

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0653

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

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



MAYIS | MAY
HAZİRAN | JUNE
2020 | 2020
CİLT 29 | VOLUME 29
SAYI 3 | ISSUE 3

3





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

Doç. 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**

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**

Prof. 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

Doç. Dr. 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: Printcenter Sultan Selim Mah. Libadiye Sok. No:3 4. Levent 34416 İstanbul

Tel: 0 (212) 371 03 00

Baskı Tarihi: Haziran 2020



Merhaba,

Sizlere altı yıldır yayınladığımız 31 Mayıs "**Tütünsüz Bir Dünya Günü**" sayımızdan söz etmek istiyoruz.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi kapsamında 31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü (World No Tobacco Day) nedeniyle 31 Mayıs "**Tütünsüz Bir Dünya Günü**" Özel Sayı dizisi 2014 yılından bu yana devam etmektedir. Ancak, bu yıl çalışmalar pandemi olarak ilan edilmiş olan Yeni

Koronavirüs Hastalığı (COVID- 19) ve hastalığın dünya açısından zorlayıcı döneminde devam etti.

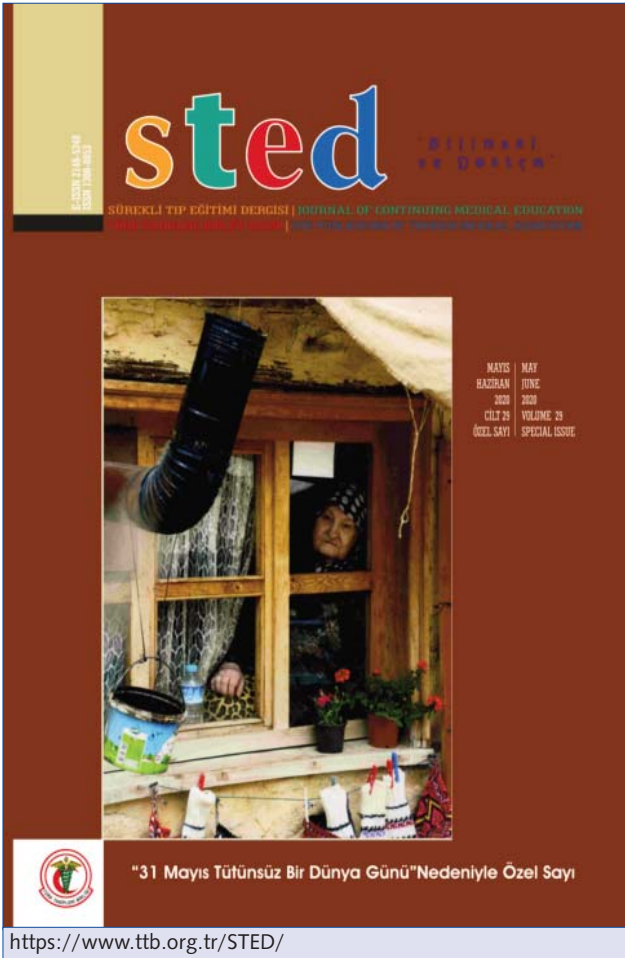
Bugünkü bilimsel verilere göre; tütün kullanımı COVID-19 için bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, bu yıl Dergi Özel Sayısı yazılarında tütün kontrolünün COVID-19 ilişkisine odaklanıldı. Sayı kapsamında; COVID-19 ve tütün kullanımı ilişkisi, tütün endüstrisi taktikleri, 31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü teması, UNION tarafından üretilmiş son derece önemli ve değerli bir belge yer almaktadır. Sayı içeriğinde ayrıca TTB- Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu üyesi derneklerin güncel çalışmalarına ve yaklaşımlarına yer verildi.

Yazarların değerli birikimlerinin ve farklı bakış açılarının okuyuculara doğrudan yansiyabilmesi amacıyla metin içeriklerinin tamamının özgünlüklerinin korunması için önceki "31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü" özel sayılarında olduğu gibi özenli yaklaşım benimsendi.

Özel sayımızı kurgulamada, derlemede yoğun emek, özenli ortak çaba gösteren başta Sayı Editörümüz Sayın Dr. Dilek Aslan olmak üzere, içeriğe yazıları ile katkı sunan bütün yazarlara, davete olumlu yanıt vererek özel sayının bir bileşeni olan UNION yetkililerine ve çeviriyi gerçekleştirenlere, TTB-UDEK üyesi derneklere ve yazar olarak katkı sunan üyelerine, çalışanlarımıza teşekkür ediyoruz.

Tütünsüz bir dünya zorunluluğu / özlemi / erimi yolunda bilimsel bilginin rehberliğinde, bilmenin ötesinde yaşamda tutum almak için birlikte çaba göstermeyi sürdüreceğiz.

Bilimsel ve dostça kalın...



Araştırma / Research

- Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının Klinik Karar Destek Sistemlerine Yaklaşımı 153
Approaches of Gynaecologists and Obstetricians to Clinical Decision Support Systems
Raziye Özdemir, İbrahim Gülhan, Gökhan Tosun, İbrahim Uyar, Aşkın Doğan,
Yüksel Kurban, Suna Yıldırım Karaca, Bülent Kılıç
- Akut Gastroenteritli Çocuklarda Etkenlere Göre Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Karşılaştırılması 161
Comparison of Clinical and Laboratory Findings According to the Agents in Children with Acute Gastroenteritis
Şebnem Özmen, Can Acıpayam, Hatice Güneş, Nurten Seringeç Akkeçeci, Filiz Orak
- Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının ABO ve RH Kan Grubu Dağılımları ve Kan Gruplarını Bilme Durumları 168
Distribution of ABO and Rh Blood Groups and Awareness of Blood Types among the Employees of Kayseri Provincial Health Directorate
Mehmet Emin Özdemir, Ali Ramazan Benli
- Tıp Eğitiminde Özel Çalışma Modülü: Sisplatin Kaynaklı Testis Hasarında Lipoik Asidin Koruyucu Etkilerinin Araştırılması 173
The Special Study Module in Medical Education: Investigation of Protective Effects of Lipoic Acid in Cisplatin-Induced Testicular Damage
Ayşe Koçak, Cemre Ural, Sedenay Sifil, Beyza Sezer, Hatice Çakırlar, Elif Ekin Tunga, Pınar Akokay, Duygu Harmancı Karagülle, Çetin Pekçetin, Zahide Çavdar
- Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri 181
Knowledge and Opinions of Midwifery Students about Natural Birth
Fatma Başar, Sevil Çiçek Özdemir, Havva Yeşildere Sağlam
- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi 2016-2017 Eğitim Dönemi İntörn Hekimlerinin Kanser Tarama Testleri İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması 190
Determination of the Level of Knowledge Related to Cancer Screening Tests among 2016-2017 Academic Year Intern Physicians Studying at Akdeniz University School of Medicine
Kevser Uz, Yeşim Şenol
- Gebelerin Dünya Sağlık Örgütü'nün Pozitif Gebelik Deneyimi İçin Tavsiye Ettiği Rutin Doğum Öncesi Bakımı Alma Durumlarının Değerlendirilmesi 197
Evaluation of the Status of Receiving Routine Antenatal Care Recommended by the World Health Organization for a Positive Pregnancy Experience among Pregnant Women
Zeliha Yurtsal, Vasviye Eroğlu

Derleme / Review Article

- Kültürümüzden Gelen Bir İyileşme Aracı: Ninnilerin Gebelikte Kullanımı 207
A Cultural Healing Instrument: Use of Lullabies in Pregnancy
Nazlı Baltacı, Mürüvet Başar
- Acil Servisin Bilinmeyen-Görülmeeni: Yaşlı İstismarı 213
The Unknown-Unseen Aspect of Emergency Service: Elder Abuse
Handan Çiftçi, Nihal Bostancı Daştan, Fadime Kaya
- Kolostrum: Özellikleri ve Prematüre Bebeğe Faydaları 221
Colostrum: Its Properties and Benefits to Premature Infants
Özge Karakaya Suzan, Nursan Çınar

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Kapak Fotoğrafı
"Ekip Ruhunu"
Ahmet Aziz Akdağ
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013 Sergi Ödülü

Ahmet Aziz Akdağ: 1976 Yozgat doğumluyum. Yozgat 70. yıl Sağlık Meslek Lisesi mezunuyum. 2007 yılında hemşire olarak İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne atandım. Daha sonra Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi ve Ankara Şehir Hastanesi'nde ameliyathane hemşiresi olarak çalıştım. Halen İzmir Çiğli Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ameliyathane hemşiresi olarak çalışmaktayım. Sonradan AÖF önlisans laborant veterinerlik bölümünü bitirdim. Hobi olarak fotoğrafla uğraşmaktayım. Fotoğraf benim için hobi değil, tutku aslında. Hayatımın vazgeçilmez bir parçası. Zaman zaman fotoğraf yarışmalarına katılıyorum. Ufak çaplı bir kaç ödül ve sergileme kazanmış fotoğraflarım oldu. Kısaca hikayem böyle.

Raziye Özdemir¹, İbrahim Gülhan², Gökhan Tosun³, İbrahim Uyar⁴, Aşkın Doğan⁵,
Yüksel Kurban⁶, Suna Yıldırım Karaca⁷, Bülent Kılıç⁸

DOI: 10.17942/sted.623476

Geliş/Received : 23.09.2019
Kabul/Accepted : 02.03.2020

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de üç büyükşehirde görev yapan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının klinik karar destek sistemi (KKDS) kullanım düzeyinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Kesitsel tipteki araştırmanın çalışma grubunu, İzmir, Ankara ve İstanbul illerinde görev yapan 872 KHDU’nun 178’i (%20,4) oluşturdu. KHDU’ları ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanan veriler, yüzde dağılım biçiminde özetlendi. KKDS kullanımı ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Uzman hekimlerin %71,9’u çalışma saatlerinde en az bir KKDS kullanmaktaydı. Her gün KKDS kullanan hekimlerin yüzdesi 14,8 idi. KKDS kullanma yüzdesi genç hekimlerde ($p<0,001$), kadınlarda ($p<0,001$), uzmanlık süresi 15 yıldan az olanlarda ($p<0,001$), akademik unvana sahip olanlarda ($p= 0,012$), kamu sektöründe ($p= 0,005$) ve III. basamak sağlık kuruluşunda çalışanlarda ($p<0,001$) yüksekti.

Sonuç: KHDU’ların büyük bölümü KKDS kullanmasına karşın, her gün düzenli olarak kullananlar düşük düzeydedir. KKDS uygulamaları konusunda uzmanlık dernekleri tarafından tanıtım ve eğitim yapılması önerilebilir.

Anahtar sözcükler: E-sağlık, Karar destek sistemi, Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the level of use of clinical decision support systems (CDSS) by obstetricians and gynaecologists (OB/GYNs), who work in three metropolises of Turkey.

Methods: The population of this cross-sectional study consisted of 178 (20,4%) of 872 OB/GYNs working in İzmir, Ankara and İstanbul. The data collected through face-to-face the interviews with OB/GYNs were summarized in percentage distribution. Chi-square test was used to evaluate the relationship between the use of CDSS and independent variables.

Findings: 71,9% of the OB/GYNs used at least one CDSS during the working hours. The percentage of those using CDSS every day was 14,8. The percentage of using CDSS was higher among the young physicians ($p<0,001$), women ($p<0,001$), those with less than 15 years of expertise ($p<0,001$), those having academic titles ($p= 0,012$), and those working in the public sector ($p= 0,005$) and tertiary healthcare institutions ($p<0,001$).

Conclusion: Although most of the OB/GYNs use CDSS, the proportion of those using it regularly every day is low. It may be recommended that the specialty associations should provide promotion and training about CDSS applications.

Key words: E-health, Decision support system, Obstetrician and gynaecologist

1 Doç. Dr.; Karabük Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Karabük (Orcid No: 0000-0002-7033-3471)

2 Doç. Dr. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir (Orcid No: 0000 0003 0895 0935)

3 Uzm. Dr.; İzmir Buca Doğum ve Çocuk Hastanesi, İzmir (Orcid No: 0000 0001 6229 2270)

4 Doç. Dr.; İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir (Orcid No: 000 0002 0198 1563)

5 Doç. Dr.; İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir (Orcid No: 0000 0001 5334 6265)

6 Uzm. Dr.; Ankara Medikal Park Araştırma Ankara (Orcid No: 0000 0002 9409 652X)

7 Uzm. Dr.; Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul (Orcid No: 0000 0001 8319 3052)

8 Prof. Dr.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD İzmir (Orcid No: 0000-0001-7032-1422)

Giriş

Günümüzde, e-sağlık olarak adlandırılan bilgisayar ve iletişim teknolojilerinin sağlık hizmetlerine uygulanması, yaşlanan nüfus ve tedavideki ilerlemelerle artan sağlık hizmeti talebine karşı kaynak sınırlılığı sorununu çözmek için bir fırsat olarak görülmekte ve giderek yaygınlaşmaktadır 1). Dünya Sağlık Örgütü'nün güncel paradigması olan evrensel sağlık kapsayıcılığı için de e-sağlık olanaklarının büyük bir avantaj olacağı düşünülmekte, e-sağlık uygulamalarının sağlık çalışanlarının fiziksel olarak ulaşamayacağı pek çok yere sağlık hizmeti götürülmesine, maliyetin azaltılmasına ve hizmet kalitesinin artırılmasına yardımcı olabileceği belirtilmektedir (2). Teknolojideki olağanüstü gelişmelere paralel olarak, sağlık çalışanları arasında da çeşitli Klinik Karar Destek Sistemlerinin (KKDS) kişisel dijital asistanlar, akıllı telefonlar ve tablet bilgisayarlarda kurularak çalışma ortamında kullanımı yaygınlaşmış ve bu cihazlarda çalışabilen KKDS uygulamalarının geliştirilmesinde hızlı bir büyüme sağlanmıştır. Sağlık çalışanları için özel olarak tasarlanmış olan çok sayıda KKDS, tıbbi kayıtlara erişim, iletişim ve danışmanlık, referans ve bilgi toplama, hasta yönetimi ve izlenmesi, klinik karar verme, tıp eğitimi ve öğretimi gibi pek çok işlevi yerine getirmektedir (3).

KKDS, güncel tıbbi bilgiyi ve hastaya özel bilgileri birleştirerek hekimlerin hasta hakkında vereceği kararlarda yardımcı olan bilgisayar programlarıdır. Bu programlar masaüstü bilgisayarlarda kurulu olabileceği gibi günümüzde daha yaygın olarak akıllı telefonlarda ve cihazlarda bulunmaktadır. Bu programlardan bazıları yalnızca güncel bilgilere erişimi içermekteyken bazıları da içerdikleri programlarla hasta bilgilerini girerek hasta yönetiminde kararlara yardımcı olmaktadır. Sağlık çalışanları arasında yaygın olarak kullanılan uygulamalar iletişim ve danışmanlık (Doximity), literatür taraması ve incelemesi (PubMed/MEDLINE, Medscape, Google vb), ilaç ve tıbbi referans rehberleri (Epocrates, Dynamed, UpToDate, Skyscape RxDrugs/Omnio, Micromedex, Johns Hopkins Antibiotic Guide vb), hasta yönetimi ve izlemi (Diagnosaurus, Archimedes, MedCac, Lab Pro Values vb), tıbbi eğitim ve öğretim (MedPage Today, QuantiaMD) gibi amaçlara yönelik olarak geliştirilmiş

uygulamaları içerir (3). KKDS, karar vermenin yeterliliğini geliştirmekten ziyade etkinliğini geliştirmeyi hedefler (4). Çalışmalarda KKDS'nin ilaç reçeteleme uygulamalarını iyileştirdiği (5), tıbbi hataları azalttığı (6), sağlık hizmetinin kalitesini ve verimliliğini artırdığı (7,8), maliyeti azalttığı (9), önleyici hizmetlerin yerine getirilmesi, klinik çalışmaların düzenlenmesi ve tedavilerin reçetelenmesi ile ilgili sağlık hizmeti süreç ölçümlerini iyileştirdiği (10) bildirilmektedir. KKDS kullanımının hemşirelik alanında da gittikçe yaygınlaştığı, özellikle yaşlı ve yatağa bağımlı bireylere yönelik sunulan kişilerin evde bakım hizmetlerinde maliyetin düşürülmesi, komplikasyonların önlenmesi ya da erken tespiti açısından yararlı sonuçlar elde edildiği bildirilmektedir (11). Ancak bazı çalışmalarda KKDS uygulamalarının kullanıcıların performansını yükseltmesine karşın hastaların sağlık çıktıları üzerindeki etkisinin açık olmadığı ve mevcut çalışmaların sonuçlarının tutarsız olduğu da vurgulanmaktadır (12,13). Hatta bu uygulamaların hastalar ve klinisyenler açısından zararlar doğurabileceğine ilişkin birtakım kaygıları gündeme getiren çalışmalar bulunmaktadır (14-17). Örneğin akıllı telefonda çalışabilen programların opioid dozu hesaplama açısından güvenilirliğini inceleyen bir araştırmada, bazı uygulamaların hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek ve klinik kullanımda potansiyel olarak tehlikeli olabilecek derecede doğruluğunun düşük olduğu ve kanıta dayalı yönergelere uymadığı bildirilmiştir (17).

Hekimler arasında KKDS kullanımının artışında akıllı cihazların hızla yaygınlaşması ve tıp pratiğine entegrasyonun etkili olduğu söylenebilir. ABD'de Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu onaylı eğitim programları kapsamındaki hekimlerin %85'inin akıllı telefon sahibi olduğu ve %56'sının klinik çalışmaları sırasında KKDS kullandıkları bildirilmiştir (18). Birleşik Krallıkta yapılan bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin %80'inin, genç doktorların %76'sının akıllı telefonlarına en az bir KKDS uygulaması yüklediği saptanmıştır. Araştırmada öğrencilerin en fazla hastalık teşhisi/yönetimi ve ilaç referans uygulamalarını, genç doktorların ise en fazla klinik skor/hesap makinesi uygulamalarını kullandıkları belirlenmiştir (19). Bir literatür incelemesinde, sağlık çalışanları, tıp ve hemşirelik öğrencileri

tarafından en yararlı bulunan KKDS'lerin hastalık tanı rehberleri, ilaç referans rehberleri ve tıbbi hesap makineleri olduğu bildirilmiştir (20).

Uluslararası literatürde sayısı gittikçe artan çalışmalara karşın, Türkiye'de KKDS'nin sağlık çalışanları arasında kullanımı ile ilgili oldukça sınırlı sayıda çalışma vardır (21). Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının (KHDU) KKDS kullanımını araştıran bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Bu gereksinimden yola çıkarak planlanan bu çalışmada, Türkiye'de üç metropolde görev yapan KHDU'ların klinik çalışmaları sırasında KKDS kullanım düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel ve analitik tipteki çalışma, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alındıktan sonra gerçekleştirildi (No: 2018/2-16). Araştırmacının evrenini İzmir, Ankara ve İstanbul illerinde görev yapan toplam 872 KHDU'un 178'i (%20,4) oluşturdu. İllerin KHDU sayısı, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'nden elde edildi. Çalışmada örnek seçimi yapılmamış, tüm KHDU'lara ulaşılması hedeflenmiştir. Ulaşılan KHDU'lar arasında çalışmaya katılmaya onay vermeyen hekim olmamış ancak gene de araştırmacıların olanaklarının yeterli olmaması nedeniyle ulaşılma oranı düşük kalmıştır.

Çalışmanın bağımlı değişkeni, KKDS kullanma durumudur. Bağımsız değişkenler ise yaş, cinsiyet, unvan, KHDU olarak çalışma süresi, çalıştığı sektör, çalıştığı sağlık kuruluşu ve algılanan iş yüküdür.

Veriler, 17 sorudan oluşan bir soru formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Soru formunda hekimlerin tanımlayıcı özelliklerini ve kullandıkları KKDS ve cep uygulamalarını içeren sorular yer almıştır. KKDS uygulamaları,

1. Bilgi toplama ve referans,
2. Hasta izlemi ve yönetimi
3. Eğitim,
4. İletişim ve danışma ve,
5. Bilgi yönetimi olmak üzere beş başlık altında

toplanmış ve bu başlıklar altında spesifik olarak 28 program sorgulanmıştır. Soru formunda, KHDU'ların bu programlar dışında kullandığı KKDS'leri yazabilecekleri alan sağlanmıştır. Görüşmelerden önce tüm hekimlere çalışmanın amacı açıklanmış ve çalışmaya gönüllü katılımları için onayları alınmıştır. Hekimler soru formunu yaklaşık on dakikada yanıtlamışlardır. Çalışmadan elde edilen tanımlayıcı veriler, yüzde dağılım biçiminde özetlenmiştir. KKDS kullanımı ve KHDU'ların özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışma kapsamında İstanbul'dan 63, İzmir'den 64, Ankara'dan 51 KHDU'ya ulaşıldı. KHDU'ların %38,8'i kadın, %61,2'si erkek idi. Yarisına yakını (%48,3) 30-39 yaş grubunda olan hekimlerin %69,1'i 15 yıldan daha az süredir uzman hekim olarak çalışmaktadır. KHDU'ların büyük bölümü kamuda (%84,3) ve III. basamak sağlık kuruluşunda (%60,7) görev yapmakta, %66,3'ü mevcut iş yükününün ağır olarak tanımlamaktadır (Tablo 1).

KHDU'ların %71,9'u (n= 128/178) çalışma saatleri sırasında en bir KKDS kullandığını bildirmiştir. KKDS kullanan hekimlerin %38,3'ünün bu uygulamalar hakkındaki bilgi kaynağı meslektaş ya da arkadaşları, %28,1'inin bilimsel dergi/makalelerdir. Her gün karar destek sistemi kullanan hekimlerin düzeyi %14,8, haftada birkaç kez kullananların düzeyi %45,3'dür. KHDU'ların yarısından fazlası (%56,3) bu uygulamaları akıllı telefonları ya da bilgisayarları aracılığı ile kullanmaktadır. KKDS kullanan hekimlerin %87,5'i bu uygulamaların hasta bakım hizmetlerinin kalitesini geliştirdiğini düşünmektedir. KKDS kullanmayan 50 hekimin en sık bildirdiği kullanmama nedenleri mevcut iş yükü nedeni ile yeterli zaman ayıramama (%48,0) ve karar destek sistemi uygulamaları hakkında yeterli teknolojik bilgisinin olmamasıdır (%34,0) (Tablo 2).

KHDU'ların en fazla kullandığı KKDS UpToDate'dir (%33,1). Bunu Mesdscope (%11,2), American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) (%7,3), Calculate (%6,7) ve Dynamed (%6,2) izlemektedir (Şekil 1).

Tablo 1. Çalışma grubunun cinsiyetine göre tanımlayıcı özellikleri

Değişken	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
Yaş			
30-39	48 (55,8)	38 (44,2)	86 (48,3)
40-49	15 (22,7)	51 (77,3)	66 (37,1)
50-59	4 (23,5)	13 (76,5)	17 (9,6)
60-69	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (5,1)
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olarak çalışma süresi (yıl)			
<15	56 (45,5)	67 (54,5)	123 (69,1)
≥15	13 (23,6)	42 (76,4)	55 (30,9)
Unvanı			
Uzman hekim	64 (43,5)	83 (56,5)	147 (82,6)
Yardımcı doçent	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (2,8)
Doçent	1 (5,6)	17 (94,4)	18 (10,1)
Profesör	2 (25,0)	6 (75,0)	8 (4,5)
Çalıştığı sektör			
Kamu	60 (40,0)	90 (60,0)	150 (84,3)
Özel	9 (32,1)	19 (67,9)	28 (15,7)
Çalıştığı kuruluş			
II. basamak hastane	21 (37,5)	35 (62,5)	56 (31,0)
III.basamak hastane	44 (40,7)	64 (59,3)	108 (60,7)
Özel muayenehane	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (7,9)
Algılanan iş yükü			
Ağır	47 (39,8)	71 (60,2)	118 (66,3)
Orta	19 (35,8)	34 (64,2)	53 (29,8)
Az	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (3,9)
Toplam	69 (38,8)	109 (61,2)	178 (100,0)

KKDS kullanan hekimlerin yüzdesi, 45 yaş altında (%80,2), 45 yaş ve üzerinelere göre (%54,4) ($p<0,001$); kadınlarda (%76,8), erkeklere (%68,8) göre ($p<0,001$); KHDU olarak çalışma süresi 15 yıldan az olanlarda (%82,1), 15 yıl ve daha fazla olanlara (%49,1) göre ($p<0,001$); yardımcı doçent, doçent ve profesörlerde (%90,3), uzman hekimlere (%68,0) göre ($p=0,012$); kamuda çalışanlarda (%76,0), özel sektörde çalışanlara (%50,0) göre ($p=0,005$); üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışanlarda (%88,9), II. basamak hastanelerde (%42,9) ve özel muayenehanede çalışanlara (%57,1) göre ($p<0,001$) anlamlı olarak yüksektir (Tablo 3).

Tartışma

KHDU arasında KKDS kullanımının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, hekimlerin

%71,9'unun akıllı telefon ve/veya bilgisayarları aracılığı ile klinik çalışmalarını sırasında en az bir KKDS kullandıklarını, tercih edilen uygulamaların çoğunlukla tıbbi ve ilaç referans uygulamaları ve tıbbi hesap makineleri olduğunu, KKDS kullanımının yaş, kadın doğum uzmanı olarak çalışma süresi, unvan ve halen çalışılan kuruluş gibi özellikler ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmada, KHDU'ların %14,8'inin her gün, %45,3'ünün haftada birkaç kez, %39,8'inin daha uzun aralıklarla KKDS kullandığı belirlenmiştir. Bu çalışmada saptanan rutin KKDS kullanım sıklığı, diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Türkiye'de aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin %66'sının akıllı telefonunda, %39'unun tabletinde KKDS uygulaması yüklü olduğu, yaklaşık yarısının (%49) herhangi bir tıbbi

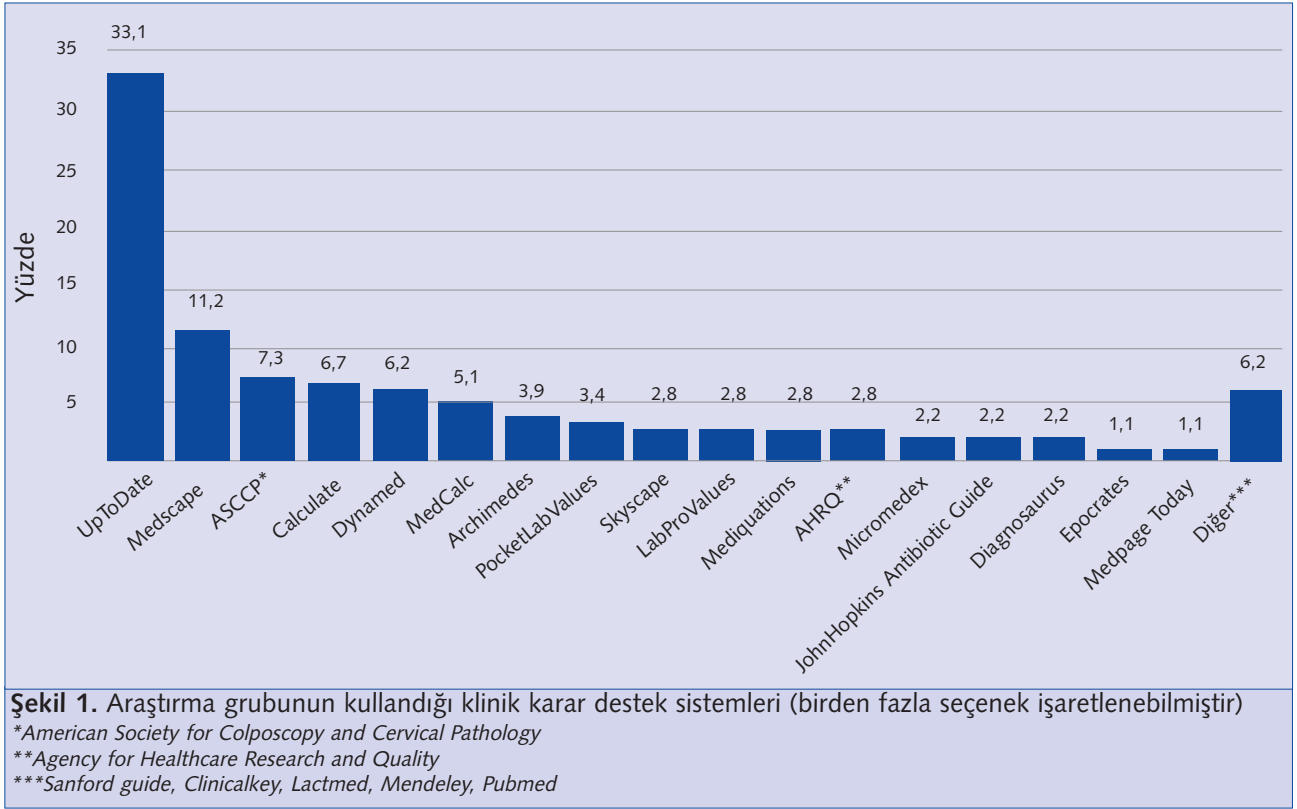
Tablo 2. Çalışma grubunun karar destek sistemi kullanımına ilişkin özellikler

Özellik	n	%
Karar destek sistemi kullanma durumu (n= 178)		
Kullanan	128	71,9
Kullanmayan	50	28,1
Karar destek sistemi kullanan hekimlerin bilgi kaynağı (n= 128)		
Meslektaş/arkadaş	49	38,3
Bilimsel dergi/makale	36	28,1
Sağlık Bakanlığı web sitesi ya da dokümanları	28	21,9
Meslek örgütü web sitesi ya da dokümanları	15	11,7
Kullanma sıklığı (n= 128)		
Her gün	19	14,8
Haftada birkaç kez	58	45,4
Ayda birkaç kez	46	35,9
Yılda birkaç kez	5	3,9
Kullanılan cihaz (n= 128)		
Akıllı telefon ve tablet/laptop	72	56,3
Yalnız tablet/laptop	44	34,4
Yalnız akıllı telefon	12	9,4
Karar destek sistemi kullanımınız hasta bakım hizmetlerinin kalitesini geliştirdi mi? (n= 128)		
Evet	112	87,5
Hayır	6	4,7
Değişmedi	10	7,8
Hekimlerin karar destek sistemi kullanmama nedeni (n= 50)		
Mevcut iş yükü nedeni ile bu uygulamaları kullanmak için yeterli zaman ayıramama	24	48,0
Klinik karar destek sistemleri hakkında yeterli teknolojik bilgisinin olmaması	17	34,0
Kurumsal destek olmaması	6	12,0
Klinik karar destek sistemlerinin hasta bakımını iyileştireceğine inanmama	2	4,0
Klinik karar destek sistemi uygulamalarını güvenilir bulmama	1	2,0

sorun için günde en az bir kez KKDS kullandıkları belirlenmiştir (21). Birleşik Krallıkta cerrahi alandaki 319 hekimin 173'ünün (%54) akıllı telefonuna KKDS uygulaması yüklediği ve yaklaşık %71'inin günlük ya da haftalık olarak bu uygulamaları kullandıkları bildirilmiştir (22).

Bu çalışmada hekimlerin en fazla kullanılan uygulamalar UpToDate, Medscape, ASCCP, Calculate ve Dynamed olarak belirlenmiştir. LabPro Values gibi laboratuvar referans uygulamaları da hekimlerin bir kısmı tarafından tercih edilmiştir. Çalışmalarda en sık kullanılan uygulamalar Türkiye'de aile hekimleri arasında PubMed, kanıt temelli rehberler, UpToDate ve Medscape (21); Suudi Arabistan'da tıp fakültesi öğrencileri arasında Medscape, Gray's Anatomy,

Uptodate ve PubMed Mobile (23); ABD'de ilaç rehberleri, tıbbi hesap makinesi, kodlama ve faturalama programları ve gebelik tekerlekleri (18); pediatristler arasında ilaç referans rehberleri, kişisel zamanlama ve tıbbi hesap makineleri (24) olarak bildirilmiştir. Birleşik Krallık çalışmasında hekimlerinin sık kullandığı uygulamalar British National Formulary, eLogbook ve MedCalc iken, en fazla indirdikleri ve aynı zamanda kıdemli hekimlerin en fazla kullandığı uygulamalar referans rehberleri/el kitapları, ilaç referans rehberleri ve klinik hesap makineleri olarak bulunmuştur (22). Araştırılan popülasyonun özelliklerine ve uzmanlık alanlarına göre tercih ettikleri programlar farklılaşmakla birlikte, genel olarak referans rehberleri ve tıbbi hesap makinelerinin en fazla tercih edilen uygulamalar olduğu söylenebilir.



Çalışmada, KHDU'lar arasında karar destek sistemi kullanımı 45 yaşından daha genç hekimlerde, kadınlarda, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olarak 15 yıldan az çalışanlarda, akademik unvana sahip olanlarda, kamu sektöründe ve III. basamak sağlık kuruluşunda çalışanlarda yüksektir. Genç hekimlerin, daha kıdemli meslektaşlarına göre teknolojik yenilikleri takip etme ve KKDS uygulamalarını kullanma olasılığının fazla olması beklenen bir durumdur. Birleşik Krallık çalışmasında genç doktorların %62'sinin, ileri yaş doktorların %41'nin KKDS programına sahip olduğu ve genç doktorların akıllı telefonları aracılığı ile internet üzerinden tıbbi bilgilere erişim düzeyinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (22). Benzer şekilde akademik unvana sahip olan ve ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ya da eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği III. basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin bilgi teknolojilerini ve yenilikleri izleme ve kullanma olasılıklarının daha fazla olması beklenebilir.

KKDS kullanımının yaygınlaşmasında, kullanıcıların KKDS'ye bakış açısı ve bu uygulamaların yararlı olduğunu kabul etmesi

önem taşımaktadır. Çalışmada KKDS kullanan hekimlerin büyük bölümü (%87,5), KKDS uygulamalarının hasta bakım kalitesini geliştirdiğini düşünmektedir. Hizmetlerin hangi açıdan geliştiğine yönelik görüşler detaylı olarak sorgulanmamıştır ancak bu bulgu KKDS kullanımına karşı hekimlerin olumlu tutum içinde oldukları biçiminde yorumlanabilir. KKDS kullanmayan hekimler arasında KKDS'lerin hasta bakımını geliştireceğine inanan iki, bu uygulamaları güvenilir bulmayan yalnızca bir hekim bulunmaktadır. Bu hekimler dışında, kullanmama nedeni olarak iş yükü, yeterli teknolojik bilgisinin olmaması gibi nedenler gösterilmiştir. Sağlık çalışanları arasında KKDS kullanımının yaygınlaşmasında uygulamaların karmaşıklığı, çalışanların yeni sistemlerin kullanımını benimsemek için yeterli zamana sahip olmamaları, daha önce geliştirilen sistemlerin kullanıcı dostu olmaması ve çok fazla eğitim gerektirmesi, sistemlerin iş akışı entegrasyonu sağlamaması ve tanıya yönelik tedavi planı gibi klinisyenlere gereksinim duydukları bilgileri vermemesi gibi faktörlerden etkilendiği bildirilmektedir (25).

