileşimlerini ve kişiler arası ilişkilerini içerir. Hemşireler yaşlı bireyin ailesiyle birlikte, duyarlı davranarak sosyal konforu destekleyebilirler. Yaşlı bireye, bilgi ve danışmanlık verme, yaşlının ailesinin gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı bakım verme, yaşlı bireye özgü dini inançları, finansal destek sistemlerinden yararlanması, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, evde bakımının sağlanması sosyokültürel bakımı oluşturan etkenler arasındadır (25). Yaşlının

hastane ve huzurevine gitmesi nedeniyle aileden ayrılması, kültürel geleneklerinin önemsenmemesi ve uygulanmaması, bakımın sürekli olmaması, bakımın kalitesinin kötü olması, sosyal güvencesinin olmaması gibi faktörler ise yaşlılıkta sosyokültürel konforu olumsuz yönde etkileyen durumlardır (15).

Çevresel Konfor; Çevresel konforu dış etkenler ve bunların yaşlı birey üzerindeki etkileri oluşturmaktadır. Bu kapsamda, yaşlı bireyin dış ortamı ile ilgili aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, güvenilir çevre, pencereden görünen manzara gibi kavramlar yer almaktadır (8,10).

Çevresel faktörler içerisinde yaşlı bireyin, yaşadığı yerin atmosfer özellikleri, çevre koşulları, giysileri, sahip olduğu bitki ve evcil hayvanlar gibi yaşadığı ortamın özellikleri yer almaktadır (21). Güvenlik problemleri, bakımın yetersiz olması, uygun olmayan aseptik tekniğin kullanılması sonucu oluşan hastane enfeksiyonları, tıbbi hatalar, soğuk ortam, gürültü, parlak ışık, ter kokusu gibi kötü kokular, yaşlıların mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan yastık ve yatak özellikleri yaşlılıkta çevresel konforu azaltan durumlardır (8,15). Yaşlılıkta sağlık ve iyilik halinin sağlanması için gerekli olan uygun ortam, konforun da yükseltilmesi için de son derece önemlidir (11). Yaşlı bireylerde enfeksiyona ve kanamaya yatkınlık olabilmektedir. Ayrıca yaşlılarda anemi, yorgunluk, uykusuzluk, duyuşsal kayıplar gibi nedenlerden dolayı travma riski yüksektir (26). Bu nedenle, hemşireler tarafından çevresel risk faktörlerinin belirlenerek doğru ve uygun girişimlerin yapılması iyileşme ve sağlığın yükseltilmesinde etkili olduğu gibi yaşlı bireylerin konforunun sağlanmasında oldukça önemlidir (2).

Ferahlama; Belirli bir konfor gereksinimi olan yaşlıların bu gereksinimlerinin karşılanması ve sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumunu ifade eder (22). Gereksinimlerin karşılanmasına temellenen hemşirelik kuramlarından kaynağını alan ferahlama; Orlando'nun kuramında gereksinimleri karşılanan hastanın yaşadığı duygu, Henderson'un kuramında ise on dört temel gereksinimden herhangi birinin karşılanması ile hissedilen durum olarak adlandırılmıştır. Yaşlıların ancak konfor düzeyi sağlandıktan sonra eski fonksiyonlarına dönmesi / tedavisinin devamı sağlanabilir (8-10,25).

Rahatlama; Huzur içinde, sakin, memnun olma durumu olarak tanımlanmıştır. Verimli performans için gerekli bir durumdur (8,9,25). Yaşlı bireyin iyileşmesi için gerekli konfor ve onun iyileşmeye olan katkısı ile pozitif ilişkili, kalıcı bir durumdur (13). Bu durum fiziksel ve mental deneyimler ve çevresel özelliklerden etkilenir (13).

Üstünlük; Bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesidir (8,12,25). Paterson ve Zdread üstünlük çerçevesinde konforu, bireyin belirli bir durum ve zamanda öz potansiyeline uygun olarak kendi kaderini

kontrol etmede özgür olması durumu olarak tanımlar (7,8). Konfor gereksinimleri tam olarak karşılanan birey üstünlük düzeyine ulaşabilmektedir. Üstünlüğü diğer iki kavramdan ayıran özellik, bireyin sıra dışı performans potansiyelini ortaya çıkarmasıdır (8).

Romatoid Artrit nedeniyle hastaneye yatırılmış, Türkçe bilmeyen bir yaşlının konfor gereksinimlerine yönelik hemşirelik uygulamaları konfor kavramının Taksonomisine göre örneklendirilirse;

İlerleyen yaşla birlikte, kronik hastalıkların artması, ağrı, uyku kalitesinin kötüleşmesi, yalnızlık, beden imgesinde bozulma gibi problemlerin yaşlıların konfor düzeyini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Konfor Kuramına göre konforun artırılması yaşlı bireyi sağlıklı olma ve sağlıklı kalmaya yönelik aktivitelere girişmesi konusunda güçlendirir. Bunlar sağlığı geliştirme davranışlarıdır. Hemşirenin rahatlık sonucunu kolaylaştırır. Örneğin ağrı ya da korkutucu bir deneyimden sonra yaşlı bireyin normallik arayışındaki ilk bağlantı hemşiredir. Hemşire durumu iyileştirmek için destekleyici bir ortam sağlar, konforu artırıcı girişimlerde bulunur (11,12).

Konfor Kuramının Temel Önergeleri

1. Hemşire yaşlı bireyin / ailesinin kendi mevcut destek sistemleri ile karşılanmayan konfor gereksinimlerini belirler.
2. Hemşire bu gereksinimleri karşılayacak girişimleri belirler.
3. Girişimler sırasında etkileyici olabilecek değişkenleri tanımlar.
4. Girişim ve hemşirelik bakımı etkiliyse konfor durumu meydana gelmelidir.
5. Yaşlı birey/ailesi ve hemşire ile istedik ve gerçekçi sağlığı geliştirme davranışları konusunda fikir birliği oluşturur.
6. Eğer sağlanan rahatlık durumu desteklenirse yaşlı birey/ailesinin konforunu daha da artırmak üzere güçlendirilmiş olur.
7. Rahatlığı desteklenerek güçlendirilmiş olmanın sonucu olarak yaşlı birey / ailesi sağlığı geliştirme davranışlarına giriştiği zaman hizmeti sağlayan hemşire ve hizmeti alan bireyin sağlık bakımından/hizmetinden doyumunu artar ve sağlıkla ilgili daha iyi sonuçlar sergiler.
8. Yaşlı birey ve hemşirenin belirli bir kurumdaki sağlık hizmetinden doyum bulması kurumun sağlığa katkısının toplumda onaylanması demektir ve bu durum kurumun yaşamasına ve gelişmesine katkıda bulunur.
9. Profesyonel bir çalışma ortamı daha iyi bakım sonuçları ve daha iyi kurumsal sonuçlar üretir (7,8,22,25).

Konforun Sağlanması

Konfor kuramının temel öğeleri yaşlı bireyde konforun sağlanmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin kavramsallaştırılmasına da temel oluşturur. Yaşlı bireylerin yiyecek ihtiyaçlarının karşılanması kadar

Tablo 2. Konfor gereksinimlerin taksonomik yapısına göre olguya uygun gereksinimleri

Konfor		Birinci Boyut	
	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel	-Romatizmaya bağlı ağrı -İlaçlarını zamanında almasının sağlanması	Dizlerinde ağrı, huzursuzluk Rahat bir pozisyon almasının sağlanması	"Bu ağrıya dayanabilirim/ dayandım/güçlüyüm" şeklinde düşüncesinin sağlanması
Psikospiritüel	Anksiyete, Yaşlı bireyi hastalığı hakkında bilgilendirme	Belirsizlik Hastalık ve tedavinin sonuçları hakkında bilgi verme	Yaşlı bireyin neden bunu yaşadığını sorgulaması, bu süreci cezalandırma olarak görmesi, Yaşlı bireyin duygularını ifade edeceği ortamın sağlanması, kendi bakımına katılmasının sağlanması
Çevresel	Gürültülü ortam, yatak, yastığın rahatsız olması Sakin, loş, sessiz oda sağlama	Mahremiyetin olmaması, Odanın kapısının kapalı tutulması, odaya girerken ve yaşlı bireye bir işlem yapılırken izin istenmesi	Sakinlik gereksinimi, alışılagelmiş ortam. Kişisel bakımında mahremiyetin sağlanması
Sosyo-kültürel	Rahat yatak, yastık sağlama Yabancı ortam, Sevdiği bireylerin yanında olmaması Sevdiği bireylerin ziyaretlerinin sağlanması Fotoğraflarının temin edilmesi	Dil / işitsel engeller nedeniyle anlama/ anlatma güçlüğü Yardımcı araçların sağlanması Dilini ve kültürünü bilen hemşire/ hemşirelerden bakım almasının sağlanması	Yaşlı bireyin kendini yalnız hissetmesi, Varlığı ile yaşlıya yarar sağlayabilecek olan önemli kişilerin belirlenmesi; Aileden ve arkadaşlardan destek ve bilgi gereksinimlerinin tanınması