Bu çalışmanın başlıca kısıtlılığı, çalışma grubunun az sayıda hekimi içermesi ve çalışmaya katılacak

Tablo 3. Çalışma grubunun demografik ve mesleki özellikleri ile klinik karar destek sistemi kullanımı arasındaki ilişki

Değişkenler	Klinik karar destek sistemi					
	Kullanan		Kullanmayan		İstatistiksel analiz	
	n	%	n	%	Ki-kare	p
Yas						
<45	97	80,2	24	19,8	12,748	0,000
≥45	31	54,4	26	45,6		
Cinsiyet						
Kadın	53	76,8	16	23,2	1,340	0,000
Erkek	75	68,8	34	31,2		
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olarak çalışma süresi (yıl)						
<15	101	82,1	22	17,9	20,518	0,000
≥15	27	49,1	28	50,9		
Unvanı						
Uzman hekim	100	68,0	47	32	6,300	0,012
Yardımcı doçent/docent/professor	28	90,3	3	9,7		
Çalıştığı sektör						
Kamu	114	76,0	36	24	7,897	0,005
Özel	14	50,0	14	50		
Çalıştığı kuruluş						
II.basamak hastanesi	24	42,9	32	57,1	40,325	0,000
III.basamak hastane	96	88,9	12	11,1		
Özel muayenehane	8	57,1	6	42,9		
İş yükü						
Ağır	88	74,6	30	25,4	1,232	0,267
Orta/az	40	66,7	20	33,3		

hekimlerin belirlenmesinde olasılıklı örnekleme yöntemlerinden birinin kullanılmamasıdır. Bu nedenle, çalışmadan elde edilen bulguların genellenebilirliği sınırlıdır. Bir başka kısıtlılık, çalışmanın Türkiye'nin en gelişmiş üç metropol ilinde görev yapan uzmanlar arasında gerçekleştirilmiş olmasıdır. Ülkenin daha az gelişmiş illerinde yaşayan hekimlerde çalışma ortamında KKDS kullanımı daha düşük olabilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada KHDU arasında KKDS kullanma düzeyi %71,9 olarak belirlenmiştir. Her gün düzenli olarak KKDS kullanan hekimlerin düzeyi düşüktür (%14,8). Uygulamaları genç hekimlerin ve akademik unvana sahip olanların daha fazla kullanması nedeniyle 45 yaş üzeri ve akademik

olmayan gruplara uzmanlık dernekleri tarafından bu konuda tanıtım ve eğitim yapılması önerilebilir. Ayrıca ülkemizde sağlık çalışanları arasında KKDS kullanım sıklığını ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçlayan geniş kapsamlı araştırmaların planlanması konu ile ilgili detaylı bilgi elde edilmesi açısından yararlı olabilir. Bunun yanı sıra, gelecekte kullanımının daha da yaygınlaşması beklenen bu uygulamaların hasta güvenliğini tehdit etmediğinin doğrulanması önem taşımaktadır. Bu nedenle bu tür bilgisayar ve mobil uygulamalarının güvenilir olduğundan ve sağlık alanında mobil teknolojinin yaygınlaşmasının gerek sağlık çalışanlarının kendi arasındaki gerekse sağlık çalışanları ile hastalar ve aileleri arasındaki empatik etkileşime zarar vermeyeceğinden emin olunması gereklidir.

İletişim: Dr. Raziye Özdemir

E-posta: raziyeozdemir@karabuk.edu.tr

Kaynaklar

1. van Gemert-Pijnen J, Wynchank S, Covvey H, Ossebaard H. Improving the credibility of electronic health technologies. *Bull World Health Organ* 2012 May 1;90(5):323-323A.
2. Al-Hhorbaji N. The World Health Assembly resolutions on eHealth: eHealth in support of universal health coverage. *Methods Inf Med* 2013;52(6):463-6.
3. Lee Ventola C. Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits. *Pharmacy and Therapeutics* 2014 May; 39(5):356-64.
4. Özata M, Aslan Ş. Klinik karar destek sistemleri ve örnek uygulamalar. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2004 Ocak;5:11-7.
5. Walton R, Dovey S, Harvey E, Freemantle N. Computer support for determining drug dose: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 1999 Apr 10;318(7189):984-90.
6. Bates DW, Cohen M, Leape LL, Overhage JM, Shabot MM, Sheridan T. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. *J Am Med Inform Assoc* 2001 July-Aug;8(4):299-308.
7. Teich JM, Wrinn MM. Clinical decision support systems come of age. *MD Comput* 2000 Jan-Feb;17(1):43-6.
8. Mitchell J, Probst J, Brock-Martin A, Bennett K, Glover S, Hardin J. Association between clinical decision support system use and rural quality disparities in the treatment of pneumonia. *J Rural Health* 2014 Spring;30(2):186-95.
9. Bellodi E, Vagnoni E, Bonvento B, Lamma E. Economic and organizational impact of a clinical decision support system on laboratory test ordering. *BMC Med Inform Decis Mak* 2017 Dec 22;17(1):179.
10. Bright TJ, Wong A, Dhurjati R, Bristow E, Bastian L, Coeytaux RR, Samsa G, Hasselblad V, Williams JW, Musty MD, Wing L, Kendrick AS, Sanders GD, Lobach D. Effect of clinical decision-support systems: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012 Jul 3;157(1):29-43.
11. Aydın N. Klinik karar destek sistemleri ve hemşirelikte kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2011;8(3):59-63.
12. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, Sam J, Haynes RB. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes. *JAMA* 2005 Mar 9;293(10):1223-38.
13. Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes. *JAMA* 1998 Oct 21;280(15):1339-46.
14. Lewis TL, Wyatt JC. mHealth and mobile medical apps: a framework to assess risk and promote safer use. *J Med Internet Res* 2014 Sep 15;16(9):e210.
15. Bierbrier R, Lo V, Wu RC. Evaluation of the accuracy of smartphone medical calculation apps. *J Med Internet Res* 2014 Feb 3;16(2):e32.
16. Wolf JA, Moreau JF, Akilov O, Patton T, English JC, Ho J, Ferris LK. Diagnostic inaccuracy of smartphone applications for melanoma detection. *JAMA Dermatol* 2013 Apr;149(4):422-6.
17. Haffey F, Brady RR, Maxwell S. A comparison of the reliability of smartphone apps for opioid conversion. *Drug Saf* 2013 Feb;36(2):111-7.
18. Franko OI, Tirrell TF. Smartphone app use among medical providers in ACGME training programs. *J Med Syst* 2012 Oct;36(5):3135-9.
19. Payne KB, Wharrad H, Watts K. Smartphone and medical related App use among medical students and junior doctors in the United Kingdom (UK): a regional survey. *BMC Med Inform Decis Mak* 2012 Oct 30;12:121.
20. Mosa ASM, Yoo I, Sheets L. A systematic review of healthcare applications for smartphones. *BMC Med Inform Decis Mak* 2012;12:67.
21. Yaman H, Yavuz E, Er A, Vural R, Albayrak Y, Yardimci A, Asilkan O. The use of mobile smart devices and medical apps in the family practice setting. *J Eval Clin Pract* 2016;22(2):290-6.
22. Patel RK, Sayers AE, Patrick NL, Hughes K, Armitage J, Hunter AI. A UK perspective on smartphone use amongst doctors within the surgical profession. *Ann Med Surg (Lond)* 2015 Jun;4(2):107-12.
23. Alshuaibia A, Almutairia O, Baghaffara M, Jameelb T, Baig M. Utilization of smart phones related medical applications among medical students at King Abdulaziz University, Jeddah: A cross-sectional study. *J Infect Public Health* 2016 Nov-Dec;9(6):691-7.
24. Carroll AE, Christakis DA. Pediatricians' use of and attitudes about personal digital assistants. *Pediatrics* 2004 Feb;113(2):238-42.
25. AL-Malaise AL-Gamdi A, Albeladi KS, AlCattan RF. Clinical decision support system in healthcare industry success and risk factors. *International Journal of Computer Trends and Technology* 2014 May;11(4):188-92.



Şebnem Özmen¹, Can Acıpayam², Hatice Güneş³, Nurten Seringeç Akkeçeci⁴, Filiz Orak⁵

DOI: 10.17942/sted.665414

Geliş/Received : 26.12.2019

Kabul/Accepted : 02.03.2020

Öz

Amaç: Akut Gastroenteritler (AGE) çocukluk çağıının sık görülen enfeksiyonlarından. Çalışmamızın amacı AGE tanısıyla kliniğe yatırılan çocukların klinik bulgularını ve laboratuvar değerlerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza kliniğimizde Ocak 2016 ve Ocak 2019 tarihleri arasında AGE tanısıyla yatan 0-17 yaş aralığında, ishali 14 gün ya da daha kısa süreli olan 130 hasta alındı. Hastalar, etkenlere göre paraziter ve viral AGE'li olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik, laboratuvar ve klinik verileri hasta dosyalarından elde edildi ve istatistiksel incelemeleri yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 130 hastanın 47'si paraziter 83'ü viral AGE grubunda idi. Gruplar arasında cinsiyet farkı yokken viral AGE grubunda yaş ortalaması düşük bulundu ($p<0.001$). Viral AGE grubunda ishal süresi daha uzun ve kusma daha fazla idi ($p=0,031$, $p=0,02$, sırasıyla). Paraziter AGE en çok yaz, viral AGE en çok kış mevsiminde görüldü ($p=0,01$). İshal süresi, yatış gün sayısı ile pozitif yönde korele iken ($p<0,001$, $r=0,656$) ortalama platelet hacmi, nötrofil sayısı ve C-reaktif protein ile negatif yönde korele idi ($p=0,01$, $r=-0,21$, $p=0,02$, $r=-0,193$, $p=0,01$, $r=-0,209$, sırasıyla).

Sonuç: Viral gastroenteritlerde hastanede yatış süresinin, ishal süresinin ve kusmanın daha fazla olduğunu bulduk. Ayrıca kış aylarında daha çok viral, yaz aylarındaysa paraziter olguların daha sık olduğunu ve paraziter kökenli olgularda akut faz belirteçlerinin daha yüksek olduğunu bulduk.

Anahtar sözcükler: Akut gastroenterit, Çocuk, Paraziter akut gastroenterit, Viral akut gastroenterit

Abstract

Objective: Acute gastroenteritis (AGE) is a common infection of childhood. Our study aims to evaluate the clinical and laboratory parameters of children hospitalized with acute gastroenteritis.

Material and method: One hundred thirty pediatric (aged 0-17 years) patients hospitalized at our clinic between January 2016 and January 2019 with a diagnosis of AGE, who experienced diarrhea for 14 days or shorter were included in our study. They were separated into two groups according to the agents: The patients with viral AGE and those with parasitic AGE. Patients' demographics, laboratory and clinical data were obtained from patients' files and statistical analyses were performed.

Findings: Of the 130 patients included in the study, 47 were in the parasitic and 83 were in the viral AGE group. While there was no gender difference between the groups, the mean age was lower in the viral AGE group ($p<0,001$). The duration of diarrhea was longer and vomiting was more common in the viral AGE group ($p=0,031$, $p=0,02$, respectively). Parasitic AGE was seen mostly in summer and viral AGE was seen mostly during winter ($p=0,01$). The duration of diarrhea was found to be positively correlated with the length of hospital stay ($p<0,001$, $r=0,656$), but this duration was negatively correlated with mean platelet volume, neutrophil count and C-reactive protein ($p=0,01$, $r=-0,21$, $p=0,02$, $r=-0,193$, $p=0,01$, $r=-0,209$, respectively).

Conclusions: We found that the length of stay, the duration of diarrhea were longer and the prevalence of vomiting was higher in viral gastroenteritis. Besides, we concluded that the number of viral cases was larger in winter while the incidence of parasitic cases was higher in summer and acute-phase markers were higher in the cases with the parasitic origin.

Key words: Acute gastroenteritis, Child, Parasitic acute gastroenteritis, Viral acute gastroenteritis

1 KSÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Kahramanmaraş (Orcid No: 0000-0002-4428-3693)

2 KSÜ Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Kahramanmaraş (Orcid No: 0000-0002-6379-224X)

3 KSÜ Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Kahramanmaraş (Orcid No: 0000-0002-6940-0964)

4 KSÜ Tıp Fak. Fizyoloji AD. Kahramanmaraş (Orcid No: 0000-0003-1915-2330)

5 KSÜ Tıp Fak. Mikrobiyoloji AD, Kahramanmaraş (Orcid No: 0000-0001-5153-7391)

Giriş

Akut gastroenteritler (AGE) çocukluk çağının ciddi mortalite ve morbidite sebeplerindedir. İshalin görülme sıklığı, Avrupa'da üç yaşın altındaki çocuklarda, çocuk başına yılda 0,5 ila 2 atak arasında değişmektedir (1). Dünya genelinde yaklaşık olarak 2-3 milyar kişinin AGE geçirdiği tahmin edilmektedir (2,3).

Çocuk acil servislerine hasta başvurularının %16'sını AGE oluşturur. Hastalar üç ya da daha fazla sayıda ishal, kusma ya da ateş, mide bulantısı, gastrointestinal inflamasyonun neden olduğu karın ağrısı gibi şikayetlerle gelir (4,5). Akut gastroenteritlerin %75-90'ını virüsler oluştururken bakteri ya da paraziter kaynaklı enfeksiyonlar özellikle savunmasız popülasyonda sıktır (6). Virüslerden norovirüs, rotavirüs, adenovirüs serotip 40 ve 41, bakterilerden *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Clostridium difficile* ve enterohemorajik *E. coli*, parazitlerden *Giardia intestinalis*, *Entamoeba histolytica* ve *Cryptosporidium* spp. en sık izole edilen mikroorganizmalardır (7,8).

AGE'nin mikrobiyal etiyolojisini belirlemede bir takım gaita ve kan tetkiklerinden faydalanılmaktadır; ancak bu yalnızca hipovolemi bulgularıyla birlikte ileri derecede ishalin eşlik ettiği kan ve mukus içeren az miktarda sık sık dışkılamanın olduğu, günde 6 ve üzeri sayıda dışkılama ya da >48 saat devam eden ishal ya da kanlı ishalin olduğu ya da ateşin >38,5°C olduğu ya da ciddi karın ağrısı ya da hastaneye yatırılan hastalar ya da yeni antibiyotik kullanımı olanlar ya da immün yetmezlikli hastaların olduğu durumlarda yapılmalıdır (9,10). Etiyolojiye yönelik tetkik yapılamadığı durumlarda ve tetkik sonuçları beklenemeyen acil durumlarda öykü, fizik muayene bulgularına göre sıvı desteği ile ampirik tedaviler başlanılmaktadır (7,8).

Bu çalışmanın amacı AGE tanısıyla hastaneye yatan çocuklarda etkenlere göre klinik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Ocak 2016 ile Ocak 2019 tarihleri arasında AGE tanısıyla yatan 0-17 yaş aralığında olan 130

çocuk alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, yattığı mevsim, yatış gün sayısı gibi demografik verileri ile hastanın kliniği ve laboratuvarı ile ilgili verileri hastane otomasyon sistemi üzerinden hasta dosyalarına girilerek retrospektif olarak tarandı ve kaydedildi. AGE tanımı; son 14 gün içinde gaita kıvamının öncekine göre değişmesi ve cıvıklaşması ve/veya günlük gaita çıkımının üç ya da daha fazla olması olarak belirtildi (1). 0-17 yaş aralığında olan, 14 gün ya da daha kısa süreli ishali olan, AGE tanısı alan hastalardan etyolojiye yönelik tetkiklerinin yapılmış ve akut faz belirteçlerinden en az ikisi çalışılmış olan olgular çalışmaya alındı. On dört günden fazla ishali olanlar, kronik hastalığı olanlar, hipertiroidi, diabet ya da inflamatuvar barsak hastalıkları gibi non-infektif ishali olan olgular ve etkeni saptanmayan olgular çalışma dışı bırakıldı. Hastaneye yatış için belirgin dehidratasyonu olanlar, oral alımı olmayanlar, 3 aydan küçük kanlı gaitası olanlar ve kliniği ağır olan olgular ve sosyal endikasyonu olanlar ölçüt olarak kabul edildi (11). Klinik bulgularımız; hastanın genel durumu, dehidratasyon derecesi, kusma durumu, ishal durumu (ishal sayısı günde 6 ve üzeri olması ya da 6'dan az olmasına göre), hastanede yatış günü ve ishal süresi şeklinde değerlendirildi.

Hastaların laboratuvar verileri olarak, hemogram, biyokimya, C-reaktif protein (CRP) düzeyleri ve kliniğimizde bakabildiğimiz etkenlerden gaita tetkikleri (Adenovirüs antijeni, Rotavirüs antijeni ve *E. histolytica* adezin antijeni) sonuçları alındı. Paraziter AGE'li olgularımızın etiyolojisini araştırırken, gaitada direkt parazit incelemesi, lam-lamel arası serum fizyolojik ile sulandırılarak, 40'luk mikroskopta bakılarak, nativ-lugol direkt mikroskopi yöntemiyle değerlendirildi. *Entamoeba histolytica* parazitini değerlendirebilmek için, ELISA yöntemiyle Wampole™ *Entamoeba histolytica* II kiti kullanılarak, *Entamoeba histolytica* adezin antijeni tespit edildi. Viral AGE'li olgularımızın etiyolojisini araştırmak için ise, immunokromotografik yöntemle Acro Rapid Test Cassette (Feces) Rotavirus/ Adenovirüs Buffer kiti kullanılarak, Adenovirüs ve Rotavirüs antijen testi çalışıldı. Olgularımız, yapılmış olan gaita tetkik sonuçlarına göre paraziter ve viral AGE şeklinde iki gruba ayrılarak değerlendirildi.

Çalışma için etik kurul onayı alınmış olup Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uyulmuştur.

İstatistiksel Değerlendirme

Elde edilen sonuçlar "SPSS 16.0 for Windows" istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile; değişkenlerin homojenliği ise "Homogeneity of Variance Test-Levene İstatistiği" ile test edildi. Normal dağılıma uyan ve varyansları homojen olan verilerin analizinde Bağımsız örneklem için t testi kullanıldı. Normal dağılıma uymayan ve varyansları homojen olmayan verilerin analizinde ise "Mann-Whitney U Testi" kullanıldı. Niteliksel verilerin analizinde "Ki-kare Testi" kullanıldı. Korelasyon analizlerinde ise Pearson (parametrik) ve Spearman (nonparametrik) korelasyon testleri kullanılmıştır. Tüm değerler (ortalama±standart sapma) şeklinde gösterildi. Test sonuçları $p < 0,05$ ise anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 130 hasta, gastroenterit etkenlerine göre viral (n=83) ve paraziter (n=47) olmak üzere ikiye ayrılarak incelendi. Hastaların %46,1'inde Rotavirüs, %35,3'ünde *Entamoeba histolytica*, %10'unda Adenovirüs, %7,6'sında hem Rotavirüs hem de Adenovirüs ve %0,76'sında ise *Hymenolepis nana* varlığı tespit edildi. Değerlendirmelerimize göre gruplar arasında cinsiyet farkı olmaz iken viral AGE grubundaki hastaların yaşları paraziter AGE grubuna kıyasla daha küçüktü ($p < 0,001$). Olguların yaşlara göre dağılımında, viral AGE'lilerin %74,7'si 2 yaşından küçüktü. Hastaların laboratuvar parametreleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastalar klinik olarak değerlendirildiğinde ishal süresi viral AGE grubunda fazla idi ($p=0,03$). Hastalar genel durumları, ishal durumu ve dehidratasyon düzeyleri yönünde kıyas edildiğinde gruplar arasında farklılığa rastlanılmadı ($p=0,91$, $p=0,88$, $p=0,59$, sırasıyla). Olguların çoğunda kusma şikayeti mevcutken, viral AGE'li hastalarda, paraziter AGE'li hastalara göre kusma şikayeti daha çok görüldü ($p=0,02$).

Olguların, aylara göre dağılımını incelediğimizde, paraziter AGE'ler, Ağustos ve Eylül aylarında; viral AGE'ler ise Aralık ve Şubat ayında daha sık görüldü. Olguların, mevsimlere göre dağılımına baktığımızda, paraziter AGE'ler en çok yaz mevsiminde; viral AGE'ler ise en çok kış

mevsiminde ortaya çıktı (Şekil 1), ($p=0,01$).

Hastalar etkenlere göre incelendiğinde olguların %45,8'ini Rotavirüs, %16,8'ni ise *E. histolytica*'nın oluşturduğu görüldü (Şekil 2).

Hastaların ishal sürelerine göre korelasyon analizi yapıldığında, ishal süresi yatış gün sayısı ile pozitif yönde korele iken ($p < 0,001$, $r=0,656$), MPV, nötrofil sayısı ve CRP ile negatif yönde zayıf korele idi ($p=0,01$, $r=-0,21$, $p=0,02$, $r=-0,193$, $p=0,01$, $p=-0,209$, sırasıyla) (Tablo 2).

Tartışma

Akut gastroenterit, gaita kıvamında azalma, gaitanın daha yumuşak bir hal alması, sıvılaşması ya da barsak hareketlerinde sıklığın artması 24 saatte üç ya da daha fazla olması, 14 günden daha uzun sürmeyen ishal olarak tanımlanır (12). Gastrointestinal enfeksiyonlar, Türkiye'deki en önemli sağlık sorunlarından birisidir (13).

Olguların yaşlara göre dağılımında, viral AGE'lilerin %74,7'si iki yaşından küçüktü. Çubuk ve ark. (14) 2016 yılında Diyarbakır'da beş yıllık süreyi kapsayan viral AGE ilgili yaptığı çalışmada hastaları yaş ortalamaları açısından karşılaştırdıklarında anlamlı bir fark bulmamışlar. Çoban ve Topal (15) 2013'de Antalya ve Alanya'da Rotavirüs gastroenteritiyle ilgili beş yılı kapsayan çalışmalarında da, bizim çalışmamıza benzer olarak, Rotavirüs gastroenteritli olguların yaklaşık yarısının iki yaşından küçük olduğunu bulmuşlar. Gürbüz ve ark. (16) 2008'de Ankara'da yaptığı epidemiyolojik araştırmada da Rotavirüsün neden olduğu AGE'li olguların iki yaştan küçüklerde, Amebiyazisli olguların ise beş yaşından büyüklerde daha sık olduğunu tespit etmişlerdir. Bu yaş grubunda görülen AGE'ler ciddi mortaliteler ile seyredebilmesi açısından önemsenmelidir, zira bu yaş grubu ihtiyacı olan kaybettiği sıvıyı ancak bir yetişkin yardımıyla alabilmektedir.

Olgularımızın laboratuvar bulgularında, paraziter AGE'li olguların hemoglobın değerleri, viral AGE'li vakalarınkinden daha yüksekti. Andre ve ark. (17) Brezilya'lı çocuklarda demir eksikliği anemisi ile ilgili yaptıkları çalışmada, iki yaşından küçük çocuklarda demir eksikliği anemisinin daha sık görüldüğünü dolayısıyla hemoglobın değerlerinin de daha düşük olduğunu bulmuşlar. Viral AGE'li

Tablo 1. Çalışma grubunun cinsiyetine göre tanımlayıcı özellikleri

	Viral AGE (n=83)	Paraziter AGE (n=47)	p
Yaş (ay)*	13 (8-27)	47 (15-78)	0,000
Cinsiyet (E/K)	47/36	21/26	0,190†
WBC (x10 ³ /mm ³) §	9,8±4,4	11,4±5,1	0,071
RBC (x10 ⁶ u/L) §	4,7±0,6	4,8±0,5	0,254
HGB (g/dL) §	11,4±1,8	12,3±1,4	0,004
HTC (%)§	34,7±4,2	36,5±3,8	0,023
PLT (x10 ³ /mm ³)*	335 (286-412)	327 (249-437)	0,398
MCV (fL) §	73,7±8,3	75,8±5,6	0,205
RDW (fL)*	14,6 (13,6-16,4)	13,4 (12,9-14,7)	0,001
MPV (fL) §	9±1	9,3±0,6	0,021
Lenfosit sayısı (/mm ³) §	3402±2244	2897±2221	0,219
Eosinofil sayısı (/mm ³)*	30 (10-90)	30 (10-140)	0,446
Monosit sayısı (/mm ³)*	970 (580-1290)	1030 (660-1440)	0,362
Nötrofil sayısı (/mm ³)§	5228±4045	6957±4522	0,027
Üre (mg/dL)§	11,3±5,1	10,7±4,9	0,552
Kreatinin (mg/dL)§	0,31±0,12	0,36±0,13	0,056
ALT (u/L)§	32,97±24,45	24,21±17,11	0,032
AST (u/L) §	54,58±32,44	42,10±21,48	0,020
LDH (u/L) §	319,2±76,2	278,8±70,9	0,016
Sodyum (mmol/L) §	138,6±3,64	137,2±2,9	0,026
Potasyum (mmol/L) §	4,2±0,5	4,2±0,5	0,354
Klor (mmol/L) §	108,9±5,3	105,2±4,2	0,000
CRP (mg/L)*	4 (3-15)	72 (24-144)	0,000
Yatış süresi (gün) §	4,5±2,6	3,8±1,7	0,091
İshal süresi (gün)§	6,9±2,8	5,8±2,4	0,031

ALT: alanin aminotransferaz, AGE: akut gastroenterit, AST: aspartat aminotransferaz, CRP: C-reaktif Protein, HGB: hemoglobin, HTC: hematokrit, LDH: laktat dehidrogenaz, MCV: ortalama eritrosit hacmi, MPV: ortalama trombosit hacmi, PLT: trombosit sayısı, RBC: eritrosit sayısı, RDW: eritrosit dağılım genişliği, WBC: lökosit sayısı. *median,IQR (interquartile range), §Ortalama±SD(standard sapma), †Chi-Square test,

olguların iki yaş altında daha sık görüldüğü sonucuna ulaştığımız gibi bu grupta hemoglobinin değerlerini de daha düşük bulduk.

İnflamasyon yanıtı paraziter olgularda daha yüksekti. Paraziter AGE'li hastaların CRP değerleri, viral AGE'li hastaların CRP değerlerinden önemli bir farkla daha yüksek bulundu. Benzer biçimde Çelik ve ark. (18) çalışmasında da paraziter grupta CRP daha yüksek iken Çubuk ve ark. (14) ve Erdoğan ve ark. (19) çalışmalarında gruplar arasında fark

Tablo 2. İshalli gün süresine göre korelasyon analizi

	p	Korelasyon katsayısı*
Yatış günü	<0,001	0,656
MPV	0,01	-0,210
Nötrofil sayısı	0,02	-0,193
CRP	0,01	-0,209

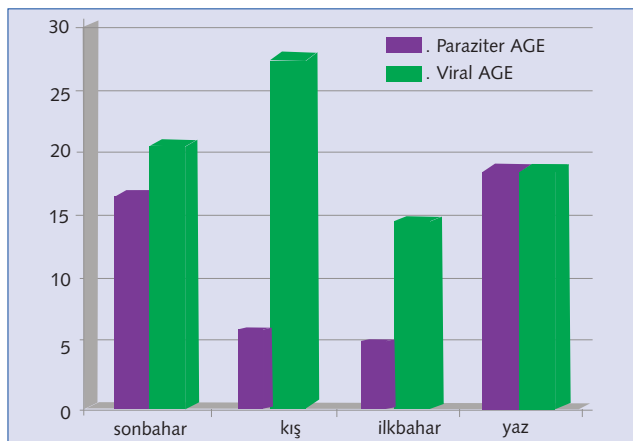
CRP: C-Reaktif Protein, MPV: ortalama trombosit hacmi
*CRP Spearman rho (p) ile Yatış günü, MPV ve Nötrofil sayısı Pearson (r) korelasyon katsayısı ile analiz edilmiştir.

olmadığı bulunmuştur. Son zamanlarda inflamasyon belirteci olarak da çalışmalarda yer verilen MPV değerleri paraziter grupta anlamlı olarak daha yüksekti. AGE ile ilgili yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer biçimde MPV değerleri paraziter grupta daha yüksek bulunmuştur (18,20,21). İnflamatuvar olaylarda, TNF-a gibi sitokinlerin salınımından dolayı trombosit sayısı azalır ve bu durum megakaryopoezisin inflamasyonla tetiklendiğini göstermektedir (22). İnflamasyonun derecesine göre MPV değerleri pozitif ya da negatif yönde değişebilmektedir. Düşük dereceli inflamasyonlarda, büyük trombositlerin dolaşıma fazla salınmasından dolayı, MPV değerleri yükselirken, ciddi inflamasyonlarda, büyük trombositler dolaşımda tüketildiği için, MPV değerleri düşer (21,23,24). Diğer bir inflamatuvar belirteç olan nötrofil sayısı paraziter grupta daha yüksekti. Erdoğan ve ark. (19) çalışmasında Rotavirüsün neden olduğu ishal olgularında nötrofil sayıları daha düşük bulunmuştur.

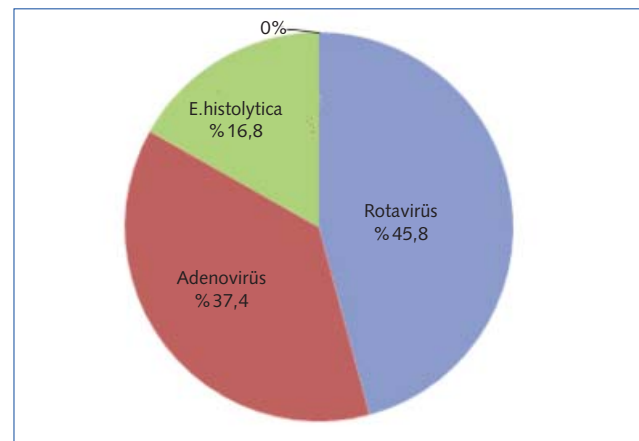
Viral AGE'li olguların ALT ve AST değerleri, paraziter AGE'li olguların değerlerine nazaran daha yüksekti. Erdoğan ve ark. (19) ve Akçaboy ve ark. (25) çalışmalarında, Rotavirüs kaynaklı AGE'li çocuklarda, ALT ve AST değerlerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlar ve bunu Rotavirüs enfeksiyonlarının, ciddi hepatik transaminaz yüksekliğine sebep olmasıyla açıklamışlardır. ALT karaciğere spesifik bir enzimdir, transaminaz düzeylerindeki yükselme, tek başına virüs kaynaklı karaciğer hasarını ifade eder ya da immünolojik cevaptan kaynaklanır ya da enfeksiyon sırasında

metabolitlerin, toksinlerin üretilmesi sonucu meydana gelir (26). Transaminaz düzeylerindeki yükselme, viral enfeksiyonlara ve dehidratasyona sekonder olarak da ortaya çıkabilir (20). Elektrolit değerlerine bakıldığında Na ve Cl değerlerinin viral AGE grubunda anlamlı olarak yüksek olduğunu bulduk. Literatürlerde, vücuttaki sıvı kaybına bağlı dehidratasyon gibi durumlarda hipernatremiyle birlikte hiperkloreminin de ortaya çıktığından bahsedilmektedir (27). Çalışmamızda, viral AGE'li hastaların, günlük ishal sayıları, paraziter AGE'li hastalarınkinden daha fazla bulundu. Hastaların kusma şikayeti, ishali gün süresi ve hastanede yatış günü viral AGE grubunda anlamlı olarak yüksek idi. Viral AGE'lilerde günlük ishal sayılarının daha fazla olduğu, kusmanın daha çok görüldüğü ve viral AGE'nin küçük yaşlarda daha sık görüldüğü için, viral AGE'li hastalarda dehidratasyon (özellikle Rotavirüs pozitif gastroenteritli hastalarda) daha çok görüldü; bunun bir sonucu olarak da hiperkloremi ve hipernatremi, viral AGE'li hastalarda daha fazla idi.

Bu durum kusmaların da fazla görüldüğü grubun niçin hastanede daha fazla yattığını açıklayabilir, zira oral alımı iyi olmayan ve hasta grubunun büyük çoğunluğunu iki yaş altı popülasyonun oluşturması bununla ilişkilendirilebilir. Çalışmamıza benzer olarak Gürbüz ve ark. (16) yaptığı AGE nedeniyle hastanede yatan hastalarla ilgili epidemiyolojik araştırmada da kusma şikayetinin en çok viral AGE'li hastalarda olduğunu görmüşler ve viral AGE'li hastalar arasında ise en çok Rotavirüs olduğunu tespit etmişlerdir.



Şekil 1. Paraziter ve viral AGE'lerin mevsimlere göre dağılımı



Şekil 2. Etkenlere göre olguların dağılımı

Mevsim dağılımına göre etkenler incelendiğinde, paraziter AGE'lerin en çok yaz aylarında; viral AGE'lerin ise en sık kış aylarında görüldüğünü bulduk. Tüzüner ve ark. (28) Konya'da yaptıkları çalışmada, üç yıllık AGE'leri incelemişler ve Rota virüs pozitif gastroenteritlerin sayısının kış ve ilkbahar aylarında arttığı gözlenmiş, adenovirüs pozitif olgularına her mevsimde olduğunu bulmuşlardır. Kızılırmak ve ark. (29) yaptığı araştırmada da benzer dağılımların olduğu gösterilmiştir. Sugeçti ve ark. (30) Zonguldak'ta yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamıza benzer olarak, mevsimler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulmuşlar. Bunun nedeninin kışın enfeksiyon sıklığının artarak, virüsün solunum yoluyla yayılımının kolaylaşması ayrıca kışın kapalı ve nemli ortamlarda virüsün kolaylıkla yayılabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Etkenlere göre analiz yapıldığında çalışmamızda Rotavirüs pozitifliği bireylerin %45,8'inde tespit edilmiş oldu. Diğer kalanların ise %16,8'ni paraziter gruptan *E. histolytica* etkenli AGE'ler oluşturmakta idi. Kalan bireylerin ise bakteriyel ve mikst etkenlerle AGE geçirmiş olduğunu bulduk. Çalışmamızda bakteriyel etkenlerin sayısının az olmasının nedeni olarak, gaita kültürünün rutin olarak hemen yapılmamış olmasından ve başvuruların çoğunlukla acil polikliniğine yapılmış olmasından dolayı burada kültür çalışmanın yapılamamasından kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz. AGE'lerde en sık etken olan virüslerdir ve viral gastroenteritlerin en sık görülen etkeninin Rotavirüsler, sonrasında ise Adenovirüsler olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (31).

Çalışmamıza, hastaneye yatan tüm AGE hastaları değil, saptanabilen etkenlere bağlı gelişen AGE hastaları dahil edilmiştir. Böylelikle, bu çalışma, bölgede hastaneye yatış gerektiren AGE etkenlerini değil, çalışma kapsamında saptanabilen etkenlerin birbirlerine göre rölatif sıklıklarını yansıtmaktadır. Bu kısım çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Sonuç olarak, çalışmamızda viral gastroenteritlerde hastanede yatış süresinin, ishali geçirilen gün sayısının ve kusmanın daha fazla olduğu bulundu. Bu açıdan kliniğe başvuran hastalarda yatış endikasyonu olan viral kökenli bir AGE var ise bunların yakından takip edilmesi gerekmektedir. Ayrıca çalışmamızda, kış aylarında daha çok viral, yaz

aylarında ise daha çok paraziter kaynaklı olguların olduğu ve paraziter kökenli olgularda ise akut faz belirteçlerinin daha yüksek olduğu bulundu. Böylelikle, kliniğe gelen olguların hangi mevsimde başvurduğunun da göz önüne alınması gerektiği bir kez daha vurgulanabilir.

Çıkar Çatışması

Bu çalışmada adı geçen araştırmacıların aralarında çıkar çatışması olmadığı beyan ederiz.

İletişim: Dr. Şebnem Özmen

E-posta: dr.sebnemozmen@gmail.com

Kaynaklar

1. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; European Society for Pediatric Infectious Diseases. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014; 59(1):132-52.
2. Bayrakçı B, Özütemiz Ö. Postinfeksiyöz irritabl barsak sendromu. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi.* 2009; 13(3):153-7.
3. Kurugöl Z, Devrim İ. Gastrointestinal enfeksiyonlar. *J Pediatr Inf* 2014; 8:71-81.
4. Freedman SB, Thull-Freedman JD, Rumantir M, Atenafu EG, Stephens D. Emergency department revisits in children with gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013; 57(5):612-8.
5. Fox J, Richards S, Jenkins HR, Powell C. Management of gastroenteritis over 10 years: changing culture and maintaining the change. *Arch Dis Child.* 2012; 97(5):415-7.
6. Churgay CA, Aftab Z. Gastroenteritis in children: Part II. Prevention and management. *American Family Physician.* 2012; 85(11):1066-70.
7. Korczowski B, Szybist W. Serum procalcitonin and C-reactive protein in children with diarrhoea of various aetiologies. *Acta Paediatr.* 2004; 93(2):169-73.
8. Kabayiza JC, Andersson ME, Nilsson S, Baribwira C, Muhirwa G, Bergström T, Lindh M. Diarrhoeagenic microbes by real-time PCR in Rwandan children under 5 years of age with acute gastroenteritis. *Clin Microbiol Infect.* 2014; 20(12):O1128-35.
9. Shane AL, Mody RK, Crump JA, Tarr PI, Steiner TS, Kotloff K, Langley JM, Wanke C, Warren CA, Cheng AC, Cantey J, Pickering LK. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical

- Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clin Infect Dis.* 2017; 65(12):1963-1973.
10. Shane AL, Mody RK, Crump JA, Tarr PI, Steiner TS, Kotloff K, Langley JM, Wanke C, Warren CA, Cheng AC, Cantey J, Pickering LK. 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clin Infect Dis.* 2017; 65(12):e45-e80.
 11. Hartling L, Bellemare S, Wiebe N, Russell K, Klassen TP, Craig W. Oral versus intravenous rehydration for treating dehydration due to gastroenteritis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:CD004390.
 12. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra JH, Shamir R. ESPGHAN/ESPID Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe Expert Working Group. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: executive summary. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008; 46(5):619-21.
 13. Martín A, Pérez-Ayala A, Chaves F, Lora D, Orellana MÁ. Evaluation of the multiplex PCR Allplex-GI assay in the detection of bacterial pathogens in diarrheic stool samples. *J Microbiol Methods.* 2018; 144:33-36.
 14. Çubuk E, Aktar F, Yılmaz K, Sabaz MN, Solmaz M, Asena M ve Devocioğlu MC. 2011-2015 Yılları Arasında Üniversitemiz Çocuk Polikliniklerine İshal Şikayeti ile Başvuran ve Adenovirüs ve/veya Rotavirüs Pozitifliği Saptanan Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi. *Van Tıp Derg.* 2008; 25(3):374-380.
 15. Çoban B, Topal B. Evaluation of rotavirus gastroenteritis in children: five years' surveillance in Alanya, Antalya. *Türk J Pediatr.* 2014; 56(3):280-4.
 16. Gürbüz F, Tezer H, Şaylı TR. Akut gastroenterit nedeniyle hastaneye yatan hastalarda etkenler ve klinik bulgular: Epidemiyolojik çalışma. *Türkiye Çocuk Hast. Derg./Turkish J. Pediatr. Dis.* 2010; 4(4):211-218.
 17. André HP, Sperandio N, Siqueira RL, Franceschini SDCC, Priore SE. Food and nutrition insecurity indicators associated with iron deficiency anemia in Brazilian children: a systematic review. *Cien Saude Colet.* 2018; 23(4):1159- 1167.
 18. Çelik T, Güler E, Berksoy EA, Sorguç Y, Arslan N. Entamoeba histolytica'ya Bağlı Akut Gastroenteriti Olan Çocuklarda Ortalama Trombosit Hacminin Değerlendirilmesi. *Türkiye Parazitoloj Derg.* 2015; 39:205-8.
 19. Erdogan S, Yazar AS, Guven S, Durak U, Akova S. Serum transaminase elevation in Patients with rotavirus gastroenteritis. *J Clin Anal Med.* 2017; 8(6):488-91.
 20. Kucuk O, Ugras M, Bicer S, Giray T, Col D, Erdag GC, Yalvac Z, Kaspar C, Vitrinel A. Mean Platelet Volume Value Changes In Acute Noninfectious and Infectious Diarrhea. *Yeditepe Medical Journal.* 2015; 9(33):875-883.
 21. Mete E, Akelma AZ, Cizmeci MN, Bozkaya D, Kanburoglu MK. Decreased mean platelet volume in children with acute rotavirus gastroenteritis. *Platelets.* 2014; 25(1):51-4.
 22. Klinger M.H.F, Jelkmann W. Role of Blood Platelets in Infection and Inflammation. *Journal of Interferon and Cytokine Research* 2002; 22(9):913-22.
 23. Gasparyan AY, Ayvazyan L, Mikhailidis DP, Kitas GD. Mean platelet volume: A link between thrombosis and inflammation? *Curr Pharm Des* 2011; 17: 47-58.
 24. Gasparyan AY, Sandoo A, Stavropoulos-Kalinoglou A, Kitas GD. Mean platelet volume in patients with rheumatoid arthritis: The effect of anti-TNF-alpha therapy. *Rheumatol Int* 2010; 30: 1125-29.
 25. Akcaboy M, Melek Oguz M, Altinel Acoglu E, Acar M, Zorlu P, Ozbay Hosnut F, Senel S. Systemic Manifestation of Rotavirus Infection in Children: A Report of Three Cases. *Iran Red Crescent Med J.* 2016; 18(8):e35086.
 26. Akelma AZ, Kütükoğlu I, Köksal T, Cizmeci MN, Kanburoğlu MK, Catal F, et al. Serum transaminase elevation in children with rotavirus gastroenteritis: seven years' experience. *Scand J Infect Dis.* 2013;45:362-7.
 27. Berend K, de Vries AP, Gans RO. Physiological approach to assessment of acid-base disturbances. *N Engl J Med.* 2015; 372(2):195.
 28. Tüzüner U, Gülcen BS, Özdemir M, Feyzioğlu B. Gastroenteritli Çocukların Dışkılarında Adenovirus ve Rotavirus Sıklığı ve Mevsimsel Dağılımı. *Klimik Dergisi.* 2016; 29(3):121-4.
 29. Kızılırmak A, Çalışkan E, Temizkan RC. Akut Gastroenteritli Çocuklarda Rotavirus ve Adenovirus Sıklığı. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2017; 9(2):35-39.
 30. Sugeçti S, Çelen U, Azaklı PT, Yenice S, Koçer F. Akut Gastroenteritli Çocuklarda İmmünokromatografik Olarak Enterik Adenovirus ve Rotavirus Antijen Varlığının Mevsimsel Prevelansı. *J Pediatr Inf.* 2015; 9:161-5.
 31. Akıncı N, Erener Ercan T, Yalman N. Akut gastroenteritli çocuklarda Adenovirus ve Rotavirus. *J Pediatr Inf* 2007; 1: 98-101.

Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının ABO ve RH Kan Grubu Dağılımları ve Kan Gruplarını Bilme Durumları

Distribution of ABO and Rh Blood Groups and Awareness of Blood Types among the Employees of Kayseri Provincial Health Directorate

Araştırma



Research

Mehmet Emin Özdemir¹, Ali Ramazan Benli²

DOI: 10.17942/sted.711956

Geliş/Received : 31.03.2020

Kabul/Accepted : 01.05.2020

Öz

Amaç: Kayseri İş Sağlığı Güvenliği Birimi'nde merkez ilçelerde, il müdürlüğünde ve 112 acil sağlık hizmetlerinde yapılan periyodik muayenelerde ABO ve Rh kan grupları da sorgulanıp kaydedilmiştir. Bazı çalışanların kan gruplarını anımsamadıkları ya da bilmedikleri saptanmıştır. Çalışmada çalışanların kan grubu dağılımlarının ve kan gruplarını bilme durumlarının tespit edilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 2018 Yılı ve 2019 Yılı İlk 6 ayında Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerinde çalışanlara yapılan periyodik muayenelerdeki dosya kayıtlarından ABO ve Rh kan grupları retrospektif olarak incelenmiştir. Sonuçlar SPSS 21 programında frekanslar hesaplanarak ve ki kare testi uygulanarak bulunmuştur.

Bulgular: Muayene dosyalarının retrospektif olarak incelenmesi sonucunda muayenesi yapılan sekiz yüz elli dört çalışanın %34,8'i (n:297) ARh+, %21,2'si ORh+ (n:181), %13,2'si BRh+ (n:113), %5,4'ü AB Rh+ (n:46), %3,6'sı ARh- (n:31), %3,2'si ORh- (n:27), %2,2'si BRh- (n:19), %0,9'u AB Rh- (n:8) ve %15,5 (n:132) bilmiyor/hatırlamıyor bulunmuştur. Kan grubunu bilen/hatırlayanlarda A kan grubu %45,5, O kan grubu %28,7, B kan grubu %18,3, AB kan grubu %7,5, Rh+ %88,2(n:637), Rh- %11,8(n:85) bulunmuştur. Kan grubunu bilmede yaşın ve çalışılan birimin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada %15,5 oranında kan grubunu bilmeyen/hatırlamayan bir çalışan grubu vardır. İl Sağlık Müdürlükleri gibi tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta işleri ve birimleri olan kurumların bu konuda çok daha bilinçli olması gerekmektedir. Daha büyük gruplarca yapılacak çalışmalar daha yararlı olacaktır.

Anahtar sözcükler: İş sağlığı, Kan grubu, Periyodik muayene, Kan grubunu bilme

Abstract

Objective: ABO and Rh blood groups were also questioned and recorded during periodic medical examinations in the central districts, provincial directorate and 112 emergency health services at Kayseri Occupational Health and Safety Unit. It has been determined that some employees did not remember or did not know their blood groups. In the study, it was aimed to determine the blood group distributions of the employees and their knowledge of blood groups.

Material and Method: ABO and Rh blood groups were investigated retrospectively through the records of periodic medical examinations performed in 2018 and the first 6 months of 2019 for the employees of Kayseri Provincial Health Directorate and its affiliated units. The results were obtained by calculating frequencies and using chi-square test through SPSS 21 program.

Findings: As a result of the retrospective investigation of the medical examination records, it was found that, of the eight hundred and fifty-four employees examined, 34,8% (n: 297) had A Rh+, 21,2% (n: 181) had O Rh+, 13,2% (n: 113) had B Rh+, 5,4% (n: 46) had AB Rh+, 3,6% (n: 31) had A Rh-, 3,2% (n: 27) had O Rh-, 2,2% (n: 19) had B Rh-, 0,9% (n: 8) had AB Rh- blood types and 15,5% (n: 132) did not know/remember their blood group. Among those who knew/remembered their blood groups, the percentages of A, O, B, AB, Rh+, Rh- blood types were found to be 45,5%, 28,7%, 18,3%, 7,5%, 88,2% (n: 637), 11,8% (n: 85), respectively. It was found that age and unit in which the employees work create a statistically significant difference in the awareness of blood type.

Conclusion: In this study, there was a group of employee (15,5%), who did not know/remember their blood type. The institutions such as Provincial Health Directorates, that incorporate hazardous and very hazardous jobs and units should be much more conscious about this issue. Further studies to be conducted among larger groups would be more useful.

Key words: Occupational health, Blood group, Periodic health examination, Awareness of blood group

1 Uzm. Dr.; Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, Kayseri (Orcid No: 0000-0001-6043-5063)

2 Doç. Dr.; Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, Kayseri (Orcid No: 0000-0003-0039-1497)

Giriş

Tarihsel olarak güvenli kan tranfüzyonları 1901 yılında Karl Landsteiner'in kan grubu antijenlerini tanımlamasıyla gündeme gelmiştir. Landsteiner A, B ve O kan gruplarını tanımlamıştır. 1902 yılında Sturli ve Von Castelo tarafından AB kan grubu tanımlanmıştır. AB kan grubu olan kişilerin serumunda anti-A ve Anti-B antikorları mevcut değildir. Kan grupları eritrositlerin yüzeyindeki antijenlere göre değişik gruplara ayrılırlar. Günümüzde, Uluslararası kan tranfüzyon derneği (ISBT) çalışma komitesinin kataloğuna göre 339 kan grubu antijeni ve 33 kan grubu sistemi listelenmiştir (1) Bunların içerisinde ABO sistemi kan transfüzyonlarında en önemli kısmı oluşturmaktadır. Transfüzyon tıbbında bir diğer önemli faktör D antijenidir. Eğer bir insanda D antijeni mevcut ise Rh (+), eğer yoksa Rh (-) olarak isimlendirilmektedir. Bu sistem 1937 yılında Landsteiner ve Wiener tarafından Macaus Rhesus cinsi maymunun eritrositleri ile bağışıkladıkları bir tavşana ait serumla yaptıkları deney sonucunda beyaz ırktaki insanların %85'inin eritrositlerini aglütine eden Rh faktörünü bulmuşlardır (2-4). İnsanların yaşadıkları yerde, çalıştıkları işte, ülkelerde, bölgelerde, şehirlerde, en küçük yerleşim birimlerinde başlarına çeşitli kazalar, yaralanmalar, hastalıklar gelebilir. Bu durumlar sonucunda kan transfüzyonu ihtiyaçları olabilir. Transfüzyonlarda kan grubu çalışılmadan işlem yapılmasa dahi çok acil durumlarda zaman kaybetmemek için istisnalar olabilir. Ayrıca gerekli kan ürünlerinin hızlı bir biçimde temini için bahsedilen yerlerde yaşayan, çalışan herkesin kan grubunu bilmesi önem arz etmektedir. Özellikle iş sağlığı ve güvenliği açısından iş yerlerinde çalışan herkesin kan gruplarını doğru bir biçimde bilmesi ve bunun kayıt altında olması çok önemlidir. Kan gibi insan yaşamında hayati önemi olan ve kaza ve yaralanmalar sonucunda büyük kayıplarının ölümle sonuçlanabileceği bir dokunun transfüzyonunun çok aciliyet gerektirdiği

durumlarda kan grubunu bilmek hayati anlamda çok zaman kazandıracaktır. Özellikle tehlikeli ve çok tehlikeli grupta yer alan iş yerlerinde her zaman büyük kaza ve yaralanmaların olma ihtimali vardır. Kan gruplarının kesin olarak bilinmesi bölgesel, şehirselsel, yerleşim yeri olarak çok değerli olduğu gibi çalışılan her iş yerinde de ayrı olarak çalışan dosyalarında yer alması çok değerlidir. Kayseri iş sağlığı güvenliği biriminde merkez ilçelerde, il müdürlüğünde ve 112 acil sağlık hizmetlerinde yapılan periyodik muayenelerde ABO ve Rh kan grupları da sorgulanıp dosyalara not alınmıştır. Bazı çalışanların kan gruplarını hatırlamadıkları ya da bilmedikleri saptanmıştır. Çalışmada muayenesi yapılan çalışanların kan grubu dağılımlarının ve kan gruplarını bilme durumlarının tespit edilmesi amaçlandı.

Bulgular

2018 yılı ve 2019 yılı ilk 6 ayında Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü İş Sağlığı Ve Güvenliği Birimi'nde İl Sağlık Müdürlüğü, Merkez İlçe Sağlık Müdürlükleri, 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarına yapılan periyodik muayenelerde kan grupları da sorgulanmış ve belgeli olarak ya da inceleme sonucuyla kesin bilinen kan grupları çalışan dosyalarına işlenmiştir. Bu muayene dosyalarının retrospektif olarak incelenmesi sonucunda muayenesi yapılan sekiz yüz elli dört çalışanın %34,8'i (n:297) ARh+, %21,2'si ORh+ (n:181), %13,2'si BRh+ (n:113), %5,4'ü AB Rh+ (n:46), %3,6'sı ARh- (n:31), %3,2'si ORh- (n:27), %2,2'si BRh- (n:19), %0,9'u AB Rh- (n:8) ve %15,5 (n:132) bilmiyor/hatırlamıyor olmak üzere, kan grubu dağılımları saptanmıştır (Tablo 1). Kan Grubunu bilen/hatırlayanlarda A kan grubu %45,5, O kan grubu %28,7, B kan grubu %18,3, AB kan grubu %7,5 bulunmuştur. Kan Grubunu bilen/hatırlayanların %88,2'si Rh+(n:637) ,%11,8'i Rh- (n:85) kan grubundaydı (Tablo 1). Kan grubu bilme durumuna yaş, cinsiyet, çalışılan birimin etkisi

Tablo 1. Çalışanların ABO ve Rh kan grubu dağılımları ve kan gruplarını bilme durumları

	Sayı	Yüzde	Kan grubu bilenlerin yüzdesi
ARH+	297	34,8	41,2
ARH-	31	3,6	4,3
BRH+	113	13,2	15,7
BRH-	19	2,2	2,6
ORH+	181	21,2	25
ORH-	27	3,2	3,7
ABRH+	46	5,4	6,3
ABRH-	8	0,9	1,2
Bilmiyor/hatırlamıyor	132	15,5	-
Toplam	854	100,0	100,0

incelendiğinde yaş ve çalışılan birimde anlamlı fark olduğu görülmektedir. 31-50 yaş arası grubun, ilçe sağlık müdürlüğü ve toplum sağlığı merkezi çalışanlarının kan gruplarını daha çok bilmediği görülmektedir (Tablo 2).

Materyal ve Metod

2018 Yılı ve 2019 Yılı İlk 6 ayında Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü İş Sağlığı Ve Güvenliği

Biriminde İl Sağlık Müdürlüğü, Merkez İlçe Sağlık Müdürlükleri, 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarına yapılan periyodik muayenelerdeki dosya kayıtlarından ABO ve Rh kan grupları retrospektif olarak incelenmiştir. Sonuçlar SPSS 21 programında frekanslar hesaplanarak ve ki kare testi uygulanarak bulunmuştur. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden idari izin alınmıştır.

Tartışma

ABO ve Rh kan grupları etnik yapı ve coğrafyaya bağlı olarak farklılıklar gösterebilmektedir. Dünya genelinde A kan grubu %41, O kan grubu %47, B kan grubu %9 ve AB grubu %3 olarak görülmektedir. Bu oran Amerika Birleşik Devletleri'nde yine aynı sıraya göre %37,10, %46,70, %12,10 ve %4,10 şeklindedir. Türkiye genelindeki oranlara bakıldığında A,O,B ve AB kan grubu dağılımı sırası ile %42,84, %32,67, %16,46, %8,03 olarak görülmektedir (5). Bu çalışmada kan grubunu bilen/hatırlayanlarda A,O,B,AB sırasıyla %45,5, %28,7, %18,3, %7,5 bulunmuştur. Kan grubunu bilen/hatırlayanların %88,2'si Rh+(n:637), %11,8'i Rh- (n:85) kan grubundaydı.

Tablo 2. Yaş, cinsiyet, çalışılan birimin kan grubunu bilme üzerine etkisi

Etkenler	Kan grubu bilme durumu		Toplam	
	Biliyor	Bilmiyor		
Yaşı	18-30	245	20	265
	31-50	420	76	496
	50 ve üzeri	57	36	93
	Toplam	722	132	854
$X^2=51,174$ P=0,0001				
Cinsiyet	Erkek	344	69	413
	Kadın	378	63	441
	Toplam	722	132	854
$X^2=0,957$ P=0,328				
Çalışılan birim	Halk Sağlığı Başkanlığı	68	36	104
	Sağlık Hizmetleri Başkanlığı	514	28	542
	İlçe Sağlık Müd./TSM	140	68	208
	Toplam	722	132	854
$X^2=120,420$ P=0,0001				

Türkiye'den çeşitli illere baktığımızda, İstanbul' dan Salduz ve arkadaşlarının 2015 yılındaki çalışmalarına göre A, O, B ve AB sırasına göre; %43.44, %33.02, %15.00, %8.54 Rh+ %85,95 şeklindedir (6). O kan grubu bizim çalışmamıza göre daha fazla, B kan grubu daha az bulunmuştur. Rh+ ler biraz daha az bulunmuştur. Cekdemir D ve arkadaşlarınca Sakarya da yapılan çalışmada aynı sırayla %44,3, %35,7, %12,5, %7,5 Rh+ %84,9 bulunmuştur (7). Bizim çalışmamıza göre O kan grubu fazla, B kan grubu az, Rh+ ler daha az bulunmuştur. Diyarbakır'da yapılan çalışmada aynı sırayla %40,81, %33,6, %18,53, %6,98, Rh+ %89,17 bulunmuştur (8). Bizim çalışmamıza göre A kan grubu az, O kan grubu fazla, Rh+ ler fazla bulunmuştur. Şanlıurfa'da yapılan çalışmada aynı sırayla %36,38, %34,69, %21,25, %7,68 Rh+ %90,79 bulunmuştur (9). Bizim çalışmamıza göre A kan grubu bariz biçimde düşük, O kan grubu bariz biçimde yüksek, Rh+ ler yüksek bulunmuştur. Rize'de yapılan çalışmada aynı sırayla %44,07, %44,07, %9,26, %2,60; Rh+ %83,70 bulunmuştur (10). Bizim çalışmamıza göre O kan grubu bariz biçimde yüksek, B kan grubu ve AB kan grubu bariz biçimde düşük, Rh+ 'ler düşük bulunmuştur. Kayseri'de yapılan bir çalışmada aynı sırayla %44, %33,3, %16,2, %6,5, Rh+ %88,2 bulunmuştur (11). Bizim çalışmamızla aynı il olması sebebiyle çok yakın sonuçlar elde edilmiştir. Denizli'de yapılan çalışmada aynı sırayla %42,6, %33,3, %16,8, %7,4, Rh+ %89,9 (12). Bizim çalışmamıza göre O kan grubu yüksek, Rh+ 'ler yüksek bulunmuştur. Van'da yapılan çalışmada aynı sırayla %43,8, %30,8, %16,2, %9,2, Rh+ %86,8 bulunmuştur (13). Bizim yaptığımız çalışmaya göre O kan grubu yüksek, AB kan grubu yüksek, Rh+ 'ler düşük bulunmuştur.

ABO kan grubu sonuçlarımız batı ülkeleri ile farklılık göstermektedir. O kan grubu batı ülkelerinde en fazla görülürken Türkiye'de A

kan grubu en fazla görülmektedir (14). Dünya genelinde beyaz ırkta Rh (+) oranı %85 civarında iken bu oran Amerikan siyahilerinde %95 civarında, Afrika siyahilerinde neredeyse %100 oranındadır (15).

Çalışmamızda kan grubunu bilme durumunda yaş grupları ve çalışılan birimler arasında anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur. 31-50 yaş arası grupta kan grubu daha az bilinmektedir. Bu yaş grubunun en aktif yaş grubu olması, kan grubu baktırmaya zaman bulamaması ya da önemsememesi gibi faktörler etkili olmuş olabilir. İlçe sağlık müdürlüğü ve toplum sağlığı merkezi çalışanları da kan gruplarını daha az biliyor şeklinde bulunmuştur. Bunda sağlık tesisi olmasına karşın hasta ile temasın nispeten daha az olması ve tehlikenin önemsenmemesi etkili olmuş olabilir.

Sonuç

Bu çalışmada bulunan sonuçlar Türkiye sonuçlarıyla benzer, farklı bölgelerden illerle ufak farklılıklar hariç paraleldir. Yaşanılan ve çalışılan yerlerde her zaman kaza ve yaralanma riski olması sebebiyle kan grubunu kesin bir biçimde bilmek çok önemlidir. Her zaman kişisel ya da toplu kazalarda ve doğal afetlerde kan tranfüzyonu ihtiyacı olabilmektedir. Bu çalışmada %15,5 oranında kan grubunu bilmeyen/hatırlamayan bir çalışan grubu vardır. Bütün çalışılan iş yerlerinde herkesin kan grubunu kesin bilmesi gerekirken İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlükleri, 112 Acil Sağlık Hizmetleri gibi tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta işleri ve birimleri olan kurumların bu konuda çok daha bilinçli olması gerekmektedir. Bu bilmeyen/hatırlamayan grup kan grubu tespiti için gerekli laboratuvarlara yönlendirilmiştir ve kan grubu tespitleri yapılmıştır ama bu çalışmada tespitten önce kişilerin sağlık tesisinde çalışmasına karşın konuyla ilgili tutum ve davranışlarındaki eksikliğin belirtilmesi amaçlanmıştır. ABO ve

Rh kan grubu tespitleri ve bilgi bankası şeklinde elde bulunması iş sağlığı açısından da, bilimsel çalışmalar açısından da yararlıdır. Daha büyük gruplarca yapılacak çalışmalar daha yararlı olacaktır.

İletişim: Dr. Mehmet Emin Özdemir

E-posta: drmehmetemin@yahoo.com

Kaynaklar

1. Schwarz HP, Dorner F. Karl Landsteiner and his major contributions to haematology. *Br J Haematol.* 2003; 121: 556-65.
2. Storry JR, Castilho L, Daniels G, et all. International Society of Blood Group Terminology: Cancun Report (2012). *Vox Sang.* 2013; 107: 90-6. [CrossRef]
3. Bilgen H. Kan grup antijenleri . İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Herkes için Transfüzyon Tıbbı Sempozyum Dizisi No:44: 45-65, 2005.
4. Sloan SR, Benjamin RJ, Friedmanlain DF, Webb J, Silberstein L. Transfusion Medicine. In: Nathan DG, Ginsburg D, Orkin SH, Look AT, Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood. Sixth Edition, Philadelphia, Saunders 2003: 1709-56.
5. Guyton AC, Hall JE. Blood Types; Transfusion; Tissue and Organ Trans- plantation. In: Guyton AC, Hall JE, editors. Textbook of Medical Physiology. Philedelphia: W.B. Saunders; 2006.p.452-53. [CrossRef].
6. Salduz ZİY, Çetin G, Karatoprak C, et all. ABO and Rh Blood Distribution in İstanbul Province (Turkey). *İstanbul Med J.* 2015; 16: 98-100.
7. Cekdemir D, Ergenc H, Ucar A, et all. Blood Groups Distributions of Donors/Patients in a Tertiary Hospital. *Sakarya Med J.* 2018; 8: 753-8.
8. Temiz H, Altıntaş A, Gül K. Distribution of ABO and Rh Blood Groups in Diyarbakır. *UHOD.* 2008; 4: 234-7.
9. Zerin M, Karakılçık AZ, Nazlıgül Y. Şanlıurfa bölgesinde ABO ve Rh kan gruplarının dağılımı. *Harran Tıp Fak Derg.* 2004; 1: 15-7.
10. Özkasap S, Dereci S, Şahin K, et all. Analysis of ABO and Rh blood groups distribution in East Karadeniz region of Turkey. *Dicle Tıp Dergisi/Dicle Medical Journal.* 2013; 40: 1: 100-4.
11. Torun YA, Kaynar LG, Karakükçü Ç, et. all. ABO an Rh blood group distribution in Kayseri province, Turkey. *Turk J Hematol.* 2012; 29: 97-8.
12. Balcı Y, Ovet G, Covut İE, Goncu F, Yılmaz M. ABO and Rh blood groups frequency in Denizli province. *UHOD.* 2010; 2: 103-5.
13. Dilek İ, Demir C, Bay A, Akdeniz H, Öner AF. ABO and Rh blood groups frequency in men and women living in eastern Turkey. *UHOD* 2006; 1: 23-6.
14. Garatty G, Glynn SA, Mc Entire R. ABO and Rh(D) phenotype frequencies of different racial/ethnic groups in the United States. *Transfusion.* 2004; 44: 703-6.
15. Guyton AC, Hall JE. Blood Types; Transfusion; Tissue and Organ Transplantation. In: Guyton AC, Hall JE. Textbook of Medical Physiology. Elevent Edition, Philadelphia, 2006: 452-3.

Tıp Eğitiminde Özel Çalışma Modülü: Sisplatin Kaynaklı Testis Hasarında Alfa Lipoik Asidin Koruyucu Etkilerinin Araştırılması

The Special Study Module in Medical Education: Investigation of Protective Effects of Alpha Lipoic Acid in Cisplatin-Induced Testicular Damage

Araştırma



Research

Ayşe Koçak¹, Cemre Ural², Sedenay Sifil³, Beyza Sezer⁴, Hatice Çakırlar⁵, Elif Ekin Tunga⁶, Pınar Akokay⁷, Duygu Harmancı Karagülle⁸, Çetin Pekçetin⁹, Zahide Çavdar¹⁰

DOI: 10.17942/sted.702562

Geliş/Received : 20.03.2020

Kabul/Accepted : 09.05.2020

Öz

Amaç: Özel Çalışma Modülü (ÖÇM) programı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin ilk üç yılına entegre edilmiştir. Laboratuvar araştırması kategorisinde olan ÖÇM çalışmamıza, 2017-2018 eğitim-öğretim yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 2 düzeyinde dört öğrenci katılmıştır. Bu ÖÇM ile öğrencilere bağımsız öğrenme, bilimsel metodolojinin temel ilkeleri ve bilimsel araştırma sonuçlarının yazılı ve sözlü sunum yapma becerilerinin kazandırılması yanısıra sisplatin ile indüklenmiş testis hasarında alfa lipoik asidin p38 MAPK sinyal ileti yolağı üzerine olası etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: ÖÇM'de Wistar albino sıçanlar, kontrol (n=7), sisplatin (16 mg/kg, intraperitoneal, i.p) (hasar grubu) (n=7) ve sisplatin+alfa lipoik asit (LA) (100 mg/kg, i.p) (tedavi grubu) grubu olmak üzere üç gruba ayrıldı. Testis dokularında total p38 MAPK ve aktive olan fosforile p38 (p-p38) sinyal ileti yolağı protein ifadesi western blot yöntemi ile, hücresel lokalizasyonu ise immunohistokimya ile değerlendirildi. ÖÇM ile ilgili deney analizleri bittikten sonra, öğrenciler yazılı bir rapor hazırladı ve sonuçlarını eğitim-öğretim yılının sonunda sözlü olarak sundu. Dönem sonu verdikleri geri bildirim ile de ÖÇM sürecini değerlendirdiler.

Bulgular: ÖÇM sonunda, öğrenciler literatür tarama, bilimsel araştırma planlama, etik kurul başvurusu yapma, temel laboratuvar teknikleri ve analiz sonuçlarını değerlendirme ile ilgili deneyim kazandılar. Ayrıca, öğrenciler bilimsel makaleleri okumayı ve tartışmayı öğrendiklerini, laboratuvarından ve edindikleri araştırma becerilerinden memnun olduklarını belirttiler. Deneysel bulgular değerlendirildiğinde ise, sisplatin ile indüklenen hasar grubunda total p38 ve p-p38 protein ifadelerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak arttığı saptandı (p<0.05). Bununla birlikte LA ile bu artış anlamlı olarak azaldı (p<0.05). İmmünohistokimyasal bulgularda da seminifer tübüllerde saptanan dağılım western blot bulguları ile benzerdi.

Sonuç: Öğrencilerin bağımsız öğrenme becerilerinin geliştirilmesi ve bilimsel metodolojinin temel ilkelerini öğrenmeleri hedeflerinden oluşan bu ÖÇM, Tıp Fakültesi müfredatında yeni ÖÇM'lerin yapılandırılmasında yol gösterici olacaktır.

Anahtar sözcükler: Özel çalışma modülü, Tıp eğitimi, p38-MAPK, Sisplatin, Testis

Abstract

Objective: The Special Study Modules (SSM) have been integrated into Dokuz Eylül University Medical School's educational activities for the first three years. In 2017-2018 academic year, four second-year students of Dokuz Eylül University Medical School participated in our SSM study, which was in the laboratory research category. The aim of this study was to investigate the possible effect of alpha lipoic acid on p38 MAPK signalling pathway in cisplatin-induced testicular damage, as well as to provide students with the skills of independent learning, knowledge on the basic principles of scientific methodology and with the ability to present scientific research results both orally and in writing.

Material and Method: In SSM, Wistar albino rats were divided into three groups: Control group (n=7), cisplatin (16 mg/kg, intraperitoneal, ip) (damage group) (n=7) and cisplatin+alpha lipoic acid (LA) (100 mg/kg, ip) (treatment group). Total p38 MAPK and phosphorylated p38 (p-p38) signalling pathway protein expression in testicular tissues were evaluated by western blot method and cellular localization was assessed through immunohistochemistry. After the experimental analyses, the students prepared a written report and presented the outcomes orally at the end of the academic year. They assessed the SSM process through the feedback they gave at the end of the term.

Findings: At the end of the special study, students gained experience in the literature review, scientific research planning, applying to an ethics committee, basic laboratory techniques and evaluating the findings of the analysis. Besides, the students stated that they learned to read and discuss scientific articles and were satisfied with the laboratory and the research skills they acquired. When the experimental findings were evaluated, it was ascertained that total p38 and p-p38 protein expressions in the cisplatin-induced damage group increased significantly compared to those in the control group (p < 0.05). However, this increase lessened significantly when LA was administered (p < 0.05). The immunohistochemical findings were similar to western blot results in terms of the distribution detected within the seminiferous tubules.

Conclusion: This SSM, aiming at improving independent learning skills of the students and enabling them to learn the basic principles of scientific methodology, will be a guide for the formation of new SSMs within the curriculum of the Medical School.

Key words: Special study module, Medical education, p38-MAPK, Cisplatin, Testis

1 Dokuz Eylül Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Moleküler Tıp AD. İzmir (Orcid No: 0000-0002-1510-2937)

2 Dokuz Eylül Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Moleküler Tıp AD. İzmir (Orcid No: 0000-0002-4613-4528)

3 Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Dönem 2 Öğrencisi, İzmir (Orcid No: 0000-0002-1842-6718)

4 Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Dönem 2 Öğrencisi, İzmir (Orcid No: 0000-0001-7012-6053)

5 Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Dönem 2 Öğrencisi, İzmir (Orcid No: 0000-0002-0142-269X)

6 Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Dönem 2 Öğrencisi, İzmir (Orcid No: 0000-0002-8636-0554)

7 Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Histoloji ve Embriyoloji AD. İzmir (Orcid No: 0000-0002-0915-8694)

8 Dokuz Eylül Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Moleküler Tıp AD. İzmir (Orcid No: 0000-0001-9133-8362)

9 Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Histoloji ve Embriyoloji AD. İzmir (Orcid No: 0000-0002-9406-1714)

10 Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Araştırma Laboratuvarı (ARLAB), Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Moleküler Tıp AD. İzmir (Orcid No: 0000-0002-5457-198X)

Giriş

Tıp Fakültelerinde uygulanan Özel Çalışma Modülü (ÖÇM), General Medical Council (GMC) tarafından, 1993 yılında temelleri atılmış olan eğitim etkinliğidir. Bu eğitimlerin amacı, öğrencinin spesifik bir alanda öğrenmesini, bilimsel yöntemi kurmasını, araştırmasını, bilgiye ulaşmasını, kendi kendine çalışmasını ve anlamasını, çalışma sonuçlarını yazılı, sözlü, görsel olarak sunum becerilerini geliştirmesidir (1,2). ÖÇM, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ana eğitim dışında uygulanan, öğrencilerin ilgi duyduğu alan(lar)da bilgi ve deneyimlerini artırmayı amaçlayan özel bir eğitimidir. ÖÇM'ler, 1998-1999 eğitim yılından bu yana, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitiminin ilk üç yılı içerisinde yer alır. Öğrenciler, dönem başlarında belirlenen ÖÇM'ler arasından beş tercih yapmakta ve bunlardan birisine yerleştirilmektedirler. Eğer öğrencilerin çalışmak istedikleri özel bir konu varsa, bunu ilgili öğretim üyesine önceden belirtip, o konu ile ilgili ÖÇM'nin açılmasını sağlayabilmektedirler. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde yürütülen ÖÇM'ler, eğitimin ilk yılında yayın derleme, ikinci yılında araştırma ya da sosyal sorumluluk projeleri, üçüncü yılında ise yayın derleme, araştırma ve sosyal sorumluluk projeleri şeklindedir (4,5,6).

Burada sunulan ÖÇM, 2017-2018 eğitim-öğretim yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 2 düzeyinde dört öğrenci tarafından tercih edilmiştir. Öğrencilerin bağımsız öğrenme becerilerinin geliştirilmesi, bilimsel metodolojinin temel ilkelerini öğrenmelerini hedefleyen bu ÖÇM, etik kurul izni ile (Protokol no: 3989-GOA, DEU) Wistar albino sıçanlarda sisplatin ile indüklenmiş testis hasarına karşı LA'nın koruyucu etkinliğini araştırarak bir önceki projeden kalan (7) sıçan testis dokuları kullanılarak bir "araştırma projesi" olarak gerçekleştirildi.