dinlenmesi, uyuması, sosyal ve spiritüel aktiviteleri, arkadaşlar ile ilişkilerinin geliştirilmesi de konforu sağlayabilir. Konforu sağlamak için önce yaşlı bireyin ihtiyaçlarının neler olduğu anlaşılmalıdır. Hemşire yaşlı bireyde konforu doğru olarak tanımlamalı, ağırlı durumlarda da, dinlenme sırasında da, evde, huzurevinde ya da hastanedeki koşullarda iç ve dış çevrede konforu sağlamalıdır. Bu anlamda terapötik sonuçlarla yaşlı bireylerin cesaretlendirilmesi, güçlendirilmesi, desteklenmesi, fiziksel olarak rahatlatılması ile zihinsel konforun sağlanması kolaylaşır (7,8,22,25).

Yaşlı bireyde konforu sağlayıcı girişimler üç grupta toplanabilir;

- Yaşlı bireyde ağrıyı gidermeye ve homeostazisi sağlamaya yönelik standart girişimler,
- Anksiyeteyi gidermek, bilgi ve güven vermek, ümit aşılamak, dinlemek ve iyileşmeye yönelik planlarına yardım etmek için koçluk yapma,
- Masaj, gevşeme egzersizleri, rehberli hayal etme, müzik terapi, aromaterapi, terapötik dokunma gibi bütüncül hemşirelik girişimlerini uygulayarak yaşlı bireyin kendisine özen / ilgi gösterildiğini, bakım verildiğini, güçlendirildiğini hissetmesini sağlayarak ruhu/maneviyatı besleyerek yaşlı bireyin konforu sağlanır (7,8,10,16,25).

Konfor durumu ve konforun sağlanmasında yaşlı bireye özgü toplanan veriler değerlendirilerek hemşirelik tanıları belirlenir (6,14). Hemşirelik tanılarında amaç, yaşlı bireylerin fonksiyonlarının en üst düzeye çıkarılması ve Günlük Yaşam Aktivitelerinde optimal bağımsızlığın sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve konforun en üst düzeyde olmasıdır (6,10). NANDA-I Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırmalar listesinde 13 alan bulunmakta ve bu alanlardan 12.sini konfor alanı oluşturmaktadır. Konfor alanında da fiziksel, çevresel ve sosyal konfor olmak üzere üç sınıf konforda bozulma, bulantı, akut ve kronik ağrı, sosyal izolasyon ve konforu güçlendirmeye hazır oluş olarak altı hemşirelik tanısı onaylanmıştır (6,27).

Planlama

Planlama aşamasında yaşlı bireylerde saptanan sorunlar öncelik derecesine göre belirlenerek sorunları çözümlenecek hemşirelik uygulamalarına karar verilir. Hedefler ve beklenen sonuçlar belirlenerek doğru ve uygun hemşirelik girişimleri, yaşlı bireyle birlikte planlanır (14,28). Yaşlı bireyde konfor düzeyini etkileyebilecek sık görülen hemşirelik tanıları, ilişkili faktörler amaç/beklenen sonuçları ve bakım girişimleri incelendiğinde;

Konforda Bozulma: Tehlikeli, rahatsız edici bir uyarana tepki olarak rahatsızlık duygusu yaşayan bireydeki durum.

Amaç / beklenen sonuçlar: Kalp hızı, ritmi ile solunum hızını koruma, kas gerginliğini azaltma, ağrı ölçeğiyle ağrıyı raporlama ve uyku düzenini sağlama (6,10,27).

Sosyal izolasyon: Başkaları ile daha fazla birlikte olma gereksinimi ya da isteği olan ya da böyle algılanan, ancak ilişki kuramayan birey ya da gruptaki durum.

Amaç / beklenen sonuçlar: Yaşlı bireyin sosyalleşmesi

desteklenmeli, aktivitelere katılımı sağlanmalı, sosyalleşmesini sağlayacak yöntemler tanımlanmalı ve uygulanmalı (6,10,14,27).

Akut / Kronik Ağrı: Gerçek ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan, duyuşsal ve emosyonel deneyim.

Amaç / beklenen sonuçlar: Yaşlının ağrısının geçtiğini sözlü / sözsüz ifade etmesi ve günlük yaşam aktivitelerini güvenli olarak yerine getirmesi, konforunun artması (6,10,14).

Anksiyete: Belirsiz ya da tanımlanamayan bir tehdite karşı bireyin endişe ya da huzursuzluk hissetme durumu.

Amaç/beklenen sonuçlar: Yaşlı bireyin anksiyetesini tanımlayabilmesi ve etkili baş etme yöntemlerini kullanarak rahatlaması, tolere edebildiği günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilmesi, konfor düzeyinin artırılması (6,10,14,23).

Uykusuzluk: Bireyin uzun süre yeterli ve düzenli uyku uyuyamaması, uykuya dalmada güçlük yaşaması, uyku kalitesi ve sürecinin bozulması, uyanmada güçlük yaşaması, uyuduğu halde dinlenmemiş hissetmesi, gündüz uyuması durumu.

Amaç / beklenen sonuçlar: Uyku kalitesinin yükseltilmesi, uykusuzluğa bağlı oluşacak yorgunluk, gerginlik gibi belirtilerin en aza indirilmesi, hastanın rahat uyuması ve dinlenmesinin sağlanması, konforunun artırılması (6,10,14,19).

Uygulama

Hemşire bu aşamada, hemşirelik tanılarına yönelik geliştirilen bakım planında belirlenen, bireyin optimal sağlık düzeyine ulaşmasını sağlayacak hemşirelik girişimlerini bütüncül yaklaşımla yaşlı bireye uygular. Uygulama aşamasında;

- Yaşlı birey uygulanacak girişimlerle ilgili bilgilendirilerek gerekli izin alınmalı,
- Beklenen sonuçlar ve planlanan girişimler gözden geçirilmeli,
- Yaşlı bireyin gizliliğine özen gösterilmeli,
- Uygulama yöntemleri gözden geçirilmeli,
- Öncelikler belirlenmeli,
- Planlanan girişimler uygulanmalı ve
- Yaşlı bireyin uygulamaya verdiği yanıtlar değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir (6,10,14,23,28).

Değerlendirme

Yaşlı bireyin gereksinimlerini karşılamaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliği hakkında karar verme aşamasıdır.

Bu aşamada;

- Değerlendirme için temel ilkeler belirlenir,
- Bunların (beklenen sonuçlar) karşılanıp karşılanmadığını belirlemek için objektif ve subjektif veri toplanır,
- Sonuçlar yorumlanır ve karara varılır,
- Beklenen sonuçlara ulaşmadaki sınırlılıklar değerlendirilir,
- Karar, yaşlı bireyin yanıtları ile kayıt edilir,

- Hemşire uygulanan hemşirelik bakımının etkinliğini ve bireyin konfor düzeyi değerlendirir,

- Saptanan amaç / beklenen hasta sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir ve gerekirse değişen gereksinimleri belirlemek üzere odaklanmış tanılama ile süreç tekrarlanır (14,21,23,28).

Konfor Kuramına Dayalı Çalışmalar

Farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarda, masaj, gevşeme egzersizleri ve müziğin bireylerin gevşemesini, iyileşmesini ve konforunu sağlayan, ağrı, endişe, depresyon yorgunluk, bulantı ve kusmayı azaltan, yaşam kalitesini ve konforu arttıran bir girişim olduğu belirtilmektedir (17,18,28-31).