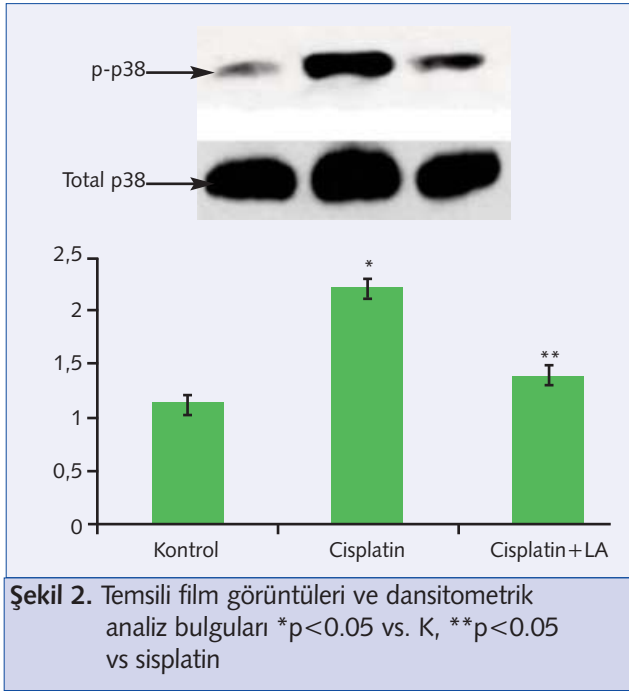
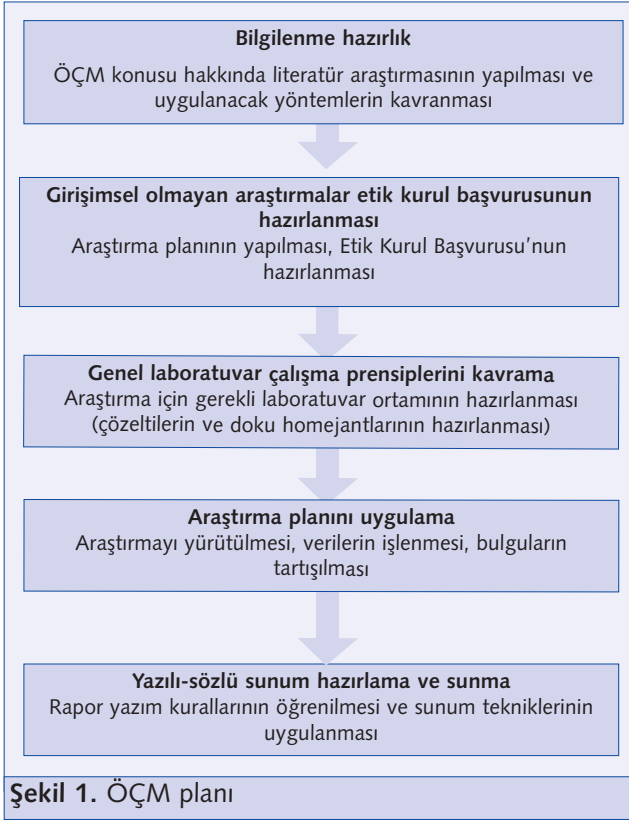
Sisplatin, kanser tedavilerinde sıklıkla kullanılan ve yüksek antitümörül aktivite gösteren antineoplastik bir ilaçtır. Bununla birlikte sisplatin uygulamasının testiküler hasar gibi üreme sistemi üzerine olan olumsuz etkileri de bilinmektedir ve ilişkili moleküler mekanizmaların başında oksidatif stresin yer aldığı gösterilmiştir (7,8,9). LA güçlü

bir antioksidandır ve LA'nın sisplatin ile indüklenmiş testis hasarında da oksidatif stresi azaltıcı etkileri daha önceki çalışmamızda gösterilmiştir (7). Bununla birlikte LA'nın bu olumlu etkilerine aracılık eden moleküler mekanizmalar henüz tanımlanamamıştır değildir. Mitojenle aktive olan protein kinaz (MAPK) sinyal ileti yolağı ailesi içinde yer alan p38 MAPK sinyal ileti yolağı oksidatif stres ile uyarılıp inflamasyon ve apoptoz gelişiminde merkezi bir rol almaktadır (10,11). Bu ÖÇM'nin amacı, sisplatin ile indüklenmiş testis hasarı üzerinde LA'nın olası koruyucu etkisinde p38 MAPK sinyal ileti yolağı rolünün araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem

"Sıçanlarda sisplatin ile indüklenmiş testis hasarına karşı LA'nın p38 MAPK sinyal ileti yolağı üzerine olası koruyucu etkisinin araştırılması" başlıklı ÖÇM uygulamasına 2017-2018 eğitim-öğretim yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 2 düzeyinde 4 öğrenci katıldı. Öğrenciler tarafından ÖÇM'nin amacı ve ÖÇM ile ilgili genel bilgiler tartışıldı ve ÖÇM planı oluşturuldu. ÖÇM'nin eğitim ve öğretim hedefleri çerçevesinde, "ÖÇM planı" adı verilen bir plan hazırlandı (Şekil 1). ÖÇM planı; (1) Bilgilenme-Hazırlık, (2) Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başvurusunun Hazırlanması, (3) Genel Laboratuvar Çalışma Prensiplerini Kavrama, (4) Araştırma Planını Uygulama, (5) Yazılı-Sözlü Sunum Hazırlama ve Sunum Yapmak olarak beş ana başlık altında hazırlandı. ÖÇM planına göre haftada bir gün tüm grubun katıldığı oturumlar yapıldı. Şekil 1'deki ÖÇM planına göre her ÖÇM aşamasının başında öğretim sorumluları tarafından yararlı olacak konularda temel bilgiler verildi.

ÖÇM çalışmasında; Ekim 2017 ile Mayıs 2018 arasındaki 8 aylık dönemde, toplam 10 oturum yapıldı. Bilgilenme ve hazırlık aşamasında öğrenciler tarafından öncelikle testis dokusu, sisplatin kaynaklı testis hasarına ilişkin bilgi kaynakları araştırıldı ve temel bilgi donanımı kazandırıldı. İkinci aşamada sisplatin-testis hasarı ile p38 MAPK yolağı ve de güçlü bir antioksidan olan LA'nın olası koruyucu etkisine yönelik literatür taraması yapıldı. İlgili makaleler belirlenip, makaleler üzerinde tartışıldı. Bununla



birlikte LA'nın sisplatin kaynaklı testis hasarına karşı oksidatif stresi azaltmaya yönelik olumlu etkilerine sahip olmasına karşın bu olası etkilerine aracılık eden moleküler mekanizmaların henüz bilinmediği ortak görüşüne varıldı. Bu doğrultuda ÖÇM'nin hipotezi "LA, Sisplatin ile indüklenmiş

testis hasarında p38 MAPK sinyal ileti yolağının aktivasyonunu baskılayabilir" şeklinde oluşturuldu. Öğrenciler, bu aşamada p-38 MAPK sinyal ileti yolağının aktivasyonunu değerlendirmeye aracılık eden yöntemler üzerinde bilgi sahibi oldular, yararlanılacak teknikleri western blot ve immünohistokimya olarak belirlediler. Gönüllülük temelinde gerektiği durumlarda eğitim programında belirlenmiş ders dilimlerinin sonrasında da gelmek üzere laboratuvarında çalışma planlarını oluşturdular. p38 MAPK sinyal ileti yolağının aktive formu olan fosforile p38 (p-p38MAPK) protein ifadesi western blot tekniği ile değerlendirmek üzere aşağıdaki uygulama basamaklarını gerçekleştirdiler:

- Kontrol (n=7), sisplatin (16 mg/kg, intraperitoneal, i.p) (hasar grubu) (n=7) ve sisplatin+ alfa lipoik asit (LA) (100 mg/kg, i.p) (tedavi grubu) grubu olmak üzere üç gruptan alınan testis dokularının analize hazırlanması için doku homojenatı hazırladılar. Tüm dokular 1:8 oranında homojenat tamponu (%0.05 Brij 35, 1 µg/ml Aprotinin, Löpeptin, Pepstatin, PMSF, Sodyum vanadat içeren 50 mM Tris, pH 7.4) ile soğuk zincirde doku homojenizatörü (Tissue Lyser, Qiagen, UK marka) kullanılarak homojenize edildi. Homojenatlar 11000 xg'de +4°C'de 15 dak santrifüj edildi, elde edilen supernatantlar toplandı ve analiz süresine kadar 80 °C'de saklandı.

- Tüm supernatantlarda protein düzeyleri, Bicinkoninik Asit (BCA) yöntemi ile ölçüldü (12). Bu amaçla kolorimetrik protein analiz kiti (Pierce, Thermo, US) kullanıldı (12). Standart protein olarak sığır serum albumin (BSA) kullanıldı. Standart kalibrasyon eğrisinden yararlanılarak testis doku homojenat örneklerindeki protein düzeyleri hesaplandı.

- Western blot analizi, poliakrilamid jel elektroforezi ile proteinlerin ayrılması, proteinlerin membrana transferi, ilgili proteinin görünür duruma getirilmesi olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmektedir (13,14). Proteinler % 10'luk jel üzerinde (50 µg protein/kuyucuk) ayrıldı. Transfer aşamasında 0.45 µm pora sahip PVDF membrana (ThermoFisher, US) aktarıldı. Bloklama

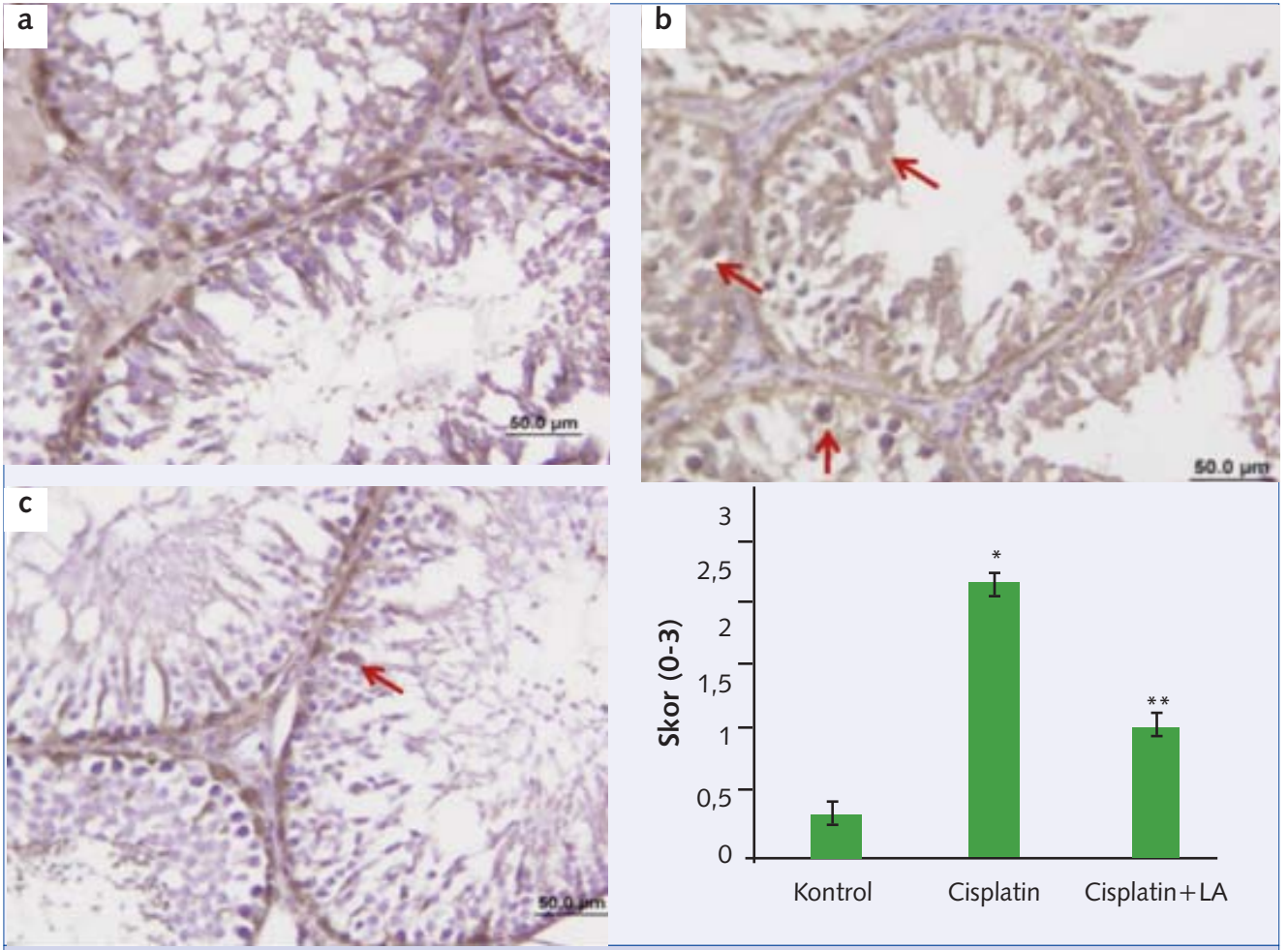
Tablo 1. ÖÇM etkinliği değerlendirmeleri (n=4)

ÖÇM ile ilgili olarak seçmeli değerlendirmeler	
Yerleşme durumunuz	Öncelikli tercihimdi (% 100) Orta derecede tercihimdi (%0) Kurul tarafından yerleştirildim (%0)
Seçiminizde etkili olan etmenler nelerdi?	Konu ilgimi çekti (% 100) Modülü açan eğitici seçimimde etkili oldu (% 100) Arkadaşımdan etkilendim (%25) İleri çalışmalara temel oluşturacağını düşündüm (%75) Var olan temel bilgilerimi pekiştireceğini düşündüm (%0) Diğer (Belirtiniz) (%0) Kurul tarafından yerleştirildim (%0)
ÖÇM'nin toplumu tanıma ve topluma katkı açısından sağladığı kazanımların düzeyi nedir?	Yüksek (%25) Orta (%75) Düşük (%0)
Genel olarak ÖÇM ile ilgili memnuniyet düzeyiniz nedir?	Hoşnutum (% 100) Kısmen hoşnutum(%0) Hoşnut değilim(%0)
ÖÇM sonunda aşağıda sıralanan beceriler yönünden "1" ile "5" arası bir puan verilerek yapılan değerlendirmeler:	
Bilgi kaynaklarına ulaşma	1-2-3 (%0) 4-5 (% 100)
Bilgiyi yorumlama (Tartışma)	1-2-3 (%0) 4-5 (% 100)
Çalışma planı yapma	1-2-3 (%25) 4-5 (%75)
Yöntem/materyal hazırlama (anket, sunum materyali, el notu, broşür, fotoğraf vb.)	1-2-3 (%0) 4-5 (% 100)
Etkinlik (sunum yapma/eğitim, uygulama, vb.)	1-2-3 (%25) 4-5 (%75)
Rapor hazırlama	1-2-3 (%0) 4-5 (% 100)
Genel kazanımlar	1-2-3 (%0) 4-5 (% 100)

aşaması %5 yağsız süt tozu ile gerçekleştirildi. p-p38 MAPK antikoru (Thr180/Tyr182) (Cell Signaling, Danvers, MA, USA) 1:1000 oranında %5 yağsız süt tozu içerisinde seyreltilerek kullanıldı. Primer antikoru inkübasyonundan sonra, 0.1% Tween 20 içeren tris ile tamponlanmış tuz çözeltisi (TBST) ile yıkamaları tamamlandı. Daha sonra, birincil antikoru ile (1:2000, sc-2004; Santa Cruz Biotechnology Inc.) inkübe edildi ve ECL solüsyonu kullanılarak (Thermo Fisher, Rockford, IL) görüntüler filme alındı. Membranlar, membran silme solüsyonu (Thermo, Rockford, IL, USA) ile inkübe edildi. 1:1000 oranında %5 yağsız süt tozu içerisinde seyreltilmiş total p38 MAPK (Cell

Signaling, Danvers, MA, USA) antikoru ile gece boyunca inkübasyona bırakıldı. Sekonder antikoru inkübasyonu ve yıkama işlemlerinden sonra ECL ile film üzerine görüntü alındı. Densitometrik analiz programı (J-image) ile bant yoğunluğu belirlendi. Bulgular p-p38/Total p38 olarak ifade edildi.

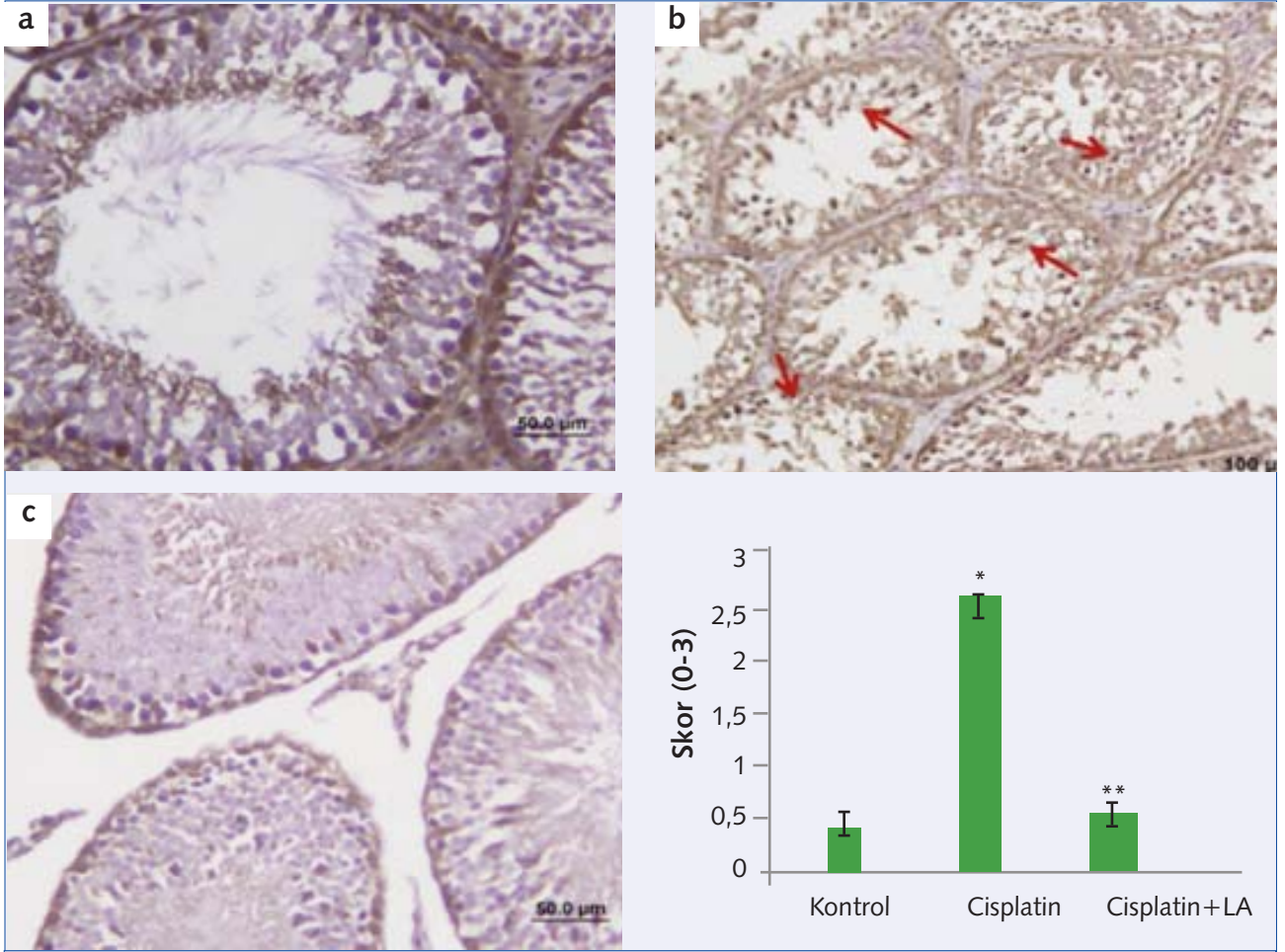
- p38 MAPK sinyal ileti yolağının testis dokusundaki lokalizasyonunu değerlendirebilmek amacı ile immunohistokimya analizi yapıldı. Testis dokuları alkol ve ksilen serilerinden geçirilerek dehidrasyon yapıldı. Parafine gömülü dokulardan mikrotom (RM 2255; Leica) ile 5 um kesitler



Şekil 3. Seminifer tübüllerdeki total p38 dağılımı (a: kontrol, b: hasar, c: tedavi grubu)
* $p < 0.05$ vs. K, ** $p < 0.05$ vs. cisplatin

alındı. Kesitlere deparafinizasyon işlemi uygulandı. Bloklama işleminden sonra, p-p38 MAPK antikor (Thr180/Tyr182) (Cell Signaling, Danvers, MA, USA) dilüsyonunu takiben inkübasyon yapıldı. Daha sonra, sekonder antikor (sc-2004; Santa Cruz Biotechnology Inc.) inkübasyonuna bırakıldı. DAB (Roche Diagnostics, Mannheim, Germany) kromojenle antikor işaretlendi ve mayer hemetoksilenle çekirdek boyanması kontrol edilerek 1-5 dk boyama yapıldı. Kesitler distile su ile yıkandı. Alkol ve ksilen serilerinden sonra lamel ile kesitler kapatıldı. Örneklerin tümü, ışık mikroskopunda olympus BX-51; Tokyo, Japan) değerlendirildi. Görüntü analiz sistemi ile DAB ile boyanan alanların dansite, intensite ve toplam optik dansiteleri belirlendi (15). Toplamda beş alan ölçülerek pozitif hücreler sayıldı ve yarı nicel olarak kaydedildi.

- ÖÇM sonunda, öğrenciler yazılı bir rapor hazırladı. Modül sonunda tüm deneylerden elde edilen veriler, öğrenciler tarafından rapor ve sunum ile paylaşıldı. Sunumlar sonrasında, Fakülte ÖÇM kurulunun yayınladığı "XII. Özel Çalışma Modülleri Sempozyumu Poster ve Özet Hazırlama Kuralları" gözden geçirildi. Öğrenciler 2018-2019 eğitim yılı başında yapılacak olan ÖÇM Sempozyumuna katılma kararı aldı. Bu bağlamda, poster içeriği ve format taslağı hazırlandı. ÖÇM sonunda DEÜTF ÖÇM değerlendirme ve geribildirim formu kullanılarak, öğrencilerden yazılı geribildirim alındı. Geri bildirimde, ÖÇM sonunda beceriler yönünden genel gelişimlerini değerlendirmeleri istenildi. Bilgi kaynaklarına ulaşma, bilgiyi yorumlama (Tartışma), çalışma planı yapma, yöntem/materyal hazırlama (Anket, Sunum Materyali, El notu, Broşür, Fotoğraf vb.), etkinlik (Sunum yapma/Eğitim, Uygulama, vb.),



Şekil 4. Seminifer tübüllerdeki p-p38 dağılımı (a: kontrol, b: hasar, c: tedavi grubu)
*p<0.0.5 vs. K, **p<0.05 vs. sisplatin

rapor hazırlama başlıklarına 1-5 puan üzerinden değerlendirmeleri istendi (1: Yetersiz, 2: Zayıf, 3: Orta, 4: İyi, 5: Mükemmel).

Ayrıca, geri bildirim formunda, çoktan seçmeli olarak ÖÇM'ye yerleşme durumu, ÖÇM seçiminde etkili olan etmenler, ÖÇM'nin toplumu tanıma ve topluma katkı açısından sağladığı kazanım düzeyi ve genel memnuniyet düzeyi sorgulandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Tüm değerler ortalama±Standart Sapma olarak ifade edildi. SPSS 22.0 programı ile gruplararası karşılaştırmalar Kruskal Wallis testi ile iki grup arasında farklılık ise Mann-Whitney U testi ile analiz edildi. p<0.05 anlamlı olarak ifade edildi.

Bulgular

Tüm bulgular, eğitim ve araştırma ile ilgili bulgular olarak ikiye ayrılmıştır:

Eğitim ile ilgili bulgular: Bu ÖÇM ile öğrenciler, "Literatür tarama, araştırma planlama, etik kurul başvurusu yapma ve laboratuvar teknikleri" ile ilgili olarak tecrübe kazandılar. ÖÇM sonunda öğrenciler, tüm çalışmanın sürecini anlatan ve verilerin değerlendirilmesini de içeren bir sunum gerçekleştirdiler. İki yarıyıl süren bu çalışmanın sonunda toplanan geri bildirim formlarında yer alan sorulara verilen yanıtlar Tablo 1'de yüzde oran olarak gösterilmiştir. Öğrencilerin %100'ü öncelikli tercihi olarak bu ÖÇM'yi seçmiştir; ÖÇM seçme etmeni olarak, konunun ilgi çekici olması tüm öğrenciler tarafından seçilmiş, eğiticinin kim olduğu ise seçimlerinde %100 etkilidir. Tüm öğrenciler ÖÇM'den memnun kalmıştır. Bunun yanısıra öğrenciler sisplatin ve testis hasarına yönelik temel bilgileri edinmişler ve makale okuma-tartışma becerilerini artırarak güncel literatürü izleyebilir duruma gelmişlerdir. Hastalıkların patogenezinde yer alan moleküler mekanizmalar ile ilgili olarak bilgilendirilmişlerdir.

Araştırma ile ilgili bulgular: Western blot bulgularına göre, sisplatin uygulanan hasar grubu ile kontrol grubu kıyaslandığında p-p38/Total p38 oranının hasar grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$). LA uygulaması ile bu artışın hasar grubu ile kıyaslandığında anlamlı olarak azaldığı saptandı ($p < 0.05$) (Şekil 1). İmmunohistokimyasal olarak değerlendirilen semifer tübül epitelinde anti p-p38 ve total p38 MAPK immun pozitif hücre dağılımı ise Şekil 2 ve Şekil 3'te gösterilmektedir. Western blot bulgularına benzer olarak hasar grubunda anti p-p38 immun pozitif hücre dağılımı kontrol grubuna göre anlamlı olarak artış gösterirken ($p < 0.05$), LA bu artışı anlamlı olarak azaltmıştır ($p < 0.05$).

Tartışma

Bu ÖÇM ile öğrenciler, bilimsel metodolojinin temel ilkelerini, araştırma planlama ve araştırma tekniklerini uygulama, verilerin değerlendirilmesi ve güncel literatürün tartışılmasına ilişkin bilgi ve beceri kazanma fırsatını buldular. Aynı zamanda, ÖÇM amaçları içerisinde yer alan bilimsel çalışmaları yazılı ve sözlü sunum becerileri elde etme fırsatı bulmuşlardır (16). Öğrencilerin tümü erken dönemde, bilgi kaynaklarına ulaşma ve bilgiyi yorumlama deneyimi gerçekleştirmiş, yöntem ve materyal hazırlama düzeyinde ise oldukça gelişmişlerdir. Bu becerilerin Tıp Fakültesi öğrencilerine bu seviyede kazandırılmış olmasının, ileri dönemdeki çalışmalarına büyük katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Öğrencilerin sözel olarak belirttikleri geri bildirimlerde, başlangıçta bilimsel makaleleri okumakta güçlük çektikleri anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, yazılı olarak verdikleri geri bildirimlerde bilimsel makaleleri nasıl okuyacaklarını ve tartışacaklarını öğrendiklerini, laboratuvarından ve edindikleri araştırma becerilerinden memnun olduklarını belirttiler.

LA'nın sisplatin ile indüklenmiş testis hasarına karşı olası koruyucu etkisine yönelik bulgularımız, hipotezimizi desteklemiştir. Bilindiği üzere, sisplatin ile indüklenmiş testis hasarının altında yatan moleküler mekanizmaların başında oksidatif stresin yer aldığı bilinmektedir (7-9) Güçlü bir antioksidan olarak bilinen LA'nın sisplatin ile indüklenmiş nefrotoksite ve nörotoksite deneysel hayvan modellerinde

oksidatif stresi azaltıcı yönde etkileri gösterilmiştir (7-9). LA'nın sisplatin ile indüklenmiş testis hasarında ise oksidatif stresi azaltıcı etkileri ise daha önceki çalışmamızda gösterilmiştir (7). Bununla birlikte LA'nın bu olumlu etkilerine aracılık eden moleküler mekanizmalar henüz tanımlanabilmiş değildir. Çalışmamızda sisplatin ile indüklenen grupta p38 MAPK sinyal ileti yolağının anlamlı olarak aktive olmasına yönelik bulgumuz literatürde yer alan daha önceki çalışmalar ile uyumludur (8-11). Çalışmamızda LA'nın sisplatin ile indüklenen p38 MAPK sinyal ileti yolağını baskılamasına yönelik bulgumuz ise ilk kez bildirilmektedir. Sonuç olarak, bu bulgularımız LA'nın sisplatin tedavisinde destekleyici bir ajan olarak kullanılabilirliğine yönelik klinik öncesi ve klinik araştırmalar için öncülük edecektir.

Günümüz Tıp Fakültelerinin temel misyonlarından biri, tüm öğrencilerin temel sağlık ve klinik bilimleri alanında güncel bilgi donanımı ile mezun etmenin yanısıra teknolojik ve medikal bilim alanlarında güncel gelişmeleri izleyebilir seviyede olmalarının sağlanmasıdır. Tıp Eğitimine yönelik araştırmalar incelendiğinde, Tıp Fakültesi öğrencilerinin eğitimleri süresince bilimsel araştırma etkinliklerine dahil olmalarının bu becerilerinin geliştirilmesinde önemli bir role sahip olduğu dikkat çekicidir (17-19). Ayrıca, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartı kapsamında, ÖÇM'lerinde içerisinde olduğu, bilimsel yöntem ve verileri içeren, kanıta dayalı tıbbi yer verilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur (3).

Bu doğrultuda gerçekleştirdiğimiz bu ÖÇM ile öğrencilere ilgili konuda güncel literatürü izleyebilme becerisi ve bilimsel araştırma yapma farkındalığı kazandırılmıştır. Sonuç olarak, öğrencilerin bağımsız öğrenme becerilerinin geliştirilmesi ve bilimsel metodolojinin temel ilkelerini öğrenmeleri hedeflerinden oluşan bu ÖÇM Tıp Fakültesi müfredatında yeni ÖÇM'lerin yapılandırılmasında yol gösterici olacaktır.

Teşekkür

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Araştırma Laboratuvarı (ARLAB)'na teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Ayşe Koçak

E-posta: kocak.ayse@gmail.com

Kaynaklar

1. General Medical Council. Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education. Londra, 2003.
2. Harden RM. The core curriculum with options or special study modules. AMEE Medical Education Guide No:5. Medical Teacher. 1995; 17:125-148.
3. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları 2014. (http://www.uteak.org.tr/uploads/belge/MOTE_STANDARTLAR_2014.Pdf)
4. Özel Çalışma Modülleri Rehberi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. 1999.
5. Tunçok Y. Özel Çalışma Modülleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2001; 1: 85-89.
6. Guner GA, Cavdar Z, Yener N, Kume T, Egrilmez MY, Resmi H. Special-study modules in a problem-based learning medical curriculum: an innovative laboratory research practice supporting introduction to research methodology in the undergraduate curriculum. Biochem Mol Biol Educ. 2011; 39:47-55.
7. Pekçetin C, Micili CS, Ozbal S, Cavdar Z, Sisman RA, Ergur UB, Ural C. Prevention of cisplatin-induced testis injury in rats by alpha lipoic acid. Turk J Biochem. 2015; 40: S1.
8. Soni KK, Kim HK, Choi BR, Karna KK, You JH, Cha JS, Shin YS, Lee SW, et al. Dose-dependent effects of cisplatin on the severity of testicular injury in Sprague Dawley rats: reactive oxygen species and endoplasmic reticulum stress. Drug Des Devel Ther. 2016;10:3959-3968.
9. Sherif IO, Abdel-Aziz A, Sarhan OM. Cisplatin-induced testicular toxicity in rats: the protective effect of arjunolic acid. J Biochem Mol Toxicol. 2014;28(11):515-21.
10. Son Y, Cheong YK, Kim NH, Chung HT, Kang DG, et al. Mitogen-activated protein kinases and reactive oxygen species: How can ROS activate MAPK pathways? J Signal Transduct. 2011;2011:792639. doi: 10.1155/2011/792639.
11. Ilbey YO, Ozbek E, Cekmen M, Simsek A, Otunctemur A, Somay A. Protective effect of curcumin in cisplatin-induced oxidative injury in rat testis: mitogen-activated protein kinase and nuclear factor-kappa B signaling pathways. Hum Reprod. 2009;24(7):1717-25.
12. Wiechelman KJ, Braun RD, Fitzpatrick JD. Investigation of biconchonic acid protein assay: identification of the groups responsible for color formation. Anal Biochem. 1998; 175(1):231-237.
13. Laemmli UK. Cleavage of structural proteins during the assembly of the head of bacteriophage T4. Nature. 1970; 227:680-684.
14. Kurien BT and Scofield RH. Protein Blotting: A Review. J Immunology Methods. 2003; 274:1-15.
15. Nowacek JM, Kiernan JA. Fixation and tissue processing. In: Kumar GL, Kiernan JA, Eds., Guide: Special Stains and H & E, 2nd ed. Dako North America. Carpinteria, CA. 2010; 141-152.
16. Sedenay Sifil, Beyza Sezer, Hatice Çakırlar, Elif Ekin Tunga, Cemre Ural, Pınar Akokay, Duygu Harmancı, Çetin Pekçetin, Zahide Çavdar. Sıçanlarda Sisplatin İle İndüklenmiş Testis Hasarına Karşı Lipoik Asidin Olası Koruyucu Etkisinde p38 MAPK Sinyal İleti Yolağının Rolünün Araştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi XIII. ÖÇM Sempozyumu. 2019 Eylül.
17. Möller R, Shoshan M. Medical students' research productivity and career preferences; a 2-year prospective follow-up study. BMC Med Educ. 2017;17(1):51. doi: 10.1186/s12909-017-0890-7.
18. Chang Y, Ramnanan CJ. A review of literature on medical students and scholarly research: experiences, attitudes, and outcomes. Acad Med. 2015;90(8):1162-73. doi: 10.1097/ACM.0000000000000702.
19. Oliveira CC, de Souza RC, Abe EH, Silva Móz LE, de Carvalho LR, Domingues MA. Undergraduate research in medical education: a descriptive study of students' views. BMC Med Educ. 2014; 17: 14:51. doi: 10.1186/1472-6920-14-51.



Fatma Başar¹, Sevil Çiçek Özdemir², Havva Yeşildere Sağlam³

DOI: 10.17942/sted.432545

Geliş/Received : 09.06.2019

Kabul/Accepted : 10.03.2020

Öz

Amaç: Araştırma, ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma yönelik bilgi düzeylerini ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nde okuyan 235 öğrenci ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ve Doğal Doğum Bilgi Formu kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,6 \pm 2,0$ olup; %84,7'si doğal doğumu duymuş, duyanların %50,3'ü bu kavramı okulda duyduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin sınıfı, doğal doğumu duyma, doğal doğumda yarar-zarar ve doğal doğumda doğum öncesi hazırlığın gereklilik durumu ile doğal doğumu bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$).

Sonuç: Öğrencilerin doğal doğuma ilişkin görüşleri olumlu olmasına karşın, bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı ve çoğunlukla normal doğumu tercih ettikleri görülmüştür. Bu konuda ebelik öğrencilerine doğal doğum konusunda planlı eğitimlerin düzenlenmesi ve bilgilendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Doğal doğum, Ebelik, Öğrenci

Abstract

Objective: The aim of this research was to determine the level of knowledge and opinions among midwifery students about natural birth.

Material and Method: The descriptive study was conducted among 235 students studying at the Midwifery Department of Dumlupınar University Kütahya Health School. The Personal Information Form and the Natural Birth Information Form were used for data collection.

Findings: The mean age of the students was $20,6 \pm 2,03$. 84,7% of the students heard of the natural birth, 50,3% of them stated that they have heard this concept at school. There was a statistically significant difference between the students' knowledge of natural birth and their grades (classes), awareness of natural birth, their opinions about the benefits-harms of natural birth and necessity for prenatal preparation for natural birth ($p < 0.05$).

Conclusion: Although the opinions of the students about natural birth were positive, it was seen that their knowledge was not at a sufficient level and they mostly preferred normal delivery. It would be advisable to organise planned training activities for midwifery students and provide them with the information on natural birth.

Key words: Natural birth, Midwifery, Student

*Bu çalışma 21-24 Eylül 2017 tarihinde Ankara'da yapılan 3. Uluslararası 4. Ulusal Ebelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur

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

2 Arş. Gör.; Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD, Ankara (Orcid No: 0000-0001-6478-4236)

3 Arş. Gör.; Osmangazi Ü. Sağlık Bilimleri Fak., Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD, Eskişehir (Orcid No: 0000-0001-8311-3745)

Giriş

Kadın hayatının önemli gelişimsel dönüm noktalarından olan gebelik süreci ve doğum eylemi fizyolojik bir olaydır (1,2). Dolayısıyla bu sürecin doğal akışında gerçekleşmesi gerekmektedir (3,4). Ancak yolunda gitmeyen, normalden sapma gösteren durumlarda bazen tıbbi girişimlere ihtiyaç duyulabilir (1,3). Böyle durumlarda önemli olan en az tıbbi girişimle doğumu sonuçlandırmaktır (5). Neredeyse bütün kadınlar dışarıdan girişim olmadan, doğal doğum yapmak isterler (6).

Doğal doğum, gebelik ve doğumun fizyolojik bir olay olduğu görüşü ile kadının kendi içgüdülerinin rehberliğinde kendi doğumuna aktif olarak katıldığı ve mümkün olduğu kadar az ya da hiç tıbbi müdahale edilmeden gerçekleştirilen doğumlardır (5,7,8). Böylece aktif olan tüm doğal hormonlar, anne ve bebeği doğuma en sağlıklı biçimde hazırlamaktadır. Doğal doğumda sağlık profesyonelleri izleyici, rehber olmalı ve sağlık kontrolleri dışında gereksiz girişimlerden kaçınmalıdır (1,3). Doğumun tamamen doğal bir süreç olduğunu savunan Lamaze doğumun kendi kendine başlaması ve tıbbi olarak gerekmedikçe müdahale edilmemesi gerektiğini belirtmiştir (5)

Doğumun fizyolojik bir süreç olması, normal doğumun doğal ve güvenli olduğu düşüncesini desteklemektedir. Normal doğumun işleyişine yapılan her türlü girişim, doğumun doğal gidişatını etkiler. Önceleri doğal seyrine bırakılan doğuma, gelişen teknoloji ve medikal bakımla birlikte müdahaleler artmıştır (1). Normal doğuma yapılan her türlü müdahale doğumun doğallığını etkilemektedir. Günümüzde halen uygulamada normal doğuma yapılan birçok müdahale bulunmaktadır. Bu müdahaleler indüksiyon, amniyotomi, yeme içmenin kısıtlanması, hareket özgürlüğünün engellenmesi, lavman, sık vajinal muayene, epizyotomi, sürekli elektronik fetal monitorizasyon gibi uygulamalardır (3). Yapılan bu müdahaleler normal doğum süreci ve hormon salınımını bozabilmekte ve çeşitli sorunlara neden olabilmektedir (5,8). Doğum eyleminde yapılacak müdahaleler gerçekten gerekli olduğu durumlarda yapılmalıdır (1). Doğal doğumda kadın özgürce hareket edebilmekte, masaj, solunum teknikleri, müzik dinleme, duş alma ve banyo yapma gibi gevşeme tekniklerini kullanabilmekte, doğumuna bilinçli ve aktif olarak katılabilmekte ve kendisini

ekibin bir üyesi gibi hissedebilmektedir. Ancak bu durumlar normal doğum sırasında sınırlı kalmakta, hatta bazen hiç uygulanmamaktadır (1,3). Anne adaylarının doğum öncesi dönemden itibaren doğal doğuma hazırlanmaları gerekmektedir. Bunun için antenatal bakım ve doğuma hazırlık sınıfları önemlidir (1,3,9). Bu konuda ebeler ve hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Ebelerin ve hemşirelerin öncelikle doğumu doğal bir süreç olarak kabul etmeleri, doğaldan sapma durumlarını iyi değerlendirmeleri ve mesleki anlamda bilgi ve becerilerinin yeterli düzeyde olmaları önem kazanmaktadır (7). Ayrıca ebeler ve hemşireler doğal doğumu bilmeli ve önemini anlamalı, doğal doğum konusunda kadınları cesaretlendirmede yaşanan zorlukların farkında olmalı, doğum öncesi dönemde doğal doğumu teşvik etmeli ve doğal doğuma hazırlanmasında kadına yardımcı olmalıdır (10). Doğru ve yeterli bilgilendirilmiş gebenin ve ailesinin karar sürecine daha bilinçli katılması, doğum sürecine olan uyumunu da kolaylaştırmaktadır (9).

Ülkemizde de doğal doğum giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Geleneksel ve rutin hizmet anlayışı yerine kanıt temelli uygulamaları, doğal doğum felsefesini ve birey merkezli bakımın önemini benimseyen ve uygulamaya geçiren sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi, pratikteki olumsuz ortamların azaltılması ve kadınların olumlu bir doğum deneyimi yaşamaları açısından son derece önemlidir (3). Ülkemizde doğal doğum konusu giderek daha fazla önem kazanmasına karşın hala bu konudaki bilgilerinin yeterli ve doğru olmadığı görülmektedir. Bu yüzden gebelik süresince kadınlara destek olan ve bilinçli karar almalarına katkıda bulunacak olan geleceğin ebeleri ebelik öğrencilerinin bilgi düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir. Bu bağlamda; ebelik öğrencilerinin doğal doğuma ilişkin bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2016 yılında Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nde öğrenim gören 343 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem hesabına gidilmemiş; araştırmaya katılmayı kabul eden 235 öğrenci araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Evrenin yaklaşık %31,5'i araştırmaya

katılmamıştır. Araştırma verileri Nisan-Mayıs 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

Verilerin toplanmasında literatür taraması sonucunda oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Doğal Doğum Bilgi Formu” kullanılmıştır (3,11). Kişisel Bilgi Formu öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve doğal doğuma ilişkin düşüncelerine yönelik sorulardan oluşmaktadır. Doğal Doğum Bilgi Formu literatür incelemesi sonucunda hazırlanmış olup; 26 ifadeden (olumlu ve olumsuz ifadeler) oluşmaktadır. Formun içeriğinde doğal doğuma yönelik çeşitli ifadeler yer verilmiştir. Öğrencilerden “evet”, “hayır”, “bilmiyorum” şeklinde cevaplamaları istenmiştir. Araştırmanın uygulanabilmesi için Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Rektörlüğü’nden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak öğrencilerden sözlü izin alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı (n), yüzde (%) ve ki kare testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılmayan öğrencilerin büyük çoğunluğunun dördüncü sınıf öğrencisi olması araştırmamızın sınırlılığıdır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,6 \pm 2,0$ yıldır. Öğrencilerin %30,2’si birinci sınıf, %95,7’si bekadır. Öğrencilerin %51,1’inin en uzun yaşadığı yer il merkezi olup; %80,9’u çekirdek aileye sahiptir. Öğrencilerin %73,6’sının annesinin, %56,2’sinin babasının eğitim durumu ilköğretimdir. Ayrıca %81,3’ünün annesi ev hanımı, %91,5’inin babası ise çalışmaktadır (Tablo 1).

Öğrencilerin doğal doğuma ilişkin bilgi düzeylerini etkileyen faktörler incelendiğinde; öğrencilerin medeni durum, anne-baba eğitim durumu ile doğal doğumu bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Ancak öğrencilerin sınıfı, doğal doğumu duyma, doğal doğum yarar-zarar durumu ve doğal doğumda doğum öncesi hazırlık ile doğal doğumu bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Dördüncü sınıf öğrencilerinin diğer sınıflardaki öğrencilere göre doğal doğumu daha doğru bildikleri saptanmıştır. Doğal doğumu duyan, yararlı olduğunu düşünen ve doğal doğum

Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	n	%
Yaş $X \pm SD$ ($20,6 \pm 2,0$ yıl)		
Sınıf		
Birinci sınıf	71	30,2
İkinci sınıf	59	25,1
Üçüncü sınıf	60	25,5
Dördüncü sınıf	45	19,2
Medeni durum		
Bekar	225	95,7
Evli	10	4,3
Anne eğitim durumu		
Okur yazar	18	7,7
İlköğretim	173	73,6
Lise ve üzeri	44	18,7
Baba eğitim durumu		
Okur yazar	8	3,4
İlköğretim	132	56,2
Lise ve üzeri	95	40,4
Anne çalışma durumu		
Hayır	191	81,3
Evet	44	18,7
Baba çalışma durumu		
Hayır	20	8,5
Evet	215	91,5
Aile tipi		
Çekirdek aile	190	80,9
Geniş aile	36	15,3
Parçalanmış aile	9	3,8
Aile aylık geliri		
Gelir giderden az	48	20,4
Gelir gidere denk	170	72,4
Gelir giderden fazla	17	7,2
En uzun süre yaşadığı yer		
İl merkezi	120	51,1
İlçe	70	29,8
Köy/kasaba	45	19,1
Toplam	235	100,0

öncesi doğum öncesi hazırlığın gerekli olduğunu ifade eden öğrencilerin doğal doğumu doğru bilme oranlarının diğerlerine göre daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Öğrencilerin %96,2’si doğumun kendiliğinden başlaması gerektiğini, %80,4’ü doğumda kadının hareket özgürlüğünün olması gerektiğini, %99,1’i kadınlara doğumda fiziksel ve duygusal destek sağlanması gerektiğini belirtmektedir. Öğrencilerin %57,4’ü doğumda yiyecek-içecek kısıtlaması yapılması gerektiğini, %68,1’i aktif dönemde suya girmenin doğumu hızlandıracağını düşünmektedir.

Tablo 2. Öğrencilerin doğal doğuma yönelik bilgi ve düşüncelerine göre dağılımı

Özellik	n	%
Doğal doğumu duyma		
Evet	199	84,7
Hayır	36	15,3
Doğal doğumu duyduğu kaynak (n=199)		
Okulda öğretmen	100	50,2
Basın- yayın araçları	40	20,1
Aile, arkadaş	28	14,1
Sağlık personeli	21	10,5
Yakınım	10	5,1
Doğal doğumu bilme		
Doğru	136	57,9
Yanlış	86	36,6
Bilmiyor	13	5,5
Doğal doğum yarar-zarar durumu		
Yararlı	166	70,6
Zararlı	1	0,5
Hem yararlı hem zararlı	44	18,7
Bilmiyorum	24	10,2
Doğal doğumda doğum öncesi hazırlık		
Gerekli	205	87,2
Gereksiz	10	4,3
Bilmiyorum	20	8,5
Doğal doğum nerede yapılmalı		
Evde	61	26,0
Hastanede	164	69,7
Diğer	10	4,3
Tercih edilen doğum şekli		
Doğal doğum	56	23,8
Normal doğum	142	60,4
Sezaryen	12	5,1
Kararsızım	25	10,7
Doğal doğum ile ilgili bilgi almak isteme		
Evet	181	77,0
Hayır	34	14,5
Kararsızım	20	8,5
Toplam	235	100,0

Ayrıca öğrencilerin büyük çoğunluğu doğum sonrasında anne ve bebeğin bir arada kalması (%95,8), hemen bebeğin anne kucağına verilmesi (%86,0), bebeğin hemen emzirilmesi (%75,3), hemen kordonun kesilmesi gerektiğini (%64,2) ifade etmektedir. Öğrencilerin %65,5'i epizyotominin doğum kanalını genişletip yırtıkları önlediğini, %20,0'ı ise rutin olarak epizyotomi yapılması gerektiğini belirtmektedir. Öğrencilerin

çoğunluğu doğal doğumda sağlık profesyonellerinin bir izleyici olup gerekmedikçe müdahale etmemesi gerektiğini (%57,5), doğal doğum ile doğan bebeklerin emme becerisinin daha iyi olduğunu (%80,9), solunun sıkıntısı gelişme riskinin daha az olduğunu (%80,9), annelerde meydana gelecek komplikasyon riskinin daha az olduğunu (%67,2), daha kısa sürede taburcu edildiğini (%81,3), daha hızlı iyileşme sürecine sahip olduklarını (%81,7) ve doğal doğumun sağlık sistemine düşen maliyeti azalttığını (%81,3) düşünmektedirler (Tablo 4).

Tartışma

Doğum eylemi, üreme çağındaki kadınların yaşadığı, kadını fiziksel ve emosyonel yönden etkileyen, annelik rolüne geçişi sağlayan doğal bir süreçtir (12). Ancak günümüzde meydana gelen hızlı değişim ve gelişim ile doğumun doğal ve fizyolojik bir süreç olduğu unutulmuştur (13). Doğum eyleminin yüksek teknoloji ile sağlık profesyonelleri tarafından müdahale edilerek hastanede gerçekleştirilebileceği düşünülmektedir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü doğumun normal akışında ilerlemesini ve gerekmedikçe herhangi bir müdahalede bulunulmamasını önermektedir (14). Bu nedenle doğum sürecinde aktif rol oynayacak olan ebelik öğrencilerinin doğumun doğal süreci hakkında yeterince bilgi sahibi olmaları ve gebeleri bu yönde desteklemeleri önem kazanmaktadır.

Araştırmada öğrencilerin %84,7'si doğal doğumu önceki zamanlarda duyduğunu ifade etmektedir. Karabulutlu ve Yavuz'un (2018) öğrencilerin doğal doğuma ilişkin bilgi ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin %61,8'i, Amanak ve Akdolun Balkaya'nın (2013) öğrencilerin doğal doğuma ilişkin bilgi ve düşüncelerini belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında ise öğrencilerin %38,5'i doğal doğumu duymuştur. Literatürde yer alan çalışmalar ile karşılaştırıldığında araştırmamızda öğrencilerin doğal doğum duyma oranı daha yüksek bulunmuştur (3,11). Öğrencilerin %57,9'u doğal doğumu doğru bilmekte olup; doğal doğumun "herhangi bir müdahale olmadan yapılan doğum" olduğunu bildirmişlerdir. Karabulutlu ve Yavuz'un (2018) yaptıkları çalışmada öğrencilerin %38,2'si, Amanak ve Akdolun Balkaya'nın (2013) çalışmasında ise %34,9'u doğal doğumu doğru tanımlamıştır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre; araştırma sonucumuz öğrencilerin doğal doğumu daha fazla oranda doğru bildiklerini göstermektedir

Tablo 3. Öğrencilerin doğal doğumu bilme durumlarını etkileyen faktörler

Özellik	Doğal doğum						X ²	p
	Doğru bilen		Yanlış bilen		Bilmeyen			
	n	%	n	%	n	%		
Sınıf								
Birinci sınıf	32	23,5	30	34,9	9	69,2	40.683	0.000
İkinci sınıf	24	17,6	33	38,4	2	15,4		
Üçüncü sınıf	39	28,7	19	22,1	2	15,4		
Dördüncü sınıf	41	30,2	4	4,6	0,0	0,0		
Medeni durum								
Bekar	130	95,6	82	95,3	13	100,0	0.619	0.734
Evli	6	4,4	4	4,7	0	0,0		
Anne eğitim durumu								
Okur yazar	10	7,4	7	8,1	1	7,7	1.639	0.802
İlköğretim	100	73,5	65	75,6	8	61,5		
Lise ve üzeri	26	19,1	14	16,3	4	30,8		
Baba eğitim durumu								
Okur yazar	5	3,7	3	3,5	0,0	0,0	3.892	0.421
İlköğretim	74	54,4	53	61,6	5	38,5		
Lise ve üzeri	57	41,9	30	34,9	8	61,5		
Doğal doğumu duyma								
Evet	121	89,0	77	89,5	1	7,7	62.890	0.000
Hayır		15	11,0	9	10,5	12		
Doğal doğum yarar-zarar durumu								
Yararlı	103	75,7	63	73,3	0,0	0,0	74.886	0.000
Zararlı		0,0	0,0	0,0	0,0	1		
Hem yararlı hem zararlı	26	19,1	15	17,4	3	23,1		
Bilmiyorum	7	5,2	8	9,3	9	69,2		
Doğal doğumda doğum öncesi hazırlık								
Gerekli	121	89,0	79	91,9	5	38,5	38.460	0.000
Gereksiz	5	3,7	4	4,6	1	7,7		
Bilmiyorum	10	7,3	3	3,5	7	53,8		

(3,11). Öztürk ve ark.'nın (2016) kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada da nulligravida kadınların %31,2'si, primigravida kadınların %53,3'ü, multipar kadınlarında %13,0'ı doğal doğumu "hiçbir müdahalede olmadan yapılan doğum" olarak tanımlamıştır (15). Araştırmaya katılan öğrencilerin %70,6'sı doğal doğumun yararlı olduğunu ve %87,2'si doğal doğum öncesinde hazırlık yapılması gerektiğini düşünmektedir. Araştırma sonuçlarımız literatürde yer alan çalışmalarla paralellik göstermektedir (3,11). Araştırmaya katılan öğrencilerin %69,7'si hastanede doğal doğumun yapılması gerektiğini belirtmektedir. Doğum, tamamen risksiz bir süreç değildir. Bu nedenle birçok ülkede doğumların hastanede gerçekleşmesi daha güvenilir olarak görülmektedir (16). Ancak evde yapılan doğumlar, müdahale ve komplikasyon oranı daha az olduğundan doğal doğuma en yakın doğumlardır

(17). Bu bağlamda öğrencilerin doğal doğuma ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Hastanelerdeki tıbbi prosedürler ve sabırsızlık nedeniyle yapılan gereksiz müdahalelerin çeşitli komplikasyonlara sebep olabileceği bilinmektedir (16,18). 1950-2009 arası yapılan araştırmaların değerlendirildiği bir çalışmada ev doğumlarında anneye daha az müdahale olması sonucu epidural analjezi, epizyotomi ve operatif doğum oranlarında azalma olduğu bildirilmektedir. Hastanede yapılan doğumların, planlı ev doğumlarına göre daha fazla girişim ve komplikasyonlara neden olabileceği bildirilmiştir (18). 1990 ve 2007 yılları arasında düşük riskli kadınlarda planlı evde doğum ve planlı hastane doğumlarının sonuçlarının karşılaştırıldığı başka bir çalışmada evde doğum yapan primipar kadınlarda operatif vajinal doğum, epidural analjezi ve distosi riskinin daha az olduğu; multipar kadınlarda ise

Tablo 4. Öğrencilerin doğal doğuma yönelik düşünceleri

Öğrencilerin doğal doğuma yönelik düşünceleri	Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
	Doğum kendiliğinden başlamalıdır.	226	96,2	3	1,3	6
Doğumda kadının hareket özgürlüğü olmalıdır.	189	80,4	17	7,2	29	12,4
Gebelik ve doğum eylemi bir hastalık değil, bedenin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonudur.	234	99,6	1	0,4	0	0,0
Doğum öncesi destek ve bilgilendirme kadınların doğum şekli tercihinde etkili ve önemlidir.	232	98,7	2	0,9	1	0,4
Doğumda duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.	233	99,1	2	0,9	0	0,0
Doğumda müzik, banyo, masaj vb. teknikleri kullanılmak yararlıdır.	197	83,8	10	4,3	28	11,9
Kadınlar kendi doğum eyleminin yönetiminde aktif rol almalıdır.	221	94,1	9	3,8	5	2,1
Kadınlara doğum ağrısıyla baş etme ve gevşeme tekniklerinin öğretilmesi doğumda etkin olmalarını sağlar.	235	100,0	0	0,0	0	0,0
Doğumun aktif döneminde vücut ısındaki suya girmek doğumu hızlandırır.	160	68,1	1	0,4	74	31,5
Doğumda gebenin riski yoksa yiyecek-içecek serbest olmalıdır.	46	19,6	135	57,4	54	23,0
Gebeye gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalıdır.	216	91,9	6	2,6	13	5,5
Doğumda sırt üstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir.	121	51,5	53	22,5	61	26,0
Doğumda ayakta durma, yürüme, çömelme gibi dikey pozisyonlar tercih edilmelidir.	118	50,2	73	31,1	44	18,7
Doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır.	225	95,8	1	0,4	9	3,8
Bebek doğar doğmaz anne kucağına verilmelidir.						
Bebek doğar doğmaz emzirilmelidir.	202	86,0	25	10,6	8	3,4
Doğum olur olmaz kordon kesilmelidir.	177	75,3	37	15,8	21	8,9
Epizyotomi doğum kanalını genişletir ve yırtıkları önler.	151	64,2	61	26,0	23	9,8
Epizyotomi rutin olarak yapılmalıdır.	154	65,5	19	8,1	62	26,4
Doğal bir doğumda sağlık profesyonelleri izleyici olup,sağlık kontrollerini yapma dışında başka bir müdahalede bulunmamalıdır.	47	20,0	115	48,9	73	31,1
Doğal doğum ile doğan bebeklerin anne memesini emme becerisi daha iyidir ve annesi ile cilt teması daha hızlı ve kolay gerçekleşir.	135	57,5	68	28,9	32	13,6
Doğal doğum ile doğan bebeklerin solunum sıkıntısı gelişme riski daha azdır ve doğum sırasında salgılanan endorfin hormonu bebeği dış ortama hazırlar.	190	80,9	5	2,1	40	17,0
Doğal doğum ile doğum yapan annelerin doğum sonrasında anne ölümlü oranı daha azdır.	190	80,9	4	1,7	41	17,4
enfeksiyon gibi komplikasyon riski ve doğum sırasında anne ölüm oranı daha azdır.	158	67,2	15	6,4	62	26,4
Doğal doğum ile doğum yapan anneler büyük bir güven hisseder ve daha kısa sürede taburcu edilirler.	191	81,3	7	3,0	37	15,7
Doğal doğum ile doğum yapan annelerin iyileşme süreci daha kısadır.	192	81,7	8	3,4	35	14,9
Doğal doğum sağlık sisteminin maliyetini azaltarak, ilaçlara olan talebi azaltır.	191	81,3	5	2,1	39	16,6

operatif vajinal doğum, epidural analjezi, epizyotomi, distosi, anal sfinkter yaralanması ve postpartum hemoraji riskinin daha az olduğu görülmüştür (19). Ülkemizde ise hastanede yapılan doğum oranlarında artış görülürken, evde doğum oranlarında azalma görülmektedir. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları) 2008 verilerine göre doğumların %90,0'ı sağlık kuruluşlarında gerçekleşirken; %10,0'u evde, TNSA 2013 verilerine göre ise doğumların %97,0'si sağlık kuruluşlarında gerçekleşirken; yalnızca %2,3'ü evde gerçekleşmektedir (20,21).

Ülkemizde ve dünyada sezaryen doğum oranları gittikçe artış göstermektedir (22,23). Ülkemizde TNSA 2008'de sezaryen doğum oranı %37,0 iken; 2013'de %48,0'dir (20,21). Serçekus ve ark.'nın (2015) çalışmasında kadınların %9,2'si, Sayiner ve ark.'nın (2009) çalışmasında %24,4'ü, Karabulutlu'nun (2012) çalışmasında ise %21,2'si sezaryen doğumu tercih etmektedir (24, 25). Karaca ve Genç Koyuncu'nun (2015) çalışmasında öğrencilerin %82,4'ü, Doğaner ve ark.'nın (2013) çalışmasında ise %88,5'i normal doğumu tercih edeceğini belirtmektedir (26,27). Araştırmamızda ise öğrencilerin %60,4'ü normal doğumu, %23,8'i ise doğal doğumu tercih edeceğini belirtmiştir. Çalışmalardan da görüldüğü gibi kişinin doğum şekli tercihi kendine bırakılsa kişiler normal doğumu tercih edeceğini belirtmektedir. Ancak görüldüğü gibi literatürde büyük bir kısım normal doğum ve sezaryen doğum üzerine odaklanmakta; doğal doğum geri planda kalmaktadır. Toplumda doğal doğumun ne olduğu konusunda önemli derecede bilgi eksikliği olduğu söylenebilir.

Araştırmada doğal doğumu duyan, yararlı olduğunu düşünen ve doğal doğum öncesi hazırlığın gerekli olduğunu ifade eden öğrencilerin doğal doğumu doğru bilme oranlarının diğerlerine göre daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 3). Öğrencilerin sınıfı ile doğal doğumu bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Dördüncü sınıf öğrencilerinin, diğer sınıflardaki öğrencilere göre doğal doğumu daha doğru bildikleri saptanmıştır. Karabulutlu ve Yavuz'un (2018) çalışmasında öğrencilerinin büyük bir çoğunluğunun (%57,7) doğal doğumu ikinci sınıfta öğrendikleri belirlenmiştir (11). Amanak ve Akdolun Balkaya'nın (2013) yaptıkları çalışmada ise öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun (%64,7)

doğal doğumu üçüncü sınıfta öğrendikleri saptanmıştır (3). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; doğal doğumu doğru bilme bakımından araştırma sonuçları farklılık göstermektedir. Ebelik öğrencilerinin eğitim öğretim hayatları boyunca aldıkları derslerin, doğal doğuma yönelik bilgi ve düşüncelerini etkilediği açıktır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %30,2'si birinci, %25,1'i ikinci, %25,5'i üçüncü ve %19,2'si dördüncü sınıftır. Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıf bilgileri değerlendirildiğinde dördüncü sınıf öğrencilerinin katılım yüzdesi daha düşük bulunmuştur (Tablo 1). Bu nedenle araştırmaya katılmayan öğrencilerin çoğunluğunun dördüncü sınıf öğrencisi olduğu öngörülmektedir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin de, diğer sınıflardaki öğrencilere göre doğal doğumu daha doğru bildikleri saptanmıştır (Tablo 3). Bu bağlamda dördüncü sınıf öğrencilerinden daha az katılımın olması, öğrencilerin doğal doğuma yönelik bilgilerinin daha kötü olmasına ve düşüncelerin daha olumsuz olmasına neden olmuş olabilir.

Öğrencilerin medeni durum, anne-baba çalışma durumu, anne-baba eğitim durumu, gelir durumu, aile tipi, en uzun süre yaşanan yer ile doğal doğumu doğru bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 3). Karabulutlu ve Yavuz'un (2018) çalışmasında öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yer, ailelerinin gelir durumu, aile tipi, anne ve babalarının eğitim durumu ve mesleği, doğal doğumu duyma ve bilme durumlarını etkilememiştir (3). Amanak ve Akdolun Balkaya'nın (2013) yaptıkları çalışmada da öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yer, ailelerinin gelir durumu, anne ve babalarının eğitim durumu ve mesleği doğal doğumu duyma ve bilme durumlarını etkilememiştir (3). Görüldüğü gibi literatürde yer alan çalışmalar, araştırma sonuçlarımız ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %96,2'si "doğumun kendiliğinden başlaması gerektiğini", %80,4'ü "doğumda kadının hareket özgürlüğünün olması" gerektiğini, %99,1'i "kadınlara doğumda fiziksel ve duygusal destek sağlanması" gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca öğrencilerin çoğunluğu doğum sonrasında anne ve bebeğin bir arada kalması gerektiğini (%95,8), "hemen bebeğin anne kucağına verilmesi gerektiğini" (%86,0), "bebeğin

hemen emzirilmesi gerektiğini" (%75,3) düşünmektedir. Bu bağlamda öğrencilerin doğal doğuma karşı olumlu tutum içinde oldukları görülmektedir. Amanak ve Akdolun Balkaya'nın (2013) çalışmasında da benzer olarak öğrencilerin %94,7'si "doğumun kendiliğinden başlaması" ve %66,3'ü "doğumda kadının hareket özgürlüğü olması" gerektiğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin hepsi "gebelik ve doğum eyleminin bir hastalık değil, beden doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonu" olduğunu, "doğum öncesi destek ve bilgilendirmenin kadınların doğum tercihinde etkili ve önemli olduğunu" ve "kadına doğumda duygusal ve fiziksel destek verilmesi gerektiğini" ifade etmişlerdir. Karabulutlu ve Yavuz'un (2018) çalışmasında öğrencilerin %96,1'i "doğumun kendiliğinden başlaması", %81,6'sı ise "doğumda kadının hareket özgürlüğü olması" gerektiğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin %97,4'ü gebeye "gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılması" gerektiğini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, araştırma bulgularımız ile paralel olup, öğrencilerin doğal doğumu destekledikleri açıktır. Öztürk ve ark.'nın (2016) kadınların doğal doğum hakkındaki bilgi ve görüşlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada nulligravida, primigravida ve multipar kadınların doğum süresince hareket özgürlüğünün olması, doğum süresince fiziksel ve duygusal desteğin olması, gereksiz müdahalelerden kaçınılması, epizyotomi yapılması, doğumda duş alma ve sıvı kısıtlanmasının olmaması gerektiğini belirtme oranları yüksek bulunmuştur (15).

Öğrencilerin yalnızca %19,6'sı "Doğumda gebenin riski yoksa yiyecek-içecek serbest olmalıdır", %51,5'i "Doğumda sırt üstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir", %50,2'si "Doğumda ayakta durma, yürüme, çömelme gibi dikey pozisyonlar tercih edilmelidir" ifadesine katılmaktadır. Öğrencilerin bu düşüncelere sahip olması, teorikte aldıkları derslerin aksine, klinik uygulamalarda gördükleri ile ilgili olabilir. Son yıllarda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları önem kazanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü yayınladığı kanıta dayalı uygulamalarda doğumun anne ve bebek için en sağlıklı biçimde gerçekleşmesinde en az girişim ile güvenli bir doğum eylemi sürecinin gerçekleştirilebileceğini belirtmiştir. Bu ifadeler; doğumun kendiliğinden başlaması, anne adayının doğum süreci boyunca hareket özgürlüğünün olması, gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmesi, gereksiz her türlü

müdahaleden kaçınılması, doğumda sırtüstü pozisyonlar yerine diğer pozisyonların verilmesi, doğum sonrası anne ve bebeğin bir arada kalmasıdır (28). Hareket özgürlüğüne yönelik yapılan çalışmada doğumun ilk evresinde yürüme, oturma, ayakta durma ve çömelme pozisyonları ile yatay pozisyonlar karşılaştırılmıştır. Dikey pozisyonların doğum süresini kısalttığı ve epidural kullanım oranlarını düşürdüğü belirtilmiştir (29).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %65,5'i "epizyotominin doğum kanalını genişletip yırtıkları önlediğini", %20,0'ı ise "rutin olarak epizyotomi yapılması gerektiğini" belirtmektedir. Amanak ve Akdolun Balkaya'nın (2013) çalışmasında da öğrencilerin %83,4'ü "epizyotominin doğum kanalını genişleterek yırtıkları önlediğini" düşünmektedir. Buna karşın öğrencilerin %74,0'ı "rutin olarak epizyotomi yapılmamalıdır" görüşünü desteklemektedir (3). Karabulutlu ve Yavuz'un (2018) çalışmasında öğrencilerin %55,3'ü "rutin olarak epizyotomi yapılmamalıdır" görüşünü desteklemektedir (11). Öğrenciler epizyotomiye desteklerken; rutin olarak yapılmaması gerektiğini düşünmektedirler. Epizyotomi, doğum eyleminin süresini kısaltmada kullanılan bir müdahaledir. Epizyotomi, kısa vadede avantaj gibi görünürken; uzun vadede birçok dezavantajı bulunmaktadır. Epizyotomi, perineal travmalara, üçüncü ve dördüncü derecede laserasyonlara, kanamalara neden olabileceği gibi, ileri dönemlerde enfeksiyonlara, üriner ve rektal inkontinansa ve cinsel işlev bozukluklarına neden olabileceği konusunda da görüşler bulunmaktadır (30).

Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin doğal doğuma ilişkin görüşleri olumlu olmasına karşın, bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görülmüştür. Çalışma sonuçları öğrencilerin doğal doğum konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla ebelik öğrencilerinin kendileri ve bakım verdiği gebeler için doğal doğum konusunda planlı eğitimlerin düzenlenmesi ve bilgilendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca düzenlenen eğitimlerin klinik uygulama ile entegre olması da önemlidir.

İletişim: Dr. Fatma Başar

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

Kaynaklar

1. Sayiner F, Özerdoğan N. Doğal doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):143-8.
2. Ibáñez-Gil N, Oliva-Pérez J, Simonelli-Muñoz AJ. Midwives and gynecologists: Knowledge about sterile water injections for pain relief in labor. Pain Management Nursing 2015;16(2):e9-e16.
3. Amanak K, Akdolun Balkaya N. Ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(2):7-14.
4. Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;1(3):26-34.
5. Rathfisch G. Doğal doğum felsefesi. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2012.
6. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. The role of relaxation training in health index of infants in pregnant mothers. Journal of Jahrom University of Medical Sciences 2013;11(1):13-19.
7. Ekşi Z, Can Gürkan Ö. Doğal doğum. Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics 2015;1(3):35-40.
8. Happel-Parkins A, Azim KA. At pains to consent: A narrative inquiry into women's attempts of natural childbirth. Women and Birth 2016;29(4):310-20.
9. Gözükar F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2008;15(1):32-46.
10. Veras TVdCPC, Martins QM, Arruda LPAP, Alves BMAM, Fontenele FMCFC, Sousa RASA. Nursing care and prenatal care: essential strategies essential strategies to encourage natural birth. Journal of Nursing UFPE on line 2015;9(7):8578-82.
11. Karabulutlu Ö, Yavuz C. Ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018;8(1):7-14.
12. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SCd, Possati AB, Ilha CB, et al. "It was worth it when I saw his face": Experiences of primiparous women during natural childbirth. Revista Gaucha de Enfermagem 2015;36(SPE):143-51.
13. Serçekuş P, İşbir G. Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11(1):97-102.
14. Özen Karaman E, Yıldız H. Doğum eylemi travay sürecinde hareket serbestliği: Nasıl? Ne sağlar? Kadın doğum hemşiresinin rolü nedir? Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 2018;10(1):78-87.
15. Öztürk S, Kılıç M, Ağapınar Şahin S, Yıldız E. Kadınların doğal doğum hakkındaki bilgileri. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2016;8:17-32.
16. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. The Cochrane Library 2012; 12;(9):1-30.CD000352.
17. Li Y, Townend J, Rowe R, Brocklehurst P, Knight M, Linsell L, et al. Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at 'higher risk' of complications: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2015;122(5):741-53.
18. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: A metaanalysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2010;203(3):243.e1-8.
19. Blix E, Huitfeldt AS, Øian P, Straume B, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study. Sexual & Reproductive Healthcare 2012;3(4):147-53.
20. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2009.
21. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2014.
22. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2012;20(3):210-218.
23. Deng W, Klemetti R, Long Q, Wu Z, Duan C, Zhang W-H, et al. Cesarean section in Shanghai: Women's or healthcare provider's preferences? BMC Pregnancy and Childbirth 2014;14(1):285.
24. Serçekuş P, Cetisli NE, İnci FH. Birth preferences by nulliparous women and their partners in Turkey. Sexual & Reproductive Healthcare 2015;6(3):182-5.
25. Sayiner F, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Perinatoloji Dergisi 2009;17(3):104-12.
26. Doğaner G, Doğaner A, Duran C, Tuna M, Tezcan Ş, Turan G. Sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin doğum şekli tercihlerine yönelik düşüncelerinin belirlenmesi. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology 2013;10(1):31-6.
27. Karaca PP, Genç Koyuncu R. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda okuyan öğrencilerin doğum şekli tercihlerine yönelik düşüncelerinin belirlenmesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2015;10(1):31-6.
28. World Health Organization (WHO). Care in normal birth: A practical guide. Report of a Technical Working Group. Geneva; 1996. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>
29. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev 2009;15(2):1-58.CD003934.
30. Levine E, Bannon K, Fernandez C, Locher S. Impact of episiotomy at vaginal delivery. J Preg Child Health 2015;2(181):2-4.



Kevser Uz¹, Yeşim Şenol²

DOI: 10.17942/sted.620418

Geliş/Received : 16.09.2019

Kabul/Accepted : 02.03.2020

Öz

Amaç: Bu çalışmada intörn hekimlerin kanser tarama testleri ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi ve tıp eğitimi kapsamında kanser taramalarıyla ilgili eksikliğin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma grubu Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2016-2017 eğitim dönemindeki bütün intörn hekimlerdir (n=250). Veriler Google Formlar aracılığı ile toplanmıştır. Veri toplama formu meme, serviks ve kolon kanserine yönelik tarama bilgisi ve kanser hastasına yaklaşımda yeterlilik düzeylerini sorgulamaktadır. Verilerin yüzde ve ortalama değerleri sunulmuştur.

Bulgular: Çalışmaya katılan 192 intörn hekimin %54,2'si kadın, yaş ortalaması 23,4'tür. İntörnlerin %57'si, %54'ü ve %46'sı sırasıyla serviks, kolon ve meme kanseri hakkındaki bilgi seviyesinin yetersiz olduğunu düşünmektedir. %40,1'nin KETEM hakkında bilgisi bulunmaktadır. %75,5'i kanser taramaları konusunda kendini yeterli görmemektedir. Kanser tarama yöntemi, sıklığı ve yaşı bilgisi düşük bulunmuştur. %65,6'sı kanser taramaları ile ilgili eğitim almadığını, %95,8'i bir tıp öğrencisinin kanser taramaları ile ilgili eğitime ihtiyacının olduğunu belirtmiştir. %94,3'ü kötü haber verme becerisinin çok önemli/önemli olduğunu ve %7,8'i eğitimini aldığını belirtmiştir.

Sonuç: Akdeniz Üniversitesi intörn hekimlerinin ulusal tarama programındaki kanserlerin erken teşhisi ve hastaya kötü haber verme bilgi ve beceri seviyeleri yeterli değildir. Bu konularda eğitim almalarının gerekliliği açıktır.

Anahtar sözcükler: Tıp eğitimi, İntörn, Kanser tarama programı, Yeterlilik algısı, Bilgi, Hekim, KETEM (Kanser Erken Teşhis ve Tarama Eğitim Merkezi)

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the knowledge level of intern physicians about cancer screening tests and to reveal the inadequacy of cancer screening within the scope of medical education.

Material and Method: The research group consisted of all intern physicians studying at Akdeniz University School of Medicine during the 2016-2017 academic year (n=250). The data were collected via the Google Forms. The questionnaire inquired about the knowledge on screening for breast, cervical and colon cancers and the level of competence in approaching cancer patients. Percentage and average values of the data were presented.

Findings: 54,2% of 192 intern physicians, who participated in the study were women and the average age was 23,4. Of the interns, 57%, 54% and 46% thought that the levels of their knowledge were insufficient about cervical, colon and breast cancer, respectively. 40,1% of the interns had information about KETEM (Cancer Early Diagnosis, Screening and Training Center). 75,5% of participants did not consider themselves sufficient for cancer screening. The level of knowledge about cancer screening method, frequency and age group was found to be low among the interns. 65,6% of the interns reported that they have not received training on cancer screening, 95,8% stated that a medical student needs training on cancer screening. 94,3% of interns thought that the ability to deliver bad news is very important/important and 7,8% of them stated that they have received training on this topic.