Literatürde Kolcaba'nın geliştirdiği konfor kuramı kullanılarak değişik alanlarda yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Ancak literatürde, yaşlı bireylerin konfor düzeylerini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır Kolcaba ve ark. (2006) huzurevinde yaşayan yaşlılarda el masajının konfora etkisini girişim grubu (n=35), kontrol grubu (n=25) olmak üzere toplam 60 yaşlıyla çalışmışlardır. Beş haftalık zaman periyodunda 3 ayrı zamanda yapılan veri toplama sonucunda, grupların konfor düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı, ikinci veri toplama zamanında ise girişim ve kontrol grubu arasında konfor düzeyleri açısından anlamlı bir fark olduğu, girişim grubunun konfor düzeyinin daha yüksek olduğunu saptanmıştır (32). Ergin ve Çınar Yücel (2019) huzurevinde yaşayan yaşlılarda müziğin konfora ve anksiyeteye etkisini belirlemek amacıyla, 28'i girişim grubu ve 28'i kontrol grubunda olmak üzere toplam 56 yaşlı ile yürütülen çalışmada, yaşlılara 20.00-22.00 saatleri arasında 25 - 30 dk arasında Klasik Türk Müziği (Nihavend makamı) dinletilmiştir. Girişim grubundaki yaşlıların 3 hafta boyunca GKÖ toplam puan ortalamalarında 0,38'lik artış meydana gelirken, kontrol grubundaki yaşlılarda 0,12'lük artış meydana gelmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki yaşlılarda 3 hafta boyunca meydana gelen GKÖ toplam puan ortalamalarındaki artış açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (18). Göke ve Çınar Yücel (2016) huzurevinde yaşayan yaşlılarda sırt masajı ve el masajı uygulamasının konfor ve anksiyeteye etkisini incelemek amacıyla, 15'i sırt masajı, 15'i el masajı ve 15'i kontrol olmak üzere toplam 45 yaşlı ile yürütülen çalışmada, sırt masajı ve el masajı grubundaki yaşlıların birinci gün masaj öncesi ve masaj sonrası GKÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu, kontrol grubundaki yaşlıların birinci gün önce ve uygulama sonrası GKÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı; birinci, ikinci ve üçüncü gün uygulama sonrası grupların GKÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu; sırt masajı ve el masajı gruplarında birinci gün ile 2. ve 3. gün, ikinci gün ile 3. gün arasında GKÖ toplam puan ortalaması farkları açısından anlamlı bir fark olduğu; kontrol grubunda ise birinci gün ile 2. ve

3. gün, ikinci gün ile 3. gün arasında GKÖ toplam puan ortalaması farkları açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (33). Alp ve Çınar Yücel (2017) huzurevinde yaşayan yaşlılarda Terapötik Dokunmanın (TD), konfor ve anksiyeteye etkisini incelemek amacıyla, randomize kontrollü deneysel (ön test-son test kontrol gruplu çalışma) olarak planlanan çalışmada Terapötik Dokunma'nın huzurevinde yaşayan yaşlılarda anksiyeteyi azaltırken, yaşlıların konfor düzeyini arttırdığı saptanmıştır (34).

Sonuç olarak;

Konfor kavramı hemşirelik bakım niteliğinin bir parçasıdır. Yaşlı birey ve ailesi için istenen bir sonuç olan konfor, hemşirelik bakımı için de ulaşılması beklenen önemli bir hedeftir. Hemşirelerin, yaşlı bireyi bütüncül olarak ele alıp, konfor gereksinimlerini tanımlaması ve karşılanamayan gereksinimlerine yönelik uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak uygulaması ve değerlendirmesi temel işlevleri arasında yer almaktadır. Rahat, sıkıntısız, konforlu yaşlı daha çabuk iyileşecek, hastalık stresi ile daha iyi baş ederek, daha iyi rehabilite olacak ya da daha huzurlu olacaktır.