Conclusion: The knowledge and skills of Akdeniz University's intern physicians about the early detection of cancers in the national screening program and in delivering bad news were not at a sufficient level. It is clear that they need to receive training on these issues.

Key words: Medical education, Intern, Cancer screening program, Self-perception of Competence, Knowledge, Physician, KETEM (Cancer Early Diagnosis, Screening and Training Center)

*Çalışma 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Dr.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Antalya (Orcid No: 0000-0002-3529-2942)

2 Prof. Dr.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi AD. Halk Sağlığı AD, Antalya (Orcid No: 0000-0001-8311-3745)

Giriş

Kanserler dünyada ve ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2018 yılında dünya genelinde 9,6 milyon insanın kanserden öldüğü tahmin edilmektedir. Kanser nedeniyle ölümlerin %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. DSÖ kanserlerin %30-%50'sinin önlenabilir olduğunu, beş temel davranış ve beslenme riskinden kaynaklandığını (yüksek vücut kitle indeksi, düşük meyve ve sebze alımı, fiziksel aktivite eksikliği, tütün kullanımı ve alkol kullanımı) belirtmektedir (1).

2000 yılında ülkemizde kanserden ölümler tüm ölüm nedenlerinin %13,6'sını oluşturmaktayken, bu oran 2017'te %19,6'ya çıkmıştır (2).

Önlenilebilir, taramalarla erken tanı konulup ölümleri azaltılabilen, tedavilerle yaşam kalitesinin ve yaşam yılının artırılabilirdiği kanser türleri için erken tanı ve koruma çok önemlidir. Tarama programları ile kanser belirtisi ve şikayetleri olmadan önce kanser türleri için riskli grupta bulunan bireylere muayene, görüntü ya da bazı testler yapılarak erken tanı konulabilmektedir. Ayrıca taramalar maliyet etkin bir yöntem olarak kabul edilmektedir (3).

Kanser ile mücadelede, risk faktörlerinin belirlenmesi ve bunların uzaklaştırılması, ulusal kanser tarama stratejilerinin belirlenmesi ve belirti göstermeyen bireylerin taranması ve hastalık sürecine ilişkin erken tanının konulması bulunmaktadır (4).

Kanser mücadelesi ülkemizde 1947 yılında sivil bir girişimle başlamış, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kanser savaş konusunda koruyucu ve tedavi edici hizmetlerle devam etmiştir. Kanserler 1982 yılında ihbarı zorunlu hastalıklar arasına dahil edilmiştir. 1992 yılında kanser kayıtçılığı için çalışmalar başlatılmış ve 1996 yılında toplumun kanser taraması amacı ile Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Projesi çalışmaları ile günümüze kadar devam etmektedir (5).

Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) 2018 verilerine göre Türkiye'de en sık görülen beş kanser türü yıldan yıla sıralama farklılık gösterse de (deri kanseri dışında) erkeklerde; akciğer, kolorektal, mide, karaciğer, prostat, mesane kanseri iken kadınlarda; meme, kolorektal, akciğer, serviks, tiroid kanseridir (6).

Ülkemizde ulusal kanser tarama programı kapsamında taranan kanser türleri meme kanseri, kolorektal kanser ve serviks kanseridir. Meme kanseri taramasında ideal yöntem 40-69 yaş arası tüm kadınlara iki yılda bir her iki meme için de birisi medyolateral oblik (MLO), öteki kranyokaudal (CC) olmak üzere ikişer poz film çekilerek yapılan mamografidir. Aile hekimlerine kayıtlı tarama yaş grubundaki kadınlar taramaya davet edilerek 2 yılda bir tekrar edilmelidir (7). Ülkemizde kolorektal kanser taraması için uygulanan ideal yöntem, 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınlara iki yılda bir Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve 10 yılda bir kolonoskopi ile yapılan taramadır. Taranacak popülasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmaktadır. 70 yaşındaki son iki Gaitada Gizli Kan testi negatif olan kadın ve erkeklerde taramaya son verilmelidir (7). Toplum tabanlı serviks kanseri taramasında ideal yöntem 30-65 yaş arası kadınlara beş yılda bir uygulanacak olan HPV testi ya da Papsmear testidir. 65 yaşın üzerindeki kadınlarda en son yapılmış iki HPV ya da Papsmear testi negatifse taramaya devam edilmemelidir (7).

2014 Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'na (UÇEP) göre Koruyucu Hekimlik ve Toplum Hekimliği Uygulamaları başlığı altında kanser tarama testleri olarak yer almaktadır. Temel Hekimlik Uygulamaları Öğrenme Düzeyi 4 üzerinden 3 (Karmaşık olmayan, sık görülen, durumlarda / olgularda uygulamayı yapar.) olarak belirlenmiştir (8).

Çalışmamızın amacı; intörn hekimlerin kanser tarama testleri ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi ve tıp eğitimi kapsamında kanser taramalarıyla ilgili eksikliğin farkındalığını artırmaktır. Araştırmamız ileride bu konuda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2016-2017 eğitim yılında yer alan intörn hekimlerde yapılmıştır. Araştırmamızda örneklem seçilmemiş olup evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi 2016-2017 eğitim yılında toplam 250 intörn bulunmaktadır. Çalışmamızda toplam 192 intörn hekime ulaşılmıştır (ulaşıma oranı: %76,8). Ulaşamadığımız intörnlere; seçmeli stajda olmaları, anketi cevaplamak istememeleri ya da sosyal

medyayı kullanmamaları gibi nedenlerle çalışma dışında kalmıştır.

Veri toplama aracı

Veri toplama formu Google Formlar sayfası aracılığı ile oluşturulmuş ve sosyal medya üzerinden intörn hekimlere bire bir ulaşılarak cevaplanması sağlanmıştır. Çalışmada yapılandırılmış bir anket formu kullanılmıştır. Çalışmanın amaçlarına uygun olarak ve literatürde yer alan çalışmalar dikkate alınarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu; intörn hekimlerin meme, serviks ve kolon kanserine yönelik tarama bilgi (hedef kitle, tarama yöntemi, tarama sıklığı ve verilen önem düzeyi) ve yeterlilik düzeylerini sorgulayan 20 sorudan oluşmaktadır. 2 soru intörn hekimlerin demografik özelliklerini tanımlamaya, 3 soru ulusal kanser taramaları bilgi seviyesi öz değerlendirmeye, 2 soru kanser taramaları ile ilgili eğitim alıp almadığını değerlendirmeye, 3 soru meme kanseri tarama bilgilerini değerlendirmeye, 4 soru serviks kanseri tarama bilgilerini değerlendirmeye, 4 soru kolon kanseri tarama bilgilerini değerlendirmeye, 1 soru mezuniyet sonrası uygulamalarda kanserli bir hastaya yaklaşım açısından önem yeterlilikleri derecelendirmeye, 1 soru kötü haber verme iletişim becerisi eğitimi almaya yönelik olarak hazırlanmıştır. Anketler intörn hekimlere online ortamda bire bir dağıtılarak geri dönüş alınmıştır. Anket doldurma süresi yaklaşık 7 dakika olarak saptanmıştır. Verilerin yüzde ve ortalama değerleri sunulmuştur.

Bulgular

Çalışmaya katılan intörn hekimlerin %54,2'si kadın ve yaş ortalaması 23,4'tür. Intörn hekimlere genel olarak kanser taramaları hakkında öz

yeterlilikleri sorulduğunda %24,5'i kanser taramaları konusunda kendini yeterli görmektedir. Ulusal kanser tarama programında yer alan kanser türleri için öz değerlendirme yapması istendiğinde %57'si serviks kanseri, %54'ü kolon kanseri, %46'sı meme kanseri taraması bilgi seviyesinin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan 192 intörn hekimin %34,4'ü kanser taramaları ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim aldığını belirtenlerin çoğunluğu da tıp eğitimi sürecinde aldığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan intörn hekimlerin %95,8'i bir tıp öğrencisinin kanser taramaları ile ilgili eğitime ihtiyacının olduğunu belirtmiştir. Intörnlerin 59,9'unun KETEM hakkında bilgisi bulunmamaktadır.

Ulusal kanser tarama programına göre; intörn hekimlerin %89,6'sı meme kanseri tarama standartlarına göre belirlenen hedef yaş grubunu, %30,7'si serviks kanseri tarama standartlarına göre belirlenen hedef yaş grubunu, %63,5'i kolorektal kanser tarama standartlarına göre belirlenen hedef yaş grubunu doğru olarak yanıtlamıştır (Tablo 1).

Çalışmaya katılan intörn hekimlerin tamamı meme kanseri taramasında kullanılan yöntemin mamografi olduğunu söyleyerek doğru cevabı vermişlerdir, %35,4'ü meme kanseri tarama aralığını doğru olarak yanıtlamıştır (Tablo 2).

Serviks kanseri tarama yöntemi olarak intörnlerin %31,8'i smear + HPV testi doğru cevabını vermiştir. Hiç kimse tek başına HPV testi cevabını vermemiştir. Smear tarama sıklığını intörn hekimlerin %51,6'sı doğru cevap olan 5 yılda 1 kez olarak yanıtlamıştır. Serviks kanseri tarama

Tablo 1. Çalışmaya katılan intörn hekimlerin ulusal meme, serviks, kolorektal kanseri tarama standartlarına göre hedef yaş aralığı bilgi dağılımı

n=192	Tarama yaş aralığı	Sayı	Yüzde*
Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartlarına göre kaç yaş kadınlar hedef gruptur?	20-39 yaş	14	7.3
	40-69 yaş	172	89.6
	50-79 yaş	6	3.1
Ulusal Serviks (Rahimağzı) Kanseri Tarama Standartlarına göre kaç yaşındaki kadınlar hedef gruptur?	30-65 yaş	59	30.7
	20-40 yaş	28	14.6
	25-50 yaş	27	14.1
Ulusal Kolorektal Kanseri Tarama Standartları kaç yaş aralığındaki kadın ve erkekler hedef gruptur?	40+ yaş	78	40.6
	40-60 yaş	50	26.1
	50-70 yaş	122	63.5
	60-80 yaş	20	10.4

*Sütun yüzdesi alınmıştır. n: Sayı, %: Yüzde

Tablo 2. Çalışmaya katılan intörn hekimlerin kanser tarama yöntemleri ve sıklığını bilme dağılımı

n=192	Tarama yöntemi/sıklığı	Sayı	Yüzde*
Hangi yöntem ile meme kanseri taraması yapılır?	Mamografi	192	100.0
	BT	0	0
	MR	0	0
Meme Ca tarama sıklığı ne olmalıdır?	3 yılda 1	6	3.1
	2 yılda 1	68	35.4
	Yılda 1	118	61.5
Hangi yöntem ile serviks kanseri taraması yapılır?	Smear	130	67.7
	HPV testi	0	0
	Bimanuel Muayene	1	0.5
	Smear + HPV testi	61	31.8
Serviks Ca tarama sıklığı ne olmalıdır?	2 yılda 1	73	38.0
	3 yılda 1	17	8.9
	4 yılda 1	3	1.5
	5 yılda 1	99	51.6
Serviks kanseri tarama sonlandırma yaşı kaçtır?	45 yaş	9	4.7
	55 yaş	43	22.4
	65 yaş	107	55.7
	75 yaş	33	17.2
Hangi yöntem ile kolon kanseri taraması yapılır?	Gaitada Gizli Kan (GGK)	92	47.9
	Kolonoskopi	20	10.4
	GGK + Kolonoskopi	80	41.7
	Ayakta direk batın grafisi	0	0
Gaitada gizli kan tarama sıklığı nedir?	2 yılda 1	130	67.7
	3 yılda 1	13	6.8
	4 yılda 1	1	0.5
	5 yılda 1	48	25.0
Kolonoskopi tarama sıklığı ne nedir?	2 yılda 1	10	5.2
	3 yılda 1	8	4.2
	5 yılda 1	101	52.6
	10 yılda 1	73	38.0

*Sütun yüzdesi alınmıştır. n: Sayı, %: Yüzde, BT: Bilgisayarlı Tomografi, MR: Manyetik Rezonans, HPV: Human papilloma virüs, GGK: Gaitada Gizli Kan

sonlandırma yaşı hakkında doğru cevabı (65 yaş) bilen intörn hekimlerin oranı %55,7'dir (Tablo 2).

Ulusal kolon kanseri tarama standartlarına göre kolon kanseri tarama yöntemini intörnlerin %41,7'si GGK+kolonoskopi doğru cevabını verirken, ADBG cevabını veren yoktur. Gaitada gizli kan tarama sıklığı hakkında doğru cevabı (2 yılda 1) intörnlerin %67,7' si vermiştir. Kolonoskopi tarama sıklığı doğru cevabını (10 yılda 1) veren intörn hekimlerin oranı ise %38'dir. (Tablo 2).

"Kötü haber verme" iletişim becerisi eğitimi aldığını belirten intörn hekimlerin oranı %7,8'dir.

Çalışmada "pratisyen düzeyinde kanserli hastaya yaklaşımda" intörnlerin %78,1'i semptom bilme, %12,0'si radyoterapi uygulaması bilme, %11,5'i kemoterapi uygulaması bilme, %47,4'ü kanser

hastası yakınlarıyla iletişim, %52,6'sı kötü haber verme, %56,2'si onkolojik aciller konusunda yeterliliği, %56,2'si tanı koyabilme, %38,6'sı hastanın yönetimi, %58,9'u hastayla iletişim becerisi uygulamasının yeterliliğini çok önemli derecede olduğunu düşünmektedir (Tablo 3).

Tartışma

Intörn hekimlerin kanser tarama testleri hakkında bilgi seviyelerinin saptanmasını amaçlayan bu çalışmada hekimlerin yaklaşık yarısının tüm tarama testleri hakkında yetersiz bilgi seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Kanser taraması hakkında bilgi düzeyini yalnızca dört intörn hekimden biri yeterli olarak görmektedir. Ülkemizde intörn hekimlerle ilgili yapılan çalışmaya ulaşılamadığı için karşılaştırma diğer sağlık çalışanlarında, toplum temelli ya da diğer hekimlerde yapılan çalışmalarla yapılmıştır.

Tablo 3. Intörn hekimlerin tıp öğrencisinin mezuniyet sonrası uygulamalarda (pratisyen düzeyinde) kanserli bir hastaya yaklaşım açısından yeterliliklerinin önem derecelendirmesine ilişkin düşüncelerinin dağılımı

	Çok önemli		Önemli		Kararsız		Önemsiz		Çok önemsiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Semptom bilme	150	78.1	42	21.9	-	0	-	0	-	0
Radyoterapi	23	12.0	62	32.3	94	49.0	12	6.2	1	0.5
Kemoterapi	22	11.5	62	32.3	96	50.0	11	5.7	1	0.5
Kanser hastası yakınlarıyla iletişim	91	47.4	85	44.3	16	8.3	-	0	-	0
Kötü haber verme	101	52.6	80	41.7	11	5.7	-	0	-	0
Onkolojik aciller	108	56.2	67	34.9	17	8.9	-	0	-	0
Tanı	108	56.2	72	37.6	9	4.7	2	1.0	1	0.5
Hastanın yönetimi	74	38.6	85	44.3	29	15.1	2	1.0	2	1.0
Kanser hastasıyla iletişim	113	58.9	71	36.9	8	4.2	-	0	-	0

n: Sayı, %: Yüzde

Topuzoğlu ve ark. aile hekimlerinde yaptığı çalışmada Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında olan kanser türlerinin hangileri olduğu sorusuna hekimlerin %89,8'i meme, %83,0'ı serviks ve %77,3'ü kolorektal kanser cevabını vermiştir (9). Araştırma grubunun çoğunun çeşitli branştan hekimlerden oluştuğu başka bir çalışmada, katılımcıların taranan kanser türlerini meme kanserini %86,9'u, serviks kanserini %85,5'i, kolon kanserini %78,2'si bilmıştır. Kanser tarama programında uygulanan testleri bilme oranlarına baktığımızda mamografiyi %77,7'si, papsmear testini %81,6'sı, HPV-DNA testini %35,6'sı, GGK testini %77,5'i, kolonoskopiye %63,7'si bilmıştır (10). Bizim çalışmamızda da meme kanseri yöntemini bilme %100, serviks kanseri tarama testini bilme oranı %31,8, kolon kanseri tarama testini bilme oranı %41,7'dir. Çalışmamızda her bir kanser için tarama yöntemi sorgulanırken, diğer çalışmada testler verilip hangilerinin kanser taramasında kullanıldığı sorgulanmıştır. Bu nedenle bilme oranları bizim çalışmamızda daha düşük çıkmış olabilir. Ayrıca hizmet içi eğitimler ve hastalarla daha fazla temas hekimlerin daha yüksek oranda bilmesini sağlamış olabilir.

Ülkemizde meme kanseri önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu için intörn hekimlerin meme kanseri tarama programı hakkında bilgi seviyesinin yeterli olması önem taşımaktadır. Yaptığımız çalışmada intörn hekimlerin tamamı tarama programında mamografi kullanıldığını bilmiş fakat tarama aralığını yarısından fazlası yılda bir diyerek yanlış cevap vermiştir. Meme kanseri tarama hedef yaş aralığı sorgulandığında intörnlere büyük çoğunluğu doğru cevap vermiştir. Intörn hekimlerin tarama yöntemi ve hedef yaş aralığı

konusunda bilgi seviyesi yeterli görülürken tarama sıklığı konusunda bilgi seviyesi yetersiz görülmüştür. Meme kanseri tarama yöntemi ve hedef yaş aralığı bilgi seviyesinin yüksek olması, eğitim hayatları boyunca birden fazla alanda bu konuya değinilmesinden kaynaklanabilir. PDÖ, Standart hasta, cerrahi alanda bu alana ilişkin bilgileri hem kuramsal hem de uygulamalı olarak verilmektedir. Tarama yaşı ile ilgili vurguların daha fazla üzerinde durulması önemli olabilir.

Ege bölgesinde kentsel ve yarı kentsel bölgede yaşayan kadınlar üzerinde meme sağlığı bilgi, tutum ve davranışların araştırıldığı bir çalışmada ise, bilgi kaynağı olarak doktorları belirten katılımcılar, tüm meme kanseri tarama yöntemlerini daha fazla kullanıyorlardı. Hekimler bilgi kaynağı olarak halk arasında en fazla güvenilen kişidir. Bu nedenle intörn hekimlere tarama programlarıyla ilgili verilecek eğitim programında hastalarını bilgilendirmeleri gerektiği, bu konu ile ilgili bilgi birikiminin önemi vurgulanmalıdır (11).

Bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde yapılmış çalışmada hemşirelerin %67,8'i mamografinin rutin olarak hangi yaş grubuna, %45,2'si ne sıklıkla yapılmalı sorularına doğru yanıt vermişlerdir. Bizim yaptığımız çalışmayla karşılaştırıldığında hemşirelerin tarama sıklığı ile ilgili intörn hekimlere göre bilgi seviyesinin daha yüksek olduğu görülürken, hangi yaş grubuna tarama yapılacağı konusunda intörn hekimlerin bilgi seviyesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerde yapılmış olan çalışmadaki katılımcıların intörnlere göre daha ileri yaşta ve kadınlardan oluşması tarama sıklığını daha fazla bilmelerine neden olmuş olabilir (12).

Bulgularımızda serviks kanseri tarama testi (Papsmear+HPV testi) bilme oranı %31,8'dir ve interlerin çoğu yalnızca smear testini tarama testi olarak bilmektedir. Botsvana'da kadınlarda yapılmış bir çalışmada kadınların serviks kanseri ve Papsmear testine yönelik bilgilerinin ve taramaya katılımlarının yetersiz olduğu, nedeninin de sağlık sunucularının olumsuz davranışları ve hekime ulaşmadaki zorluklar olduğu saptanmıştır (13). Tarwirey ve ark. sağlık çalışanlarında yaptığı bir araştırmada katılımcıların %50'si Papsmear'ı rahim ağzı kanseri için bir tarama yöntemi olarak biliyor, ancak %86,6'sı HPV testi taramasını bilmiyordu (14). Sağlık çalışanlarının erken tanı yöntemlerini bilmesi toplumun sağlıklı olması ve eğitilmesi açısından önemli bir yere sahiptir.

Çalışmamızda intörn hekimlerin büyük çoğunluğunun serviks kanseri taramasında hedef yaş aralığı ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olduğu, %30,7'sinin doğru bildiği saptanmıştır. Ülkemizde intörn hekimlerle ilgili yapılan çalışmaya ulaşamadığı için karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak Topuzoğlu ve ark.nın 2013 yılı Konak'ta yaptığı çalışmada aile hekimlerinin program kapsamında önerilen ilk tarama yaşını doğru bilme oranı %30,4'tür (9). Koruk ve arkadaşlarının 2014 yılı Şanlıurfa'da yaptığı çalışmada aile hekimlerinin UKTS (ulusal kanser tarama standartları)'da yer alan pap smear tarama testi uygulama yaşı doğru bilme oranı %42,8'dir (15).

Yaptığımız çalışmada intörn hekimlerin büyük çoğunluğunun serviks kanseri tarama yöntemi ile ilgili de yetersiz bilgi seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Koruk ve arkadaşlarının 2014 yılı Şanlıurfa'da yaptığı çalışmada aile hekimlerinin serviks kanseri için UKTS (ulusal kanser tarama standartları) içinde yer alan programları bilme düzeyleri %14,2'dir (15). Hem bizim çalışmamızda hem de aile hekimlerinde yapılmış çalışmalarda hekimlerin serviks kanseri tarama yöntemi ve hedef yaş aralığı bilgi düzeyi olması gereken düzeyden düşük bulunmuştur. Bu sonuç tıp eğitimi süresince bu alanla ilgili klinikte yeterli vakit geçirilmemesi, pratik derslerde hekim adaylarının uygulama yapmamasına, henüz tüm intörnlerin kadın hastalıklarında görev yapmamasına ve HPV Testi ile ilgili yeterli ders içeriğinin mevcut olmamasına dayandırılabilir. ASM'de smear tarama testi yapılması ve kanser tarama programının ASM'lere entegre edilmesiyle

hem aile hekimlerinin hem aile hekimi yanına staja giden intörn hekimlerin bilgi ve becerisi artırılabilir. Meme kanserinin daha sık görülmesi, hizmet içi eğitimlerde daha sık vurgulanması, toplum ve sağlık çalışanları tarafından daha çok bilinmesine neden olmuş olabilir. Serviks kanseri sıklığı daha azdır ve bu nedenle serviks kanserine gereken önem verilmeyebilir olabilir.

Çalışmamızda intörn hekimlerin yaklaşık yarısı smear tarama sıklığı hakkında yetersiz bilgi seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Topuzoğlu ve ark.nın 2013 yılı Konak'ta yaptığı çalışmada aile hekimlerinin %19,3'ü PAP smear tekrarlama sıklığına doğru cevap vermiştir. Koruk ve arkadaşlarının 2014 yılı Şanlıurfa'da yaptığı çalışmada aile hekimlerinin %33,4'ü pap smear tarama sıklığına doğru cevap vermiştir (9). Intörn hekimlerin smear tarama sıklığı bilgi düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Aradaki bu farkın aile hekimlerinin ASM'de smear tarama testi yapmaması, eğitim programlarında ve mezun oldukları dönemde tarama testleri ile ilgili sağlık eğitiminin olmaması, KETEM'in çalışmalara henüz başlamadığı 1996 yılından önce mezun olan hekimlerin fazla olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca araştırmamızda intörn hekimlerin serviks kanseri tarama sıklığı bilgi düzeyi beklenen düzeyden düşük bulunmuştur. Bu sonuç tıp eğitimi süresince klinikte yeterli vakit geçirilmemesi ve taramaya davet edilecek bireylerin belirlenmesinde intörnlerin aktif rol almamasından kaynaklanabilir olabilir.

Aydın'da sekiz aile sağlığı merkezine başvuran kişiler arasında yapılan kolorektal kanser ve tarama testlerine ilişkin yapılmış bir çalışmada katılımcıların %25,8'i kolorektal kanser konusunda bilgi sahibi olduğunu, %12,1'i ise kolorektal kanserin erken tanınabileceğini belirtmiş. Katılımcıların %5,7'i kolonoskopiye ve %2,3'i gaytada gizli kanı (GGK) bir tarama yöntemi olarak bilmektedir. Bu çalışmanın sonuçları bölgedeki aile sağlığı merkezlerine başvuranların kolorektal kanserle ilgili bilgi yetersizliğinin bulunduğunu gösterdiği gibi bizim yaptığımız çalışma da intörn hekimlerin bilgi seviyesinin yetersiz olduğunu göstermiştir. Halkın bilgi yetersizliğinin giderilmesi için öncelikli olarak bir yıl sonra ASM ve TSM'lerde çalışmaya başlayacak olan intörn hekimlerin eğitilmesi ve halkı bu konuda bilgilendirmesi gerekmektedir (16).

Kötü haber verme temel iletişim becerileri içinde yer almaktadır. Eğitim programlarında ülkemizde bu konuyla ilgili eğitimlere yer verilmesine karşın yaygınlaşmamıştır. Çalışmamızda intörn hekimlerin %92,2'si kötü haber verme konusunda eğitim almadığını, kendini yeterli görmediğini belirtmiştir. Yunanistan'da onkoloji uzmanı olarak görev yapan hekimlerde yapılmış bir çalışmada bile yalnızca %35,6'sı kötü haber verme konusunda özel bir eğitim aldığını belirtmiştir (17). Çalışmamızda intörnlerin tamamına yakını pratisyen düzeyinde hekimin kötü haber verme becerisine sahip olmasının çok önemli/önemli olduğunu düşünmektedir. Hastaya kötü haberin nasıl verilmesi gerektiğine ilişkin çok sayıda klinik çalışma bulunmaktadır. 2000 yılında kötü haber verme becerisi ile ilgili bir rehber yayınlanmasına karşın tıp öğrencilerinin hatta onkoloji uzmanlarının birçoğunun bu konuda eğitim almadıkları görülmüştür (18). Tüm hekimlere bu becerinin tıp eğitimine pratik dersler eklenerek kazandırılması gerekmektedir.

Sonuç

Akdeniz Üniversitesi intörn hekimlerinin ulusal tarama programındaki kanserlerin erken teşhisi ve hastaya kötü haber verme bilgi ve beceri seviyeleri yeterli değildir. Bu konularda eğitim almalarının gerekliliği açıktır.

İletişim: Dr. Kevser Uz

E-posta: kevseruz@hotmail.com

Kaynaklar

1. WHO, Home/Newsroom/Fact sheets/Detail/Cancer. Accessed March 10, 2020, at <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2004, 2017. Accessed March 12, 2020, at <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara, 2016. 1st ed. In: Bekir Keskinçilç, Murat Gültekin, Ahmet Serdar Karaca, et al, editors.
4. World Health Organisation. Boyle P, Levin B. World Cancer Report 2008. Lyon: Intörn ational Agency for Research on Cancer; 2008. Accessed April 2, 2020, at <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2008>
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Türkiye'de Kanser Kontrolü. Editör: A. Murat Tuncer. Ankara, 2009. Accessed April 5, 2020, at http://onkofar.com/vlmages/pdf/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf
6. WHO, Intörn ational Agency for Research on Cancer; GLOBOCAN, 2018. Accessed April 12, 2020, at <http://gco.iarc.fr/>
7. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı / Ulusal Kanser Tarama Standartları. Accessed April 18, 2020, at <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari>
8. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014. Accessed April 27, 2020, at https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/tip_fakultesi_cep.pdf
9. Topuzoğlu AB, Halıcı F, Seyirden G, Tuna L, Ertem M. Aile Hekimlerinin Kanser Tarama Yaşı ve Sıklıkları Konusunda Bilgi Düzeyleri. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Bildiri Kitabı. Antalya, 2013, p.323.
10. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Demirci Şahin A. Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2017;(1):73-83.
11. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal. 2007;20(1);29-36.
12. Özdemir Ö, Bilgili N. Ankara Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kanserlerinin Erken Tanısındaki Bilgi ve Uygulamaları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010;9(6):605-610.
13. McFarland DM. Cervical cancer and Pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. Intörn ational Council of Nurses. 2003;50(3):167-175.
14. Tarwireyi F, Chirenje ZM, Rusakaniko R. Cancer of the Cervix: Knowledge, Beliefs and Screening Behaviours of Health Workers in Mudzi Districtin Mashonaland East Province, Zimbabwe. Cent Afr J Med. 2003;49(7-8):83-86.
15. Koruk İ, Gözükara F, Yiğitbay E, Keklik AZ. Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama Standartları ile ilgili bilgi düzeyi. Turk J Public Health. 2015;13(2):127-136.
16. Şahin NŞ, Üner BA, Aydın M, Akçan A, Gemalmaz A, Dişçigil G, Demirağ S, Başak O. Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015;19(1):37-48.
17. Konstantis A, Exiara T. Breaking Bad News in Cancer Patients. Indian J Palliat Care. 2015;21(1):35-38.
18. Baile WF, Buckmanb R, Lenzia R, Globber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. The Oncologist. 2000;5(4):302-311.

Zeliha Burcu Yurtsal¹, Vasfiye Eroğlu²

DOI: 10.17942/sted.658439

Geliş/Received : 12.12.2019
Kabul/Accepted : 25.04.2020

Öz

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gebelik sürecinde kaliteli bakımı sağlanması için 2016 yılında pozitif gebelik deneyimi için öneriler sunduğu bir kılavuz geliştirmiştir. Bu çalışma Tokat İli'ndeki gebelere kılavuzdaki önerilerin uygulanma durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı niteliğindeki araştırmanın örneklemini 1 Ocak- 1 Mart 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kadın doğum polikliniğine başvuran 269 gebe oluşturmuştur. Gebelere DSÖ'nün kılavuzu doğrultusunda hazırlanan veri toplama aracı uygulanmıştır. Veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması $28,26 \pm 4,96$ dir. Gebelerin %65,1'inin 24-34 yaş arasında, %57,7'sinin lise mezunu olduğu olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %78,8'i ebe liderliğinde bakım modeli ile takip edilmek istediklerini bildirmişlerdir. Çalışmada doğum öncesi dönemde eğitim alma ile beslenme, kilo alımı ve fiziksel aktiviteler ($p=0,000$), 24. haftadan önce ultrason yaptırma ($p=0,015$) durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Gebelerin Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif gebelik deneyimi için tavsiye ettiği rutin doğum öncesi bakımı alma durumlarının yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır. Ebeler kanıta dayalı DÖB hizmeti vererek anne ve yenidoğan sağlığının korunmasında ve yükseltilmesinde aktif rol almalıdır.

Anahtar sözcükler: Pozitif gebelik, Prenatal bakım, Ebelik

Abstract

Objective: The World Health Organization (WHO) developed a guideline in 2016 drawing up recommendations to ensure quality antenatal care (ANC) throughout the pregnancy for a positive pregnancy experience. This study was conducted to evaluate the status of implementation of the recommendations in the guideline among pregnant women in Tokat province.

Method: The sample of this descriptive study consisted of 269 pregnant women visiting obstetrics and gynecology outpatient clinic of a university hospital between 1st January- 1st March 2019. The pregnant women were administered the data collection tool prepared in line with the WHO guideline. The data were analysed using SPSS 22.0 package program. The significance level was considered to be $p < 0,05$.

Findings: The mean age of the pregnant women was $28,26 \pm 4,96$ years. Of pregnant women, 65,1% were between 24 and 34 years of age, 57,7% were high school graduates. 78,8% of the pregnant women reported that they wanted to have follow-up through midwife-led care model. A significant relationship was found in the study between the status of having education in the antenatal period and nutrition, weight gain and physical activities ($p=0,000$), the status of getting ultrasound before 24th week ($p=0,015$).

Conclusion: It was found that the status of receiving routine ANC recommended by the WHO for a positive pregnancy experience was not at a sufficient level among pregnant women. Midwives should take an active role in the protection and promotion of maternal and new-born health by providing evidence-based ANC service.

Key words: Positive pregnancy, Prenatal care, Midwifery

* Bu çalışma, 4. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Kongresi'nde 06-09 Kasım 2019 tarihleri arasında "Sözel Bildiri" olarak sunulmuştur.
1 Öğr. Üyesi.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Sivas (Orcid No: 0000-0001-5586-0970)
2 Öğr. Gör.; Gazi Osmanpaşa Ü. Artova MYO Engelli Bakımı ve Rehabilitasyon Bölümü, Tokat (Orcid No: 0000-0003-0945-698X)

Giriş

Anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı, küresel sağlık sorunlarından biri olmayı sürdürmektedir (1). Herhangi bir toplulukta birlikte toplam nüfusun yaklaşık %57,5'ini oluşturan bu grup öncelikli bir grup olarak ele alınmalıdır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017 yılında hergün yaklaşık 8-10 kadının gebelik ve doğum komplikasyonlarından dolayı yaşamını yitirdiğini ve bu ölümlerin yaklaşık %94'ünün düşük ve orta gelirli ülkelerde olduğunu rapor etmektedir (3). Ayrıca, 2015 yılında beş yaş altında 5,9 milyon çocuk ölümünün 2,7 milyonu yenidoğan döneminde gerçekleşmiştir (4). Anneler ve çocuklar arasındaki hastalık ve ölümlerin çoğu büyük ölçüde önlenabilir nedenlerden kaynaklanmaktadır (5). Gebelik, anne ve yenidoğan sağlığı açısından kritik bir dönemdir. Bu dönemde verilen doğum öncesi bakım (DÖB), gebelik, doğum ve doğum sonu anne ve yenidoğan sağlığını geliştirmek için önemli bir fırsat sunmaktadır (6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2016 yılı başlangıcında Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında gebelik ile ilişkili önlenabilir morbidite ve mortalite oranlarının kabul edilemez ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda DSÖ her gebe kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kaliteli bakım aldıkları bir dünya öngörmektedir (7). Anne ve yenidoğan sağlığının korunması ve geliştirilmesi risk faktörlerinin belirlenmesi, komplikasyonların önlenmesi, tarama testlerinin ve tedavilerin zamanında kanıta dayalı uygun girişimler ile yapılmasıyla mümkün olmaktadır (8). Kaliteli ve kanıta dayalı DÖB, gebenin benlik saygısını koruyarak, öz yeterliliğini ve özerkliğini kullanmasını, pozitif bir gebelik geçirmesini ve anneliğe pozitif bir başlangıç yapmasını sağlamaktadır (9). DSÖ gebelik sürecinde en kaliteli bakımın sağlanması için 2016 yılında pozitif gebelik deneyimi için öneriler sunduğu bir kılavuz geliştirmiştir. Bu kılavuz beslenme ve diyete, gebe ve fetüsle ilgili testlere, önleyici girişimlere, sık rastlanan gebelik sorunlarına ve DSÖ'nün rutin gebelik hizmeti için uygun ve gebelik hizmetlerine ulaşımı kolaylaştıracak ve kaliteyi artıracak sağlık sistemi düzenlemelerine yönelik önerilerden oluşmaktadır (7). Öneri

terminolojisine bakıldığında; öneriyoruz, duruma göre öneriyoruz, önermiyoruz şeklinde sınıflanmaktadır. DSÖ'nün pozitif gebelik deneyimi için doğum öncesi önerileri Tablo 1'de verilmiştir.

Gebe sağlığının korunması ve yükseltilmesi için oldukça önemli bir çalışma konusu olmasına rağmen bu konuyla ilgili sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışma DSÖ'nün pozitif gebelik deneyimi için hazırlanmış olduğu DÖB kılavuzundaki rutin bakım önerilerinin gebelere uygulanma durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırma tanımlayıcı araştırma niteliğindedir. Örneklemi 1 Ocak- 1 Mart 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri, okuma yazması olan, konuşma ve dil sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 269 gebe oluşturmuştur. Gebelere araştırmanın amacı açıklanmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm gebelere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Veri toplama aracı olarak yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu gibi sosyodemografik verileri ve gebelik haftası, gebelik sayısı, düşük deneyimi gibi obstetrik verileri içeren dokuz sorudan oluşan "Kişisel ve Obstetrik Bilgi Formu" ve literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen DSÖ'nün 2016 yılında yayınlamış olduğu pozitif gebelik deneyimine ilişkin önerilerini içeren kılavuz doğrultusunda hazırlanan 29 bakım önerisi sorusundan oluşan "Pozitif Gebelik Deneyimi Bakım Önerileri Formu" yüz yüze görüşme yöntemi ile aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Formların uygulanma süresi ortalama 15 dk sürmüştür. Çalışmanın uygulanması için, Etik Kurulu onayı Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (karar no: 2018-12/31) alınmıştır. Veriler SPSS 22. 0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare 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 düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Gebelerin %80,3'ünün son trimesterde ve gebelik sayısı ortalamasının $2,2 \pm 1,0$ olduğu saptanmıştır. Gebelerin %53,9'u doğum öncesi eğitim aldığı ve %49,0'u bu eğitimi ebe ve hemşireden aldığı belirtilmiştir (Tablo 3).

Gebelerin %59,9'una gebelikte beslenme, fiziksel aktiviteler ve kilo kontrolü, %79,6'sına demir ve folik asit takviyesi alması konusunda önerilerde bulunulmuştur. Yan etkisi nedeniyle günlük demir alımını kısıtlayan bir durum yaşayan (n=30) gebelerin %36,7'sine farklı dozda demir önerilmiştir (Tablo 4). Gebelerin %60,6'sına anemi, %69,1'ine şeker yüklemesi testi, idrar yolu enfeksiyonu geçiren (n=125) gebelerin %56,0'sına idrar kültürü yaptırmaları ve %78,3'üne tetanoz aşısı yaptırmaları tavsiye edilmiştir. Gebelikte şiddet gören (n=15) gebelerin %26,7'sine ve sigara kullanan (n=42) gebelerin %47,6'sına nasıl baş edecekleri konusunda danışmanlık verilmiştir. Gebelerin %92,2'sine 24. gebelik haftasından önce ultrason önerilmiş ya da yapılmış ve %39,0'una Doppler USG önerilmiştir (Tablo 5).

Gebelikte sık yaşanan sorunlardan bulantısı olan (n=164) gebelerin %62,8'ine, mide yanma sorunu olan (n=163) gebelerin %39,9'una, kramp yaşayan (n=198) gebelerin %52,0'ına, sırt ve pelvis ağrısı yaşayan (n=220) gebelerin %54,1'ine, kabızlık yaşayan (n=174) gebelerin %50,0'sine ve varis sorunu yaşayan (n=114) gebelerin %54,1'ine bu sıkıntılarla nasıl baş edecekleri konusunda önerilerde bulunulmuştur (Tablo 6). Gebelerin %74,0'üne DSÖ önerisinde olduğu gibi yapılan testlerin dökümanı verilmiştir. Gebelerin %78,8'i DSÖ'nün önerdiği ebe liderliğinde sürekli bakım modeli ile izlemek istediklerini ve %28,4'ü gebe bilgilendirme sınıflarına katıldıklarını bildirmişlerdir (Tablo 7).

Yapılan çalışmada doğum öncesi dönemde eğitim alma ile beslenme, kilo alımı ve fiziksel aktiviteler ($p=0,000$), 24. haftadan önce

ultrason yaptırmaya ($p=0,015$) şeker yüklemesi testi ($p=0,003$) tetanoz aşısı ($p=0,000$) yaptırmaya önerisi uygulanma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tartışma

Bu çalışma DSÖ'nün pozitif gebelik deneyimi için önerdiği DÖB önerilerinin gebelere uygulanma durumlarını değerlendirilmek amacıyla yapılmıştır. Günümüzde gebelik döneminde sağlık profesyonelleri tarafından verilen DÖB'in anne bebek ölümlerini azalttığı kanıtlanmıştır. Gebelere DÖB verilirken nitelikli bir bakım olması için ölçütleri belli kanıta dayalı kılavuzlar eşliğinde vermek bakımın kalitesini artırmaktadır (10). Çünkü DÖB'in sayısından ziyade bakımın içeriği ve niteliği önem arz etmektedir. Çalışmamızda bu doğrultuda DÖB alma durumu değil özellikle eğitim ya da danışmanlık alıp almamaları sorulmuştur. Bu ölçütlere yönelik sorgulandığında gebelerin eğitim ya da danışmanlık alma oranının istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır. Bu eğitim ya da danışmanlıkların verilme oranı istenilen düzeyde olmamakla birlikte, eğitimlerde beslenme, kilo kontrolü ve egzersizlerle ilgili önerilerde bulunulma oranının %50'nin üzerinde olduğu görülmektedir.

Küresel olarak, dezavantajlı topluluklarda özellikle doğum öncesi dönemde gebelere verilen bakım sağlık sonuçlarını iyileştirmede oldukça önemlidir (11). Dünyanın her yerinde verilen doğum öncesi eğitim ve danışmanlıklar birbirinden çok farklı biçimde yürütülmektedir. Bazı ülkelerde eğitim programları çok sistematik, programlı olarak yürütülürken ülkemizde olduğu gibi bazılarında belirli bir program dahilinde olmaksızın yürütülmektedir. Ülkemizde de gebe eğitim sınıfları ve kursları giderek artmakta olup Sağlık Bakanlığı hastanelerinin tamamında henüz yaygınlaşmamıştır (12). Çalışmamıza katılan gebelerin gebe bilgilendirme sınıfına katılma oranının düşük olduğu saptanmıştır. Gebelere bu sınıfların daha çok duyurularak katılımlarının artırılmasının sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Dünya genelinde gebelerin %41,8'inin anemik olduğu tahmin edilmektedir. Bu anemi yükünün en az yarısının demir eksikliğinden kaynaklandığı varsayılmaktadır. Gebelik süresince oluşan

Tablo 1. DSÖ'nün pozitif gebelik deneyimi için doğum öncesi bakım önerileri

A. Beslenme önerileri	
1. Sağlıklı beslenme ve egzersiz: Sağlıklı kalmak ve gebelik sırasında aşırı kilo alımını önlemek için sağlıklı beslenme ve fiziksel olarak aktif olmaya yönelik danışmanlık	Öneriyor
2. Günlük demir ve folik asit takviyesi: Gebelikte maternal anemi, puerperal sepsis, DDA ve preterm doğumu önlemek için günlük 30-60 mg demir ve 400 mcg folik asit	Öneriyor
3. Aralıklı demir ve folik asit takviyesi: Günlük demir ve folik asit alımını engelleyen bir yan etki olduğunda haftalık 120 mg elementer demir ve 2800 mcg folik asit	Duruma özel öneriyor
4. Günlük kalsiyum takviyesi: Nüfusun diyetle günlük kalsiyum alımı düşük ise preeklampsiyi önlemek için 1,5-2 g duruma özel oral kalsiyum	Öneriyor
5. A vitamini takviyesi: Bölgede A vitamini yetersizliğine bağlı gece körlüğü yaygın bir halk sağlığı sorunu ise	Duruma özel öneriyor
6. Rutin çinko takviyesi	Duruma özel öneriyor
7. Rutin çoklu mikro besin	Önermiyor
8. Rutin B6 vitamini takviyesi	Önermiyor
9. Rutin E ve C vitamini takviyesi	Önermiyor
10. Rutin D vitamini takviyesi	Önermiyor
11. Günlük kafein miktarı 300 mg üzerinde olanların azaltılması	Öneriyor
B. Maternal ve fetal sağlığı değerlendirme önerileri	
1. Anemi teşhisi: İlk kontrolde tam kan sayımı ile anemi teşhis edilmelidir	Öneriyor
2. Günlük fetal hareketleri sayma	Duruma özel öneriyor
3. Simfiz pubis yüksekliği ölçme	Duruma özel öneriyor
4. Rutin antenatal kardiyotokografi	Önermiyor
5. Erken ultrason	Öneriyor
6. Rutin Doppler USG	Önermiyor
7. Şeker yükleme testi: DSÖ kriterlerine göre, gebelik sırasında herhangi bir zamanda ilk tespit edilen hiperglisemi, gestasyonel diabetes mellitus olarak sınıflandırılmalıdır.	Öneriyor
8. Sigara kullanımı ve pasif içiciliğe maruziyet: Her gebelik vizitinde en erken dönemde saptanıp uygun danışmanlık hizmetine yönlendirilmelidir.	Öneriyor
9. Partner şiddetine maruziyet: Erken dönemde teşhis edilip gerekli birimlere yönlendirme	Öneriyor

Tablo 1. DSÖ'nün pozitif gebelik deneyimi için doğum öncesi bakım önerileri

C. Önleyici girişimler	
1. Asemptomatik bakteriüri durumunda yedi günlük antibiyotik tedavisi	Öneriyor
2. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarında antibiyotik profilaksisi	Duruma özel öneriyor
3. Anti- D immunglobülin: Rh-gebelerde 28-34. haftaları arasında	Öneriyor
4. Önleyici Anti- helmint tedavisi: Endemik bölgelerde, ilk üç aylık dönemden sonra gebe kadınların barsak kurdu enfeksiyonunu azaltma programlarının bir parçası olarak	Öneriyor
5. Tetanoz aşısı	Öneriyor
D. Gebelik hizmetlerinin kullanımını ve kalitesini artırmaya yönelik öneriler	
1. Her gebe kadının kendi sağlık bilgilerinin kendinde bulundurması: Hizmet kalitesini artırmak, sürekliliği korumak ve olumlu gebelik deneyimine katkı açısından	Öneriyor
2. Ebe liderliğinde sürekli bakım modeli: Düzenli ebelik programları olan yerlerde tek ya da aynı bir grup ebe tarafından gebelik, doğum ve doğum sonrası hizmetin verilmesini	Duruma özel öneriyor
3. Grup gebelik hizmeti: Bu konuda eğitim görmüş sağlık personeli tarafından bire bir hizmetin tercih edilmesi	Duruma özel öneriyor
4. Doğum öncesi bakım sayısı: Perinatal Mortaliteyi düşürmek ve pozitif gebelik deneyimi sağlayabilmek için gebelikte en az 8 doğum öncesi bakım	Öneriyor
E. Gebelikte sık görülen yakınmaları önlemeye özgü öneriler	
1.Hiperemezis gravidarum: Zencefil, sarı papatya, B6 vitamini, akupunktur	Öneriyor
2. Mide yanması: Diyet ve yaşam tarzı değişikliği ve rahatlamayan bazı belirtileri olan kadınlara antiasit hazırlama taraması	Öneriyor
3. Kramp: Magnezyum, kalsiyum farmakolojik tedavi seçenekleri	Öneriyor
4. Bel ve pelvis ağrısı: Düzenli egzersiz, bel desteği, kadının isteği ve mevcut durumlar kapsamında, akupunktur ve fizyoterapi	Öneriyor
5. Kabızlık: Buğday kepeği ve diğer lif takviyeleri. Bunların yetersiz kaldığı durumlarda kadının isteği ve mevcut durumlar kapsamında diyet değişikliği	Öneriyor
6. Varis ve ödem: Varis çorapları, elevasyon ve suya daldırma gibi nonfarmakolojik yöntemler	Öneriyor

Tablo 2. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=269)		
Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
24 yaş altı	49	18,2
24-34 yaş	175	65,1
35 ve üstü	45	16,7
Eğitim		
Ortaöğretim	27	10,0
Lise	155	57,7
Yüksek öğretim	87	32,3
Çalışma durumu		
Evet	84	31,2
Hayır	185	68,8
Gelir durumu		
Gelir giderden az	50	18,6
Gelir gidere denk	162	60,2
Gelir giderden fazla	57	21,2

fizyolojik değişimler nedeni ile fetüsün büyümesi ve gelişmesi için gereksinim duyulan vitamin ve mineral miktarı da artmaktadır. Prekonsepsiyonel dönemde ve gebeliğin ilk trimesterinde alınan folik asit desteğinin fetüste nöral tüp defekti gelişme riskini azalttığı belirtilmektedir (13). DSÖ Binyıl Kalkınma Hedeflerine ulaşma çabalarını desteklemek amacıyla gebelik sonuçlarını iyileştirmek için günlük 30-60 mg elementer demir ve 400 µg (0,4 mg) folik asit alımını önermektedir (14). Çalışmamızda gebelerin çoğuna demir ve folik asit takviyesi önerilmiştir. Yine DSÖ, gebelik haftasını tahmin etmek, fetal anomalileri saptamak ve çoğul gebelikleri belirlemek için 24 haftadan önce bir ultrason taraması önermektedir (15). Çalışmamızda gebelere 24. hafta öncesi ultrason önerilme oranı %92,2 olarak saptanmıştır. Çalışmalar düşük riskli ya da seçilmemiş gruplarda rutin Doppler ultrasonografi kullanımının anne ve bebekler üzerine yararlı bir etkisinin olmadığını göstermiştir (16). DSÖ'de gebelerin maternal ve perinatal sonuçları iyileştirmesi için rutin Doppler ultrason incelemesi önermemektedir (17). Çalışmamızda da gebelerin %41,3'üne sürekli Doppler ultrason önerilmemiştir. Gebelerin %19,7'sinin ise konu ile ilgili bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Bilgi eksikliği

Tablo 3. Gebelerin obstetrik özelliklerine ve gebelikteki bazı alışkanlıklarına göre dağılımı (n=269)		
Değişkenler	Sayı	Yüzde
Gebelik haftası		
1. Trimester	4	1,5
2. Trimester	49	18,2
3. Trimester	216	80,3
Gebelik sayısı		
1. Gebelik	77	28,6
2. Gebelik	95	35,3
3. ve üzeri gebelik	97	36,1
Düşük deneyimi		
Var	51	19,0
Yok	218	81,0
Doğum öncesi eğitim		
Alan	145	53,9
Almayan	124	46,1
Eğitimi kimden aldı (n=145)		
Ebe ve Hemşire	71	49,0
Doktor	21	14,5
Gebe eğitim okulu	29	20,0
Diğer (dergi, kitap, internet)	24	16,5

olan gebelerin bir ebe ya da hemşireden danışmanlık almadıkları düşünülebilir.

Diyabet, gebeliğin en yaygın tıbbi komplikasyonlarından biri olmayı sürdürmektedir (18). Gestasyonel diyabet (GD) tanı ve tedavisinde uygulanacak yaklaşım ile ilgili olarak henüz uluslararası bir fikir birliği oluşmamıştır. Taramanın genel mi yoksa yüksek riskli grupta mı yapılması gerektiği, tarama zamanı, uygulanacak test, tarama testinin bir ya da iki basamaklı olarak uygulanması ile ilgili tartışmalar sürmektedir (19). GD'li gebelerin belirlenmesi amacıyla birçok kılavuz ilk prenatal vizitte risk etmenleri açısından değerlendirme yapılmasını ve düşük riskli olarak değerlendirilmediği sürece tüm gebelere tarama yapılmasını önermektedir. Kaya ve Karaçam (2019) yaptıkları çalışmada gebelerin %62,1'inin şeker yüklemesi testi yaptırdığını bildirmiştir (20). Çalışmamızda da gebelerin %69,1'ine şeker yüklemesi testi yaptırmaları önerilmiştir. Gebelerin şeker yüklemesi testi yaptırmaları oldukça iyi olmasına karşın

Tablo 4. Gebelerin DSÖ'nün doğum öncesi beslenme önerilerinin uygulanma durumlarına göre dağılımı (n=269)		
Değişkenler	Sayı	Yüzde
Gebelikte beslenme ve fiziksel aktiviteler hakkında öneri uygulanma durumu		
Evet	161	59,9
Hayır	87	32,3
Fikrim yok	21	7,8
Günlük folik asit takviyesi önerisi uygulanma durumu		
Evet	214	79,6
Hayır	32	11,9
Fikrim yok	23	8,6
Günlük demir takviyesi önerisi uygulanma durumu		
Evet	214	79,6
Hayır	32	11,8
Fikrim yok	23	8,6
Günlük demir alımını kısıtlayan bir durum olduğunda alternatif doz önerisi uygulanma durumu (n=30)		
Evet	11	36,7
Hayır	17	56,7
Fikrim yok	2	6,6

istenilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu durum bu gebelere daha nitelikli danışmanlık verilmesinin gerektiğini vurgulamanın önemini ortaya koymaktadır.

Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar birçok sağlık personeli tarafından tedavi edilmesi gerekmeyen küçük durumlar olarak görülürken, kadın ve ailesi tarafından gerçek bir sorun olarak algılanmaktadır (21). Bulantı ve kusma gebelerin %50–90'ını etkileyen gebelikte sık görülen yakınmaların başında gelmektedir (22). Çalışmamızda da gebelerde yüksek oranda bulantı yakınması (%62,8) olduğu göze çarpmaktadır. Çetin ve ark. (2017) yapmış oldukları çalışmada gebelerin sıklıkla, bel ve sırt

Tablo 5. Gebelerin maternal ve fetal sağlığı değerlendirmeye yönelik öneri uygulanma durumlarına göre dağılımı		
Anemi için tarama testi önerisi uygulanma durumu	Sayı	Yüzde
Gebelik haftası		
Evet	163	60,6
Hayır	55	20,4
Fikrim yok	51	19,0
İdrar yolu enfeksiyonu geçirme durumunda idrar kültürü yaptırma önerisi uygulanma durumu (n=125)		
Evet	70	56,0
Hayır	24	19,2
Fikrim yok	31	24,8
Gebelikte şiddet görme durumunda danışmanlık uygulanma durumu (n=15)		
Evet	4	26,7
Hayır	11	73,3
Şeker yüklem testi önerisi uygulanma durumu		
Evet	186	69,1
Hayır	68	25,3
Fikrim yok	15	5,6
Sigara kullanan gebelerde bırakmaya ya da azaltmaya yönelik danışmanlık verilme durumu (n=42)		
Evet	20	47,6
Hayır	22	52,4
24. Haftadan önce ultrason önerilme ve yapılma durumu		
Evet	248	92,2
Hayır	21	7,8
Doppler USG önerilme durumu		
Evet	105	39,0
Hayır	111	41,3
Fikrim yok	53	19,7
Tetanoz aşısı önerilme durumu		
Evet	213	79,2
Hayır	39	14,5
Fikrim yok	17	6,3

ağrısı (%41,5) ve mide yanması (%30) yakınması yaşadığını saptamıştır (23). Çalışmamızda da gebelerin gebelik yakınmalarının benzer sıklıkta görüldüğü ve yakınmalarına özgü başetme yöntemlerine yönelik öneri uygulanma durumlarının yeterli düzeyde olmadığı dikkat çekmektedir. Gebelik döneminde sağlık bakım hizmetleri kapsamında, ebeler tarafından gebelik yakınmalarının sorgulanması ve gebelik yakınmalarını gidermeye ve azaltmaya yönelik planlanacak girişimlerin uygulanması, gebelerin yaşam kalitesini yükseltmektedir (24). Ebeler gebelikte sık karşılaşılan yakınmalara karşı gebelere bireysel danışmalık ve eğitimler vererek bu dönemlerini daha rahat geçirmesini sağlamalıdır.



Fotoğraf: Dr. Sadık Nazik "Hayatın Kaynağı"
TTB-STED Fotoğraf yarışması 2002 Başarı Ödülü

Literatürde kötü bir doğum deneyimi olan kadınların çocuk isteme sayılarının daha az olduğu ve bir sonraki gebeliği için geçen zamanın daha uzun olduğu saptanmıştır (25). Doğum her kadın için, benzersiz kapsamlı bir deneyim olarak tanımlanır ve çoğu kadın güvenli bir vajinal doğum yapabilir (26). Kanıtlar, anne ve yenidoğan sağlığını iyileştirmek ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmak için ebe liderliğinde bakımın çok önemli olduğunu göstermektedir (27). DSÖ personel yeterliliğinin olduğu bölgelerde kadınlara ebe liderliğinde sürekli bakım modeli ile bakım uygulanmasını önermektedir (7,28). Ebe liderliğindeki bakım modelinde, ebe, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde kadına verilen bakımın planlanmasından ve düzenlenmesinden sorumlu olan lider sağlık bakım uzmanıdır (29). Çalışmamızda da gebe kadınların %78,8'i bu modelde bir ebelik bakımı almak istediklerini bildirmişlerdir. Bir gebenin aynı ebe ya da ebe grubu tarafından sürekli izlenmesi bakımın sürekliliği ve kalitesini ve niteliğini artırmaktadır. Anne ve yenidoğan sağlığını korumak ve yükseltmek için maliyet etkin olarak önem kazanmaktadır.

Sonuç

Halen anne ve bebek mortalite ve morbidite oranlarının istenilen düzeyde olmadığı ülkemizde çalışmanın yapıldığı bölgede verilen DÖB'in da DSÖ önerilerine uygun ve yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır. Dünya genelinde büyük bir sorun olan anne ve yenidoğan sağlığının iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve mortalite ve morbiditenin azaltılmasında doğum öncesi dönemde ebelerin gebelere vereceği bakım ve danışmanlık önem arz etmektedir (30). DSÖ'nin pozitif gebelik deneyimi için doğum öncesi bakım önerileri rehberinde kanıt düzeyleri ile ortaya koyduğu öneriler, ülkemizdeki anne ve yenidoğan sağlığını geliştirmek ve bakım kalitesini arttırmak için ebelere yol göstermektedir. Ancak yeterli ve daha nitelikli DÖB almayla ilgili olan durum annelerin bazı özelliklerinden çok, hizmet veren ebelerin sayısı, dağılımı, niteliği ile ilgili olabilir (31). DÖB hizmetlerinin yeterli ve nitelikli bir biçimde sunulması için ebelerin hizmet içi eğitimler de dahil performansını geliştirici eğitim ve stratejiler ile birlikte yasal düzenlemelere gereksinimi vardır.

İletişim: Dr. Burcu Yurtsal

E-posta: burcuyurtsal@hotmail.com

Kaynaklar

1. Sakuma S, Yasuoka J, Phongluxa K, Jimba M. Determinants of Continuum of Care for Maternal, Newborn, and Child Health Services in Rural Khammouane. PLOS ONE 2019; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215635>.
2. Dhiman A, Goel NK, Kumar D, Galhotra A. Antenatal Counselling- Is it Adequate? A Cross-Sectional Study from Chandigarh Tricity, India. International Journal of Community Medicine and Public Health 2017; 4 (4):1337-1341.
3. WHO. Maternal Mortality. Geneva: World Health Organization 2017; Erişim Kasım 10, 2019, at https://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/.
4. Lassi Z, Kumar R, Bhutta Z. Community-Based Care to Improve Maternal, Newborn, and Child Health. PubMed 2016; DOI: 10.1596/978-1-4648-0348-2_ch14.
5. Way C. The Millenium Development Goals Report. New York: United Nation 2015; Erişim Kasım 10, 2019, at [https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%2011\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%2011).pdf).
6. WHO. Counselling for Maternal and Newborn Health. Geneva: World Health Organization 2014; Erişim Kasım 10, 2019, at https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/en/.
7. WHO. WHO Recommendations on Antenatal Care for A Positive Pregnancy Experience. Geneva: World Health Organization 2016; Erişim Kasım 10, 2019, at https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/.
8. Chavane L, Merialdi M, Betrán AP, Althabe F. Implementation of evidence-based Antenatal Care in Mozambique: A Cluster Randomized Controlled Trial: Study Protocol. BMC Health Services Research 2014; 14 (1):228.
9. Tunçalp Ö, Pena-Rosas J, Lawrie TA, Bucagu M, Oladapo OT, Gülmezoglu AM. WHO Recommendations on Antenatal Care for A Positive Pregnancy Experience - Going Beyond Survival. BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2017; 124 (6).
10. Pålsson I, J Kvist, L Persson, E K, Hallström IK, Ekelin M. A Survey of Contemporary Antenatal Parental Education in Sweden: What is Offered to Expectant Parents and Midwives' Experiences. Sexual & Reproductive Healthcare 2019; 20:13-19.
11. J. Huntera L, Motta G D, McCourta C, Wisemana O, L. Rayment J, Haorab P, Harden A. Better Together: A qualitative Exploration of Women's Perceptions and Experiences of Group Antenatal Care. Women and Birth 2019; 32 (4):336-345.
12. Dinç H, Yazıcı S, Yılmaz T, Günaydın S. Gebe Eğitimi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2014; 1 (1):68-76.
13. Güler B, Bilgiç D, Okumuş H, Yağcan H. Gebelikte Beslenme Desteğine İlişkin Güncel Rehberlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2019; 12 (2), 143-151.
14. WHO. Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women. Geneva: World Health Organization 2012; Erişim Kasım 10, 2019, at https://www.who.int/elena/titles/guidance_summaries/daily_iron_pregnancy/en/.
15. WHO. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Ultrasound Examination . Geneva: World Health Organization 2018; Erişim Kasım 10, 2019, at <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/anc-ultrasound-examination-brief/en/>
16. Öztürk D, Yılmaz-Sezer N, Eroğlu K. Perinatolojide Kanıta Dayalı Uygulamalar. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3 (1-2-3), 13-28.
17. WHO. WHO Recommendation on Routine Doppler Ultrasound Examination in Antenatal Care. Geneva: World Health Organization 2018; Erişim Kasım 10, 2019, at <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/antenatal-care/who-recommendation-routine-doppler-ultrasound-examination-antenatal-care>
18. Pirie A. M. Diabetes in Pregnancy. Medicolegal Issues in Obstetrics and Gynaecology 2018; 99-103.
19. Öztürk F. Y. , & Altuntaş, Y. Gestasyonel Diabetes Mellitus . Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2015; 49 (1):1-9.
20. Kaya R, & Karaçam Z. Gestasyonel Diyabet Görülme Sıklığı ve Anne-Bebek Sağlığı ile İlişkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2019; 9 (1): 10-18.
21. Yıkar SK, Nazik E. The Effect of Complaints During Pregnancy on Quality of Life . International Journal of Caring Sciences 2018; 11 (1):624-626.

22. Soma-Pillay P, Nelson Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa* 2016;27:89-94.
23. Çetin FC, Demirci N, Çalık KY, Akıncı AÇ. Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2017; 48 (4):135-141.
24. Derya YA, Ucar T, Erdemoğlu Ç, Ünver H. The Relationship Between Impact of Pregnancy Complaints on The Life Quality of The Pregnant Women and Their Psychosocial Health Level. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2018; 12 (3):171-177.
25. 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.
26. MacLachlan 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.
27. ICM. Midwifery Led Care, the First Choice for All Women. Toronto : International Confederation of Midwives 2017; Erişim Kasım 10, 2019, at <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf>
28. WHO. WHO Recommendation on Midwife-Led Continuity of Care During Pregnancy. Geneva: World Health Organization 2016; Erişim Kasım 10, 2019, at <https://extranet.who.int/rhl/topics/improving-health-system-performance/implementation-strategies/who-recommendation-midwife-led-continuity-care-during-pregnancy>
29. Yurtsal ZB. The Importance of Midwifery Led Care in Turkey. R. Efe içinde, *Developments in Health Sciences* 2017; (s;270). Sofia: St. Kliment Ohridski University Press.
30. Kıssal A, Kartal B. Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım İçeriğinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 35-41.
31. Ertem G, & Sevil Ü. *Perinatoloji ve Bakım*. İzmir: Nobel tıp kitapevi 2016(s;127).



Nazlı Baltacı¹, Mürüvvet Başer²

DOI: 10.17942/sted.601142

Geliş/Received : 29.08.2019
Kabul/Accepted : 04.06.2020

Öz

Ninni, genellikle kadınların hem bebeği hem de kendisi hakkındaki duygu ve düşüncelerini, bulunduğu toplumun kültürel ve ezgisel anlayışını yansıtarak şefkatle dile getirdiği bir iletişim yoludur. Ninniler, anne ile bebek arasındaki uyumu güçlendirmekte, anneden bebeğe sevgi, güven ve huzur taşımaktadır. Tarih boyunca hemen her toplumda var olmuş ve kültürel olarak kabul edilmiş olan ninnilerin gebelikte bazı olumlu fiziksel ve psikososyal etkileri vardır. Ninniler akıcı, yavaş, duygusal ve yumuşak melodisiyle ruh halini etkileyebilmektedir. Gebelerin ninni dinlemesinin ya da söylemesinin, keyifli bir egzersiz olarak maternal anksiyete ve stresi azalttığı, prenatal bağlanmayı sağladığı bildirilmiştir. Gebelerin ninni dinlemeyi diğer müzik türlerine göre daha çok tercih ettiği belirtilmiştir. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları gebelikte ninniye fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlığı destekleyerek iyileştirici bir çevre yaratmak için bakım ve tedavide kolayca kullanabilir; böylece gebelere en doğal kültürel araçlardan biri olan ninnilerle çok yönlü katkı sağlayabilir

Anahtar sözcükler: Ninni, Kültür; Gebelik, Bakım, Müzik

Abstract

Lullaby is a medium of communication in which the women verbalize their feelings and thoughts about both their babies and themselves affectionately by reflecting the cultural and melodic perception of the society they live in. Lullabies strengthen the harmony between the mother and the baby and convey love, trust and peace from mother to baby. Lullabies, existed and culturally accepted in almost every society throughout history, have some positive physical and psychosocial effects in pregnancy. With their fluent, slow, emotional and soft melody, lullabies might affect mood. It was reported that listening to or singing lullabies by pregnant women reduces maternal anxiety and stress and enables prenatal attachment as an enjoyable exercise. It was reported that pregnant women prefer listening to lullabies over other music genres. Nurses and other health professionals might easily use lullabies in care and treatment for creating a healing environment by supporting physical, emotional and mental health in pregnancy; thus, they can provide pregnant women with a multidirectional contribution through lullabies, which are among the most natural cultural instruments.

Key words: Lullaby, Culture, Pregnancy, Care, Music

1 Dr. Öğr. Üyesi, Ondokuz Mayıs Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD. Samsun (Orcid No: 0000-0001-8582-6300)

2 Prof. Dr.; Erciyes Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD. Kayseri (Orcid No: 0000-0003-4565-2275)

Giriş

Ninniler çocukları uyutmak, ağladığında susturmak ve rahatlatmak amacıyla çoğunlukla anneler tarafından ezgiyle söylenen ve geçmişten günümüze kadar neredeyse her toplumun kültüründe varlığını sürdüren anonim halk edebiyatı türlerindedir (1-3). Ninnilerin bebeği uyandırırken, beslerken, severken de söylendiği; bebeği endişe ve korkudan uzaklaştırıp sakinleştirdiği dolayısıyla anne-bebek iletişiminin ayrılmaz bir parçası olduğu bildirilmiştir (1).

Ninnilerin tarih boyunca hemen her toplumda var olmuş ve kültürel olarak kabul edilmiş müzik değeri taşıyan bir yapısı olduğu bilinmektedir (4). İnsanların kültürel olarak kabul ettiği ve bildiği bir müziği dinlemelerinin daha etkin, rahatlatıcı ve memnuniyet verici olduğu belirtilmektedir (4,5). Bu anlamda, doğum öncesinden doğum sonrasına kadar yüzyıllardır söylenegelmiş ve toplumun kültürünü yansıtan ninnilerin ruh halini etkileyebileceği bildirilmektedir (4,6). Akıcı, yavaş, duygusal ve yumuşak melodisi olan ninniler, rahatlatıcı ve huzur verici bulunmaktadır (4,7).

Normal kalp atım hızına uyumlu bir müziğin ya da ninninin olumlu psikolojik etkileri (8-10) yanında gebelik komplikasyonlarını azaltması (11-16), vital bulguları ve perinatal sonuçları iyileştirmesi (17,18) gibi olumlu fiziksel etkileri vardır. Ayrıca ninniler, anne ile bebeğin yakınlığını ve uyumunu sağlamaktadır. Bebeğe duyulan sevgi, ninniler yoluyla aktarılmaktadır (4). Gebe kadınlar için ninni dinlemenin ya da söylemenin, keyifli bir egzersiz olarak maternal anksiyete ve stresi azalttığı, prenatal bağlanmayı sağladığı bildirilmiştir (7,9,19-21).

Hemşire, gebelik süresince kadınla yakın iletişim kuran ve destek veren bir sağlık profesyoneli (14,22,23). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin gebelikte genellikle daha kabul gören, ucuz, doğal, noninvazif ve nonfarmakolojik olan müziği ya da ninniye fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlığı destekleyerek iyileştirici bir çevre yaratmak için holistik bakımda kolayca kullanabileceği belirtilmektedir (9,10,24).

Literatürde gebelik sürecinde ninniler yoluyla yapılan girişimlerin ve etkilerinin ele alındığı herhangi bir derlemeye rastlanmamıştır. Bu nedenle hemşireler başta olmak üzere doğum öncesi dönemde kadına hizmet veren sağlık çalışanlarında ninnilere, ninnilerin kültürümüzdeki ve kadın üzerindeki işlevlerine, gebelikte

kullanımına ve etkilerine ilişkin farkındalık yaratılması düşünülmektedir.

Ninnilerin Tarihçesi

Anonim halk şiiri türlerinden olan "ninni" kelimesinin kökeni hakkında kesin bir bilgi yoktur. Ninni kelimesinin Kaşgarlı Mahmud'un "Divanü Lûgat'it-Türk" adlı eserin yazıldığı 11.yy.'dan sonra ortaya çıktığı ve daha eski dönem Türk kültüründe ismi farklı biçimlerde geçtiği için ninni söyleme geleneğinin olduğu bilinmektedir (3).

Ninniler, Anadolu dışındaki Türk dünyasında da yaygındır. Öyle ki ninniye Azeri Türkleri "laylay", Türkmenler "hudi-havdu", Kerküklüler "leyley", Özbekler "alla", Kırgız Türkleri "aldehy beşik ırkları" ve Kazak Türkleri "eldiy-beşik cırı" ismini vermiştir (4). Ninniler farklı milletlerde de kültürel olarak kuşaktan kuşağa aktarılmış, kadınları ve bebekleri etkilemiştir. İlk söyleyeni bilinmeyen ninniler, kültürel ve sosyal yaşamdaki farklılaşmalardan etkilenerek bazı değişikliklere uğramış ve zamanla söylendiği toplumun kültürünü yansıtır hale gelmiştir (3).

Türk ninnileri hakkında ilk defa Macar Türkolog Ignác Kúnos çalışmıştır. Ninniler üzerine birçok derleme yazan Kúnos'un bu çalışması "Türkçe Ninniler" (1341) ismiyle Osmanlıca yayınlanmıştır. Daha sonra ise "Enver Behnan Şapolyo'nun Halk Ninnileri (1938), M. Nasih Güngör'ün Kastamonu Ninnileri (1944), Amil Çelebioğlu'nun Türk Ninniler Hazinesi (1995) ve M. Sabri Koz'un Her Güne Bir Ninni (2005)" adlı kitapları yayınlanmıştır. Ninni hakkında yapılan bu çalışmalar, türün içerik ve biçim yönünden ortaya konması, sınıflandırılması ve örneklerinin tanıtılması yönünden katkı sağlamıştır (3).

Ninnilerin Özellikleri

Ninni, bebeği sakinleştirerek uyutmak için bir kadın ya da erkeğin anlık duygu, düşünce ve algılarını, bulunduğu toplumun kültürel ve ezgisel anlayışını yansıtarak şefkatle dile getirdiği bir iletişim yoludur (25). Ninniler içerik olarak hem çocukla ilgili duyguları, düşünceleri, çeşitli mesajları ve iyi dilekleri hem de ninni söyleyenin sevincini, hayallerini ve üzüntüsünü yansıtan; kendine has, belirli kurallar çerçevesinde olmasa da çoğunlukla dördlükten, bazen de bentlerden oluşan; dize başında ya da sonundaki bazı klişe sözlerle ritmi sürdüren ezgili manzumelerdir (3,4) Ninniler yavaş, sabit tempolu, istirahat halinde bir yetişkinin kalp atışlarına benzer biçimde normal olarak dakikada yaklaşık 60-80 atım, ritmik olarak

basit, düzenli ve tekrarlayıcı, öngörülebilir ve dar aralıklı bir yapıya sahiptir (19).

Ninni söyleyenler genellikle anneler olmaktadır. Anneler, ninni söylerken o an yaşadığı olay ya da duygulara bağlı olarak ninnileri değiştirebilirler. Hecelenerek ve yalın bir dil kullanılarak söylenen, ölçülü/ölçsüz söz ve tekerlemelerden oluşan ninnilerin başında ve sonunda bazı kalıp ifadeler de yer almaktadır. Örneğin ninninin başında "dandini dandini danalı bebek", "dandini dandini dan ister", "dandini dandini dasdana" vb. kalıp ifadeler, sonunda ise "Hu, hu, hu", "Ninni yavrum ninni", "E yavruma e, e, e" vb. ifadeler vardır. Bu ifadeler ninniye bir ses ahengi ve müzikalite sağlarken sözün yerine duygu yoğunluğunu getirmektedir (3).

Ninnilerin oluşumunda başta anneler olmak üzere çoğunlukla kadınların dünyası, onların aile ve çevresiyle ilgili yaşadığı olaylar ve çocuğuna yönelik duygu ve düşünceleri etkili olmaktadır. Ninnilerin konusu genellikle çocukla ilgili fiziksel güzellik, iyi bir huy ve gelecek, sevinç vb. dileklerdir; fakat annenin özlemleri, yalnızlığı, beklentileri, korkuları gibi ruhsal durumu da ninniler yoluyla ifade edilmektedir (3).

Ninniler genellikle çocuk kucakta, ayakta ya da beşikte sallanırken ezgi eşliğinde söylenmektedir. Ninni söyleyen, çocuğun konuşmasına, susmasına, ağlamasına ya da gülmesine göre sesinin düzeyini ayarlamaktadır. Çocuğun uyuması ya da ağlamasının durması ile ninni bitmektedir (1,3).

Türk Halk Kültüründe Ninnilerin İşlevleri

Ninnilerin anne ile bebek arasındaki uyumu güçlendiren ve iletişimi sağlayan, bebeği sakinleştiren, anneden bebeğe güven, huzur ve sevgi taşıyan bir doğası vardır. Ninniler, kendine has üslubu ve ezgisiyle bebeğin mevcut halini ve geleceğine yönelik iyi dilekleri yansıtmaktadır (3). Bebeklere ninni söylemek, her kültürde bilinen, evrensel bir bakım verici davranış olarak kabul edilmektedir (19).

Ninniler annenin günlük hayatta dile getiremediği derin duygu ve düşünceleri, yaşam tarzımıza, örf ve adetlerimize, ailenin ve toplumun değerlerine göre biçimlenen öğütleri, tarihi ve toplumsal birçok konuyu barındırmaktadır (3,4,25). Ninniler dilek, ilgi, sevgi, temenni, üzüntü, şikayet, gurbet, ayrılık, dua, korkutma ve tehdit unsurlarını da içermektedir (4). Genel olarak çocuğun uyuması, büyümesi, yürümesi, söz dinlemesi, büyüdüğünde başarılı, ahlaklı, saygılı, yiğit, akıllı, sağlıklı, uzun ömürlü ve

fiziksel açıdan güzel bir insan olması, saygın bir mesleği olması, maddi ve manevi sıkıntı çekmemesi, vatanına, milletine faydalı olması vb. gibi annenin geleceğe yönelik ifadelerinin dışı vurumunu sağlamaktadır (3).

Ninniler, en başta annenin çocuk sevgisini, yaşanan toplumun değerlerini, kültürünü, aile düzenini ve ilişkilerini, beslenmesini, giyimini, inancını, ideal davranış ve kişilik özelliklerini, beğenilen meslek gruplarını, gelecekte çocukta beklentilerini, kız ve erkek çocuklarını yetiştirme tarzını vb. yansıtarak bir nevi kültürel bellek aktarıcısı olarak ninniye söyleyen tarafından da geleceğe aktarılmaktadır (3,25).

Ninnilerin Kadın Üzerindeki İşlevleri

Ninniler eşliğinde anne ve bebek arasında oluşan ritmik kodlamanın, ikili arasındaki ilk iletişim ve etkileşim olduğu bildirilmektedir (1). Ninniler, doğal bir biçimde bilinçaltı tarafından kendiliğinden oluştuğu için annenin anlık ruhsal durumunu ve samimiyetini ifade etmektedir. Anne ve bebeğin bütünleşmesini sağlayan sembolik motiflerden oluşan samimi bir ortam oluşturmaktadır (25). Bebek ninni ile sakinleştikçe anne kendini ifade edebilmiş olmanın huzurunu yaşamaktadır. Anne, bebeğiyle baş başa kaldığında içinde tuttuğu mutluluğu, sıkıntıları, korkuları ve umutlarını ninniler yoluyla bebeğine özgürce dile getirerek psikolojik açıdan rahatlatmakta ve onunla olan birlikteliğinde doyum noktasına ulaşmaktadır. Bu durumda bebek, anne için güvenilir bir dinleyici, sırdaş, dert ortağı ya da arkadaş niteliğinde olmaktadır (3,19,25). Annelerin duygusal olarak rahatlaması ise annelik sürecindeki sorunlar ile başa çıkmasına yardımcı olabilmektedir (3,19).

Ninniler; anne ile bebeğin sevgi gibi güçlü bir duyguyla birlikte ahengini, birliğini, yakınlığını ve uyumunu sağlamaktadır (4). Yapılan bazı çalışmalarda gebe kadınların ninni dinlemeyi diğer müzik türlerine göre daha çok tercih ettiği ifade edilmiştir (24,26). Amerikan Ağrı Yönetimi Birliği'nin de gebelere dinletilecek olan müziğin, kendi kültürlerinde bilinen ezgiler olmasını önerdiği bilinmektedir (14). Gebelerin ninni söylemekten de çok memnun olduğu, rahatladığı ve bebeğine güzel duygularla bağlandığı bildirilmiştir (7,9,20). Ayrıca ninniler gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon, bipolar bozukluk ya da psikoz gibi ruhsal hastalıkların tedavisinde de kullanılmaktadır (19).

Ninnilerin müzik değeri taşıyan bir yapısı olduğundan (4) gebelikte müzik ile ilgili yapılan bazı çalışma sonuçları incelendiğinde; gebelerde müziğin kan basıncı, solunum ve nabız hızını azalttığı bildirilmiştir (27-31). Yine müziğin doğumun ilk evresinin daha kısa sürmesi, doğumun kendiliğinden başlaması, doğuma daha az tıbbi müdahale edilmesi, daha az anormal fetal prezentasyon, erken doğum, sezaryen doğum ve epizyotomi ihtiyacı gözlenmesi gibi perinatal sonuçlar üzerine de olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir (17,18,32). Müzik gebelerde pozitif duyguları artırmakta, doğum öncesi ve sonrası anne-bebek ilişkisinin gelişmesini ve gebenin kendi bakımına katılıp otonomi kazanmasını sağlamaktadır (14). Hemşirelik girişimleri sınıflamasında da belirtildiği üzere, müziğin temel olarak işitsel uyaran vererek gevşeme ve dikkati başka yöne çekmede etkili olduğu belirtilmektedir (11,33).

Kültürel olarak bir iletişim kurma şekli olan ninni söylenmesi geleneği günümüzde önemle sürdürülmelidir. Anneler ve bebekleri mümkün olduğunca bir arada bulunmalı ve anneler bebeklerini henüz anne karnındayken bile ninnilerle beslemelidir (2). Fakat ev ortamında günlük ninni söyleme geleneğinin hayatımızdaki mevcut sosyokültürel değişimlerden dolayı azaldığı ve ticari olarak satılan müzik aletleriyle yer değiştirdiği belirtilmektedir (2,3,19). Bu gelenek çoğunlukla kırsal bölgelerde yaşatılmakta ve kentsel bölgelerde günlük yaşamın yoğunluğu ya da farklı nedenlerden dolayı unutulmaya yüz tutmaktadır. Ninnilerimizin anne, bebek, aile ve toplum üzerindeki olumlu etkileri göz önüne alındığında önemle korunup sürdürülmesi, yaygınlaştırılması ve özellikle annelerin bu konuda aydınlatılması gerekmektedir (2,3).

Gebelikte Ninniler ile İlgili Yapılan Çalışmalar
Literatürde doğum öncesi dönemde ninnilerin ele alındığı çalışmalar sınırlıdır. Gebelere ninnilerin dinletildiği ya da söyletildiği az sayıda araştırma bulunmakta ve olumlu sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir.

Ülkemizde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, yüksek riskli gebelere ardarda 2 gün boyunca günde 1 defa 20 dakika ninni dinletilmiş, kontrol grubuna ise rutin bakım dışında hiçbir girişim yapılmamıştır. Bu gebelere ninni dinletilmesinin, anlamlı olarak anksiyeteyi azalttığı, prenatal bağlanmayı artırdığı, vital bulguları düşürdüğü bulunmuştur (34).

Bu konuda diğer ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında ise; iki farklı randomize kontrollü deneysel çalışmada gebeler, içinde ninninin de bulunduğu birkaç müzik türünden seçtikleri birini 2 hafta boyunca günde 30 dakika dinlemiştir. Kontrol grubuna ise yalnızca genel prenatal bakım verilmiştir. Çalışmanın sonunda deney grubunun anksiyete ve stres düzeyinin, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalarda deney grubunun durumluk anksiyetesinde ortalama 2 puanlık düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuş ve gebelerin en çok ninni dinlemeyi tercih ettiği saptanmıştır (24, 26). Bunlardan Liu ve ark. (24) çalışmasında müzik dinlemenin uyku kalitesini de anlamlı olarak artırdığını ve dolayısıyla gebeleri daha iyi bir yaşam kalitesine ulaştırdığını belirtmiştir.

Chang ve ark. (10) randomize kontrollü deneysel çalışmasında ikinci ya da üçüncü trimesterde sağlıklı gebeler; içinde ninninin de bulunduğu 5 müzik türünden seçtikleri birini 2 hafta boyunca günde en az 30 dakika dinlemiştir. Kontrol grubu ise yalnızca rutin bakım almıştır. Çalışma sonucunda gebelikte algılanan stres ve bağlanma açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat deney grubunda, gebelikte psikososyal stres ölçeğinin alt boyutları olan "bebek bakımı ve değişen aile ilişkileri ile ilgili stres" ve "annelik rolü tanımlama ile ilgili stres" in kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmada gebelikte ilişkili stresi en iyi azaltan müzik tipinin belirlenmesi için başka çalışmalar yapılması önerilmiştir.

Carolan ve ark. (9) ve Carolan ve ark. (7) aynı örnekleme sahip iki nitel çalışmasında, rutin antenatal sınıflara katılan 6 primipar gebeye 3 farklı ninni öğretilmiştir. Gebeler antenatal sınıflar dışında evde de ninni söylemeye devam etmiş ve doğumdan 3 ay sonra kadınların gebelikte ninni söyleme deneyimleri derinlemesine görüşmelerle incelenmiştir. Çalışmada gebelikte ninni söylemenin keyifli bir egzersiz olarak maternal stresi, korku ve endişeyi azalttığı, gevşemeyi sağladığı, yatıştırıcı ve sakinleştirici bir etki yarattığı belirlenmiştir. Gebelerin çoğu bu uygulamadan memnun olduğunu ve başkalarına önerdiğini ifade etmiştir. Ayrıca Carolan ve ark. (9) çalışmasında kadınlar gebelikte ninni söylemenin bebeğine yakın hissetme, bağlanma, derin sevgi duygularının oluşması, doğum sonu erken dönemde bağlanma ve bebeğiyle iletişim konusunda fayda sağladığını bildirmiştir.

Persicoa ve ark. (21) randomize kontrollü deneysel çalışmasında, 24. gebelik haftasında gebe eğitim sınıfına katılan gebelere 9 farklı ninni öğretilmiş, bunlardan bir ya da ikisini seçip gebe eğitim sınıfı dışında evde de doğum sonu 4. aya kadar söylemeye devam etmeleri istenmiştir. Kontrol grubu ise ninni söylememiştir. Gebeler doğumdan sonra 3 ay izlenmiştir. Çalışmada 24. gebelik haftasında gebe eğitim sınıfına katılan deney grubundaki gebelerin %29,6'sının, kontrol grubundakilerin ise %36,5'inin maternal strese sahip olduğu belirlenmiştir. Gebeliğin 24. ve 36. haftasında değerlendirilen prenatal bağlanma düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Deney grubunda doğum sonu birinci ay uykusuzluk nedeniyle algılanan maternal stresin; ilk iki ay yenidoğanda sık ağlama, gece dörtten fazla uyanma ve kolik nedeniyle acı çekme davranışlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha az olduğu belirlenmiştir.

Arabin ve Jahn (6)'ın tanımlayıcı çalışmasında gebelerin, içinde ninninin de bulunduğu müzikleri dinleme, söyleme ve enstrüman çalmaya yönelik ilgileri görülmüş; çoğu gebenin (%72.2) müzik dinlemeyi tercih ettiği saptanmıştır. Gebelerin müziğe olan bu ilgisinden dolayı gebelikte bağlanmayı desteklemek için müzikten yararlanılabileceği ve bu konuda girişimsel çalışmalar yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Hemşire gebenin kaygı ve stres yaşadığı durumlarda stresi yönetme tekniklerini kullanarak pozitif baş etme davranışları geliştirmesine yardımcı olmalıdır. Gebelikte bağlanma sürecinde sevgi oluşumunu başlatmak, bağlanma düzeyi düşük gebelerde bağlanmayı artırmak ve sürdürmek için girişimde bulunmalıdır (14,22,35). Hemşirenin gebeliğe uyum sürecinde kadının ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak eğitimci, rol model, danışman ve kaynak kişi gibi birçok rolü vardır. Ninnilerle yapılabilecek girişimler düşünüldüğünde, hemşire gebenin sorunlara özgü pozitif baş etme davranışları geliştirmesine yardımcı olabilir (14,22,23,36). Bu durum dikkate alındığında, literatürde gebelik sürecinde müziğin ve ninninin maternal anksiyete ve stresi azaltması, bağlanmayı artırması bakımından hemşireler tarafından klinikte kullanılabileceği de vurgulanmıştır (6,37,38).

Sonuç

Ninniler, doğum öncesi dönemde iyileşmede kullanılabilecek en doğal kültürel araçlardan biridir

ve gebelere fiziksel ve psikosozyal olarak birçok fayda sağlamaktadır. Geçmişten beri söylenegelmiş kültürel öğelerden olan ninniler, gebeden bebeğine sevgi, güven ve huzur taşıyarak ikili arasındaki uyumu güçlendirmekte, iletişimi sağlamakta, bağlanmayı artırmakta ve gebenin kaygısını azaltmaktadır. Bu durum, hemşirenin gebeye, gebenin de kendine ve bebeğine ninniler yoluyla holistik bakım verebileceğini göstermektedir.

Ruhsal hastalıkları, stresi, anksiyetesi, bağlanma bozukluğu, yetersiz bağlanma riski olan gebeler, sağlıklı ve riskli gebeler sorunlarla başetmek, kendilerini iyi hissetmek ya da yaşam kalitelerini artırmak için ninni dinleyebilir ya da söyleyebilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri dahil kadın doğuma ilişkin alanlarda çalışan hemşireler, hekimler ve diğer sağlık personelleri gebelerin tıbbi tedavi, fiziksel ve psikosozyal bakımında ninnileri tamamlayıcı ve destekleyici olarak kolay ve güvenli biçimde kullanabilir; böylece sağlıklı ya da hastanede yatan riskli gebelere çok yönlü katkı sağlayabilir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gebelerin sevgilerini ve duygularını ninniler yoluyla bebeklerine aktarmalarına danışmanlık ve sağlık eğitimi kapsamında yer verilmelidir.

İletişim: Dr. Nazlı Baltacı

E-posta: baltacinazli@gmail.com

Kaynaklar

1. Kabadayı A. Ninnilerin çocuğun gelişim alanlarına katkılarının içerik açıdan incelenmesi: Konya örneği. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6(1): 77-89.
2. Güneş H. Ninnilerde dile getirilen temaların bilimsel gerçekliği var mıdır? E-Journal of New World Sciences Academy 2012;7(2):143-59.
3. Coşkun NÇ. Türk ninnilerine işlevsel yaklaşım. Turkish studies - International periodical for the languages Turkish Studies-International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 2013;8(4):499-51.
4. Gelişli Y, Yazıcı E. Türk kültüründeki ninnilerin çocuk eğitimi açısından incelenmesi. Uluslararası Hakemli Aile Çocuk ve Eğitim Dergisi 2014;2(3):30-40.
5. Norouzi F, Keshavarz M, SeyedFatemi N, Montazeri A. The impact of kangaroo care and music on maternal state anxiety. Complement Ther Med 2013 Oct;21(5):468-72.
6. Arabin B, Jahn M. Need for interventional studies on the impact of music in the perinatal period: Results of a pilot study on women's preferences and review of the literature. J Matern Fetal Neonatal Med2013 Mar; 26(4):357-62.

7. Carolan M, Barry M, Gamble M, Turner K, Mascareñas O. Experiences of pregnant women attending a lullaby programme in Limerick, Ireland: A qualitative study. *Midwifery* 2012 Jun;28(3):321-8.
8. Shin HS, Kim JH. Music therapy on anxiety, stress and maternal-fetal attachment in pregnant women during transvaginal ultrasound. *Asian Nurs Res.* 2011 Mar;5(1):19-27.
9. Carolan M, Barry M, Gamble M, Turner K, Mascareñas O. The limerick lullaby project: an intervention to relieve prenatal stress. *Midwifery.* 2012 Apr;28(2):173-80.
10. Chang HC, Yu CH, Chen SY, Chen CH. The effects of music listening on psychosocial stress and maternal-fetal attachment during pregnancy. *Complement Ther Med* 2015 Aug;23(4):509-15.
11. Birkan I. Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi* 2014;1(1):37-49.
12. Karamızrak N. Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Heart Journal* 2014;17(1):54-7.
13. Kartın TP. Müzik terapi. İçinde: Başer M, Taşçı S, editörler. Kanıta dayalı rehberleriyle tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2015. s.9-14.
14. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.
15. Çetin CF, Tan A, Merih DY. Türk müziğinin gebelik ve yenidoğan üzerindeki etkileri. *Zeynep Kamil Tıp Bül* 2017;48(3):124-30.
16. Boşnak M, Kurt AH, Yaman S. Beynimizin müzik fizyolojisi. *KSÜ Tıp Fak Der* 2017;12(1):35-44.
17. García-Gonzalez J, Ventura-Miranda MI, Requena-Mullor M, Parron-Carreño T, Alarcon-Rodriguez R. State-trait anxiety levels during pregnancy and foetal parameters following intervention with music therapy. *J Affect Disord* 2018 May;232:17-22.
18. García J, Ventura MI, Requena M, Parron T, Alarcon R. Effects of prenatal music stimulation on state/trait anxiety in full-term pregnancy and its influence on childbirth: A randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018 Apr;31(8):1058-65.
19. Friedman SH, Kaplan RS, Rosenthal MB, Console P. Music therapy in perinatal psychiatry: Use of lullabies for pregnant and postpartum women with mental illness. *Music and Medicine* 2010;2(4):219-25.
20. Wray J. The limerick lullaby project: An intervention to relieve prenatal stress. *Pract Midwife* 2011 Dec;14(11):40-2. <http://usir.salford.ac.uk/19517/>. Accessed July 3, 2019.
21. Persicoa G, Antolinib L, Vergania P, Costantini W, Nardi MT, Bellotti L. Maternal singing of lullabies during pregnancy and after birth: effects on mother-infant bonding and on newborns' behaviour. *Concurrent Cohort Study. Women Birth* 2017 Aug;30(4): e214-20.
22. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2016.
23. Bekmezci H, Özkan H. Gebelikte psikososyal sağlık bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 2016;8:50-60.
24. Liu YH, Lee CS, Yu CH, Chen CH. Effects of music listening on stress, anxiety, and sleep quality for sleep-disturbed pregnant women. *Women Health* 2016;56(3):296-311.
25. Uğurlu KE. Kültürel bellek aktarıcısı olarak ninni. *Millî Folklor* 2014;26(102):43-52.
26. Chang MY, Chen CH, Huang KF. Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *J Clin Nurs* 2008;17:2580-7.
27. Sidorenko VN. Clinical application of medical resonance therapy music in high-risk pregnancies. *Integr Physiol Behav Sci* 2000 Jul-Sep;35(3):199-207.
28. Yang M, Li L, Zhu H, et al. Music therapy to relieve anxiety in pregnant women on bedrest: A randomized, controlled trial. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2009 Sep-Oct;34(5):316-23.
29. Cao S, Sun J, Wang Y, Zhao Y, Sheng Y, Xu A. Music therapy improves pregnancy-induced hypertension treatment efficacy. *Int J Clin Exp Med* 2016;9(5):8833-8.
30. Tokar E, Kömürçü N. Effect of turkish classical music on prenatal anxiety and satisfaction: A randomized controlled trial in pregnant women with pre-eclampsia. *Complement Ther Med* 2017 Feb;30:1-9.
31. García González J, Ventura Miranda MI, Manchon García F, Pallarés Ruiz TI3, Marin Gascón ML3, Requena Mullor M., et al. Effects of prenatal music stimulation on fetal cardiac state, newborn anthropometric measurements and vital signs of pregnant women: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract* 2017 May;27:61-7.
32. Lederman R, Weis K. Psychosocial adaptation to pregnancy. Seven dimensions of maternal role development. 3rd ed. Newyork: Springer; 2009.
33. Bulecher GM, Buther HK, Dochterman JM, Wagner C. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). Erdemir F, Kav S, Yılmaz AA, çeviri editörleri. 6. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017:96,135,275.
34. Baltacı N. Yüksek riskli gebelerde ninninin anksiyete ve prenatal bağlanma üzerine etkisi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi* 2018.
35. Kavlak O, Şirin A. Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2007;23(2):183-94.
36. Top ED, Ertem G. Perinatal hasta güvenliği ve mesleki sorumluluklar. İçinde: Sevil Ü, Ertem G, editörler. *Perinatoloji ve bakım.* Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2016. s.43-4.
37. Talley L. Stress management in pregnancy. *Int J Childbirth Educ* 2013;28(1):43-5.
38. Corbijn van Willenswaard K, Lynn F, McNeill J, McQueen K, Dennis CL, Lobel M., et al. Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2017 Jul;17(1):271.



Acil Servisin Bilinmeyen-Görülme-yeni: Yaşlı İstismarı*

The Unknown-Unseen Aspect of Emergency Service: Elder Abuse

Handan Çiftçi¹, Nihal Bostancı Daştan², Fadime Kaya³

DOI:10.17942/sted.614935

Geliş/Received : 03.09.2019
Kabul/Accepted : 04.04.2020

Öz

Yaşlı istismarı; yaşlılarda herhangi bir kronik ya da yaşamı tehdit eden bir hastalık olmaksızın yüksek ölüm oranlarına neden olan, çoğunlukla yaşlıların evlerinde eşleri, çocukları ya da diğer yakınları tarafından oluşan ve küresel yaşanan bir durumdur. Yaşlanan nüfus arttıkça, yaşlı istismarı daha belirgin bir sağlık sorunu haline gelecektir. Acil serviste yaşlı istismarı ve ihmeline yönelik, çocuk istismarı ve ihmali ve aile içi şiddet ile kıyaslandığında daha az kanıt bulunmaktadır. Çünkü acil servis elemanlarının çocuk istismarı ve aile içi şiddeti yaşlıların istismarından daha fazla önemseydiği ve ele aldığı belirlenmiştir. Bu nedenle yaşlı istismarı sonuçlarına karşın pekçok acil servis çalışanı tarafından yanlış tanınmaktadır. Oysa ki; acil servisler yaşlı istismarının tanınması, değerlendirilmesi, yönetimi ve sevkine yönelik işlemler için kilit rolü olan birimlerdir. Yaşlı istismarının saptanması ve müdahale edilmesi yaşlı insanların refahı için çok önemlidir. Acil servisler, yaşlı istismarına bağlı sebeplerle önemli bir başvuru yeri olduğundan bu derlemenin amacı, yaşlı istismar konusunu ele almak ve acil servis ortamında yaşlı istismarını anlama, tanıma, tarama ve bakım ile ilgili konulara dikkati çekmektir.

Anahtar sözcükler: Acil servis, Yaşlı, İstismar

Abstract

Elder abuse is a globally experienced condition, which causes high mortality rates among elderly even without the presence of any chronic or life-threatening illness and is usually inflicted by the spouses, children or other relatives of elderly in their houses. As the aging population increases, elder abuse will become a more distinct health problem. In emergency services, there is less evidence concerning elder abuse and neglect, compared to those of child abuse and neglect and domestic violence. Because it has been determined that emergency service employees attach greater importance to and deal more with child abuse and domestic violence than with elder abuse. Thus, despite its consequences, elder abuse is misknown by many emergency service employees. But; emergency units have a key role in the procedures for identification, assessment, management and referral of elder abuse cases. It is of prime importance to detect and intervene in elder abuse for the well-being of the elderly. As emergency units are important places, which are visited due to reasons arising from elder abuse, this compilation aims to discuss the issue of elder abuse and to attract attention to the matters related to understanding, identifying, screening and treating elder abuse at the emergency unit.

Key words: Emergency service, Elderly, Abuse

* Bu derlemenin özeti, 21-23.04.2019'da 1st International Congress of The Turkish World on Health and Natural Sciences Kongresi'nde sözel sunulmuş ve kongre kitapçığında özet bildiri (sayfa 147-148) olarak yayınlanmıştır.

1 Dr. Öğr. Üyesi.; Kafkas Ü. Tıp Fak. Acil Tıp AD, Kars, (Orcid No:0000-0003-2471-4350)

2 Doç. Dr.; Kafkas Ü. Sağlık Bilimleri Fak, Psikiyatri Hemşireliği AD, Kars, (Orcid No: 0000-0001-5580-4960)

3 Dr. Öğr. Üyesi.; Kafkas Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Psikiyatri Hemşireliği AD, Kars, (Orcid No: 0000-0002-7352-0387)

Giriş

20. yüzyıldan itibaren doğurganlık hızının düşmesi, sağlık bakım hizmetlerinin ilerlemesi, sağlık alanında bilinçlenmenin artışı, erken tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesiyle birlikte günümüzde insanlar daha uzun yaşamakta ve küresel olarak yaşlı nüfus oranı da hızla artmaktadır (1). Dünya nüfusuna bakıldığında; 2015 yılında 900 milyon olan 60 yaş ve üstü nüfusun 2050 yılına gelindiğinde 2 milyar olması beklenmektedir. Günümüzde dünyada 125 milyon insan 80 yaş ve üzerindedir (2). Türkiye, hızlı yaşlanan ülkelerden birisi olup, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 1940'ta %3.5 iken, 1970'de %4.4'e, 2012'de %7.5'e ve 2016'da %8.3'e çıkmıştır (1). Nüfusun hızla yaşlanması yaşlılıkla ilgili bazı kronik sorunların görülme riskini artırmaktadır. Bu sorunlardan biri de sıklıkla gizlendiği için sağlık uzmanlarının belirlenmesinde kilit rol oynadığı yaşlı istismarıdır (3)

Yaşlı istismarı, geriatrik bakımda büyüyen bir endişe kaynağı olup, yeterince bilinmediği ve bildirilmediği bulunmuştur (4). Türkiye'de acil servis çalışanlarının yaşlı istismarına yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendiren çalışmalar sonucunda; acil bakım uzmanlarının yaşlı istismarı için risk faktörlerini belirleme, odaklanmış öykü alma, fizik muayene yapma, yasal yükümlülüklerini bilme ve olguları bildirme konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu ve mezuniyet öncesi ve sonrası büyük çoğunluğunun bu konuda eğitim almadığı görülmüştür (5,6).

Tanımı

Yaşlı istismarı, Yaşlı İstismarı Önleme Bildirgesi'nde "temel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz ve savunmasız olan yaşlı bir insan için zarar ya da sıkıntıya neden olan bir güven beklentisinin olduğu herhangi bir ilişkide meydana gelen tek bir ya da tekrarlanan eylem ya da uygun eylem eksikliği" olarak tanımlanmıştır (3,7-9). Ulusal Yaşlı Kötüye Kullanım Merkezi, Ulusal Yaşlı Kötüye Kullanım Merkezi, yaşlı istismarı ve ihmali Tablo 1'de görüldüğü gibi sekiz boyutta ele almıştır.

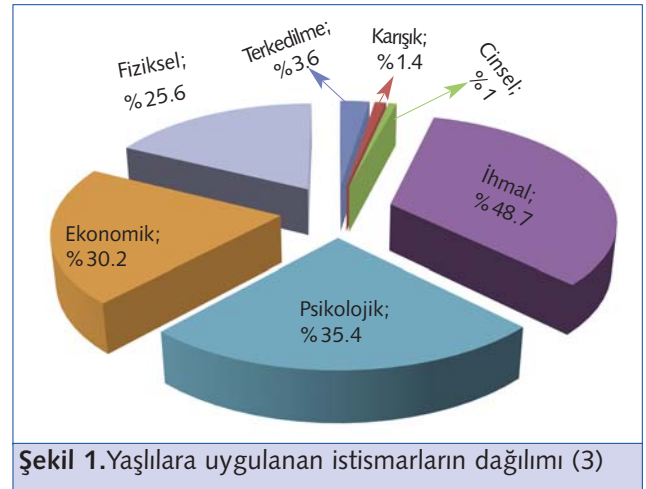
Epidemiyolojisi

Küresel olarak, yaşlı nüfusu birçok ülkede hızla arttığından yaşlı istismarından etkilenen insan sayısının da artacağı tahmin edilmektedir (4,7,8). Yaşlı istismarı, toplumda gerek mağdurların

gerekse sağlık çalışanların bilgisizliği ve endişeleri nedeniyle çok fazla dile getirilmeyen, çoğunlukla gizli kalan ve bu nedenle tam görülme oranları bilinmeyen bir sağlık sorunudur (3,7-10). Mevcut kanıtlara dayanarak, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 2019 yılında 60 yaş ve üstü kişilerin %15.7'sinin istismara maruz kaldığını tahmin etmektedir (7) 2015 yılında dünya genelinde 6 yaşlıdan 1'inin istismara uğradığı görülmüştür (11). ABD'de (12) yaşlı istismarı %10 iken, Türkiye'de (13) %14.2 olarak belirtilmiştir. Yaşlı istismarı cinsiyete göre değişmekte olup kadın olmak daha risklidir. Yaşlı kadınlar arasındaki her türden eş şiddetine yönelik yapılan bir çalışmada 65 yaş üstünde %27, 50-65 yaş arasında %30 ve 16-49 yaş arasında olarak %33 belirlenmiştir (14). Birçok yaşlı istismarı olgusu bildirilmediği için bu prevalans oranlarının gerçeğinden daha az olması olasıdır (7). Hiçbir zaman yetkililere rapor edilmeyen yaşlı istismarları olguların yaklaşık %84'ünün oluşturmaktadır (4).

Yaşlılara uygulanan istismarlarının dağılımı Şekil 1'de verilmiştir. Sonuçlar büyük çoğunluğunun ihmal ve duygusal istismara maruz kaldığı göstermektedir (3).

65 yaş üstü yaşlı bireylerin %4'ü huzurevi, %96'sı kendi başlarına ya da eşleri, çocukları, kardeşleri ya da akrabaları ile yaşamalarına karşın yaşlı istismarlarının huzurevlerinde gerçekleştiğine dair bir yanlış inanış bulunmaktadır. Oysa ki yaşlı istismarında, istismar eden kişi genellikle bir aile üyesidir (%89.7) (3). Literatür taraması acil servise kabullerin %19'unun yaşlılık ile ilgili hastalıklar ve bunların %3.8'inin travma nedeniyle olduğunu göstermektedir (15). Acil serviste, yaşlı istismarı ve ihmali, çocuk istismarı ve aile içi şiddetten daha az belirgindir. Acil servis



Şekil 1. Yaşlılara uygulanan istismarların dağılımı (3)

Tablo 1. Yaşlı istismar ve ihmal türleri, muhtemel belirtiler ve potansiyel göstergeler (3)

İstismar Türü	Tanımı	Olası Bulgular	Potansiyel Göstergeler
Terkedilme	Yaşlı bir kişinin, bakım hizmeti sağlama sorumluluğunu üstlenen bir kişi tarafından terk edilmesi		
Duygusal ya da psikolojik istismar	Yaşlı bireyde duygusal anlamda acı veya sıkıntıya neden olan sözlü ya da sözsüz eylemler	Aşğılama, korkutma, terk etme tehditleri, alay, korku / kaygıya neden olma, zorbalığa uğrama, suçlama, kontrol etme, zorlama, taciz, sözlü taciz, onay eksikliği, tecrit	Demoralizasyon, depresyon, çekilme/ çekingenlik, umutsuzluk, uykusuzluk, iştah değişimi, açıklanamayan paranoya, ajitasyon, gözyaşı dökme, aşırı korku, faile karşı kararsızlık
Ekonomik ya da maddi istismar	Yaşlımın paraları, yatırımları, mülkleri ya da varlıklarının yasa dışı ya da uygunsuz kullanımını	Mali yatırımlarda ani azalma, mülkiyetin ortadan kaldırılması, mülk / fon / maddi mallara ait imza devri ya da irade yetkisinin değiştirilmesi	Ani / açıklanamayan faturaları ödeyememe ya da ihtiyaçları satın alamama, rücu olarak para çekme, başkasının kullanımını için para aktarma, mülke zarar verme, mülkünü kaybolması, gerekli yardımların ya da ilaçların bulunmaması, para harcamayı reddetme, varlıkların ve yaşam koşullarının farklılaşması
Fiziksel istismar	Yaşlıya bedensel yaralanma, fiziksel ağrı ya da bozulma ile sonuçlanabilecek fiziksel kuvvet uygulamak	Vurmak, tokatlamak, itmek, tekmelemek, tükürmek, ilacı yanlış kullanmak, sınırlamak, zorla beslemek ya da uygunsuz yaptırımlar	Çürüme, kesikler, çizikler, burkulma, saç dökülmesi, diş eksikliği, tekme/sıkma/boğma işaretleri, göz yaralanmaları, yanıklar
Cinsel istismar	Yaşlı bir yetişkinle rızası olmaksızın cinsel ilişki kurma	Yaşlı kişinin rıza göstermediği/ izin vermediği birliktelik, tecavüz, cinsel saldırı ya da eylem	Cinsel yollar, göğüsler, rektum ya da genital organların çevresinde travma Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

*Pasif ihmal bilgi eksikliğinden dolayı, aktif ihmal kasıtlı ihmal eylemlerini ifade eder.

Tablo 1'in devamı Yaşlı istismar ve ihmal türleri, muhtemel belirtiler ve potansiyel göstergeler (3)

İstismar Türü	Tanımı	Olası Bulgu	Potansiyel Göstergeler
İhmal*	Bir kişinin daha büyük bir yetiğine bir yükümlülüğünün ya da görevinin herhangi bir parçasını yerine getirmesinin reddi ya da başarısızlığı	Fiziksel, tıbbi ihtiyaçlar, yaşamın uygun hizmetlerine (sağlık, sosyal, eğitsel) ve günlük yaşam aktivitelerine (ilaç, ısıtma gibi) yönelik yardım sağlamamak	Dehidrasyon, kötü beslenme, uygun olmayan giyim, kötü hijyen, dağınık görünüm, aşırı / düşük ilaç alımı, gözetimsiz tıbbi ihtiyaçlar, riske / tehlikeye maruz kalma, basınç yaraları
Kendini ihmal etme	Bir kişinin yeterli yiyecek, su, giysi, barınak, kişisel hijyen, ilaç ve güvenlik önlemleri almayı reddetmesi ya da başarısızlığı.	Isı ya da su olmadan kötü ve uygun olmayan koşullarda, böceklerle bezenmiş bir evde yaşamak ya da reçetelere uymamak	
Yerleşiklerin bulunduğu yerde sakinden sakine saldırı	Uzun süreli bakım sakinleri arasındaki negatif ve agresif fiziksel, cinsel ya da sözlü etkileşimler		

*Pasif ihmal bilgi eksikliğinden dolayı, aktif ihmal kasıtlı ihmal eylemlerini ifade eder.

çalışanları da, yaşlı istismarı ve ihmali toplumda bu denli yaygın olmasına karşın çoğunlukla huzurevlerinde yaşayan kişileri etkilediğini düşünmeye eğilimlidir (3).

Sonuçları

Yaşlı istismarı; ciddi fiziksel yaralanmalar ve uzun vadeli psikolojik sonuçlar, bakım evinde kalma riskinin artması, acil servislerin kullanımı, hastanede yatma, sakatlık ya da hayatı tehdit eden hastalıkların görülmesi ve ölüm gibi bireyler ve toplum için ciddi sonuçlar doğurmaktadır (3,7,8,10,12). Yaşlı istismarı ve ihmali mağdurları için ölüm riski, mağdur olmayanlara göre üç kat daha yüksektir ve ülkenin yıllık sağlık harcamalarına yaklaşık 5.3 milyar dolar ekleyerek doğrudan tıbbi maliyetlerde artışa neden olmaktadır (8). Çalışmalar yaşlı istismarına maruz kalan bireylerde ruhsal ve nörolojik hastalıkların 4.7 kat, kötüleşen genel sağlığın 3.5 kat ve sağlık hizmetlerini yaygın kullanımının 2.1 kat arttığını göstermektedir (16). Yaşlı istismarı yalnızca fiziksel morbidite değil aynı zamanda depresif ve anksiyete bozuklukları dahil olmak üzere