İletişim: Şebnem Çınar Yücel

E-posta: sebnemcinar@gmail.com

Kaynaklar

1. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Genel Nüfus Sayımı sonuçları, 1935-2000 ve Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçları, 2007-2017, Erişim tarihi: 11.10.2018 <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>
2. Çam C, Atay E, Işıklı B. Yaşlılarda Yalnızlık ve Yaşam Kalitesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(2):50-67
3. Hazer O, Ateşoğlu UL. Yaşam Kalitesine Geronteknolojik Bakış. JAASS. 63(2); 471-86.
4. Şahin NE, Emiroğlu ON. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. HUEMFAD, 2014;1(1):57-66.
5. Fadiloğlu Ç, İlkbay Y, Yıldırım KY. Huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitesi. Turk Geriatri Derg. , 2006;9(3):165-9.
6. Orkun N, Yücel ŞÇ. Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Rahatta (Konforda) Bozulma Hemşirelik Tanısını Kullanma Durumları. HSP. 2017;4 (3):162-70.
7. Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. DEUHYO ED, 2013;6(4):224-30.
8. Yücel ŞÇ. Kolcaba'nın Konfor Kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2011;27(2):79-88.
9. Kolcaba K, Kolcaba R. An Analysis of the Concept of Comfort. J Adv Nurs. 1991;16(11):1301-10.
10. Terzi B, Kaya N. Konfor Kuramı ve Analizi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;20(1):67-74.
11. Kolcaba K. Comfort Theory and Practice A vision for holistic health care and research, 1st Edition, Springer Publishing Company, New York, 2003. P. 15-57.
12. Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı. Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanatı Dergisi, 2011;4(1):197-202.
13. Zengin N. Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2010;14(2):37-44.
14. Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir. Etki Yayınları 2009.
15. Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. J Perianesth Nurs., 2004;19(3): 164-73.
16. Ocakçı AF, Alpar EŞ. Hemşirelik Kavram, Kuram ve Model Örnekleri, İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul 2013, ss 39-57
17. Karakaplan S, Yıldız H. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(1):56-65.
18. Ergin E, Yücel ŞÇ. The Effect of Music on the Comfort and Anxiety of Older Adults Living in a Nursing Home in Turkey. Journal of religion and health 2019; 58 (4):1401-1414. doi:10.1007/s10943-019-00811-z
19. Sadırlı S, Ünsar S. Kanserli hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (estö): Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009;4(11): 79-95.
20. Holland K. An Introduction to the Roper- Logan- Thirney Model for Nursing, Based On Activities of Living. İçinde K. Holland, J. Jenkins, J. Solomon, S Whittam (Ed.), Applying The Roper-Logan- Thirney In Practice. China: Churchill Livingstone; 2008. P:2-11.
21. Kaya H. Uygulama ve Değerlendirme. İçinde T. Aştı, Atabek, A. Karadağ (Ed.) Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012.p201-208.
22. Kolcaba K, Dimarco M. Comfort theory and its application to pediatric nursing. Pediatr Nurs.. 2005;31(3):187-94.
23. Büyükyılmaz FE. Total kalça ya da diz protezi ameliyatı olan hastalara uygulanan gevşeme egzersizleri, sırt masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2009.
24. Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A. Depression and hopelessness in Turkish patients with cancer undergoing chemotherapy. Jpn J Nurs Sci. 2009; 6(2): 105-10. doi: 10.1111/j.1742-7924.2009.00127.x.
25. Üstündağ H, Eti Aslan F. Perianestezi Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Türkiye Klinikleri J Nurs Sc. 2010;2(2):94-9.
26. Mcculloch R, Hemsley J, Kelly P. Symptom management during chemotherapy. Paediatr Child Health., 2013;24(4):166-71
27. NANDA International. Nursing diagnoses definitions and classification 2012-2014. books.google.com > ... > Nursing > General. Erişim 24.10.2018 nandabooks.blogspot.com/.../nursing-manage.
28. Bilgiç Ş, Acaroğlu R. Effects of Listening to music on the comfort of chemotherapy patients. West J Nurs Res. 2017;39(6):745-62. doi: 10.1177/0193945916660527.
29. Çiftçi H, Öztunç G. The effect of music on comfort, anxiety and pain in the intensive care unit: A case in Turkey. IJCS, 2015;8(3):594-602. doi:10.5505/agri.2011.94695.
30. Aksoy Derya Y, Pasinlioğlu T. The effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after caesarean sections. Int J Nurs Knowl, 2017;28(3): 138-44. . doi: 10.1111/2047-3095.12122
31. Yücel SC, Arslan GG, Avdal EU, Kurt C, Celebi H, Kavli H, Orhan Z, Usta N, Aslan Y. Life quality, comfort and anxiety levels of family members caring for the cancer patient. Int J Health Sci Res.2018; 8(6): 192-202.
32. Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. Geriatr Nurs., 2006;27(2): 85-91
33. Göke G, Çınar Yücel Ş. (Huzurevinde yaşayan yaşlılarda sırt masajı ve el masajı uygulamasının konfor ve anksiyeteye etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek İhtisas Tezi, İzmir, 2016.
34. Alp Y, Çınar Yücel Ş. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda Terapötik Dokunmanın (TD) , konfor ve anksiyeteye etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 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 işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

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

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınamayacaktır.

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş, 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 yazımadan 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, gereç 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 gereç 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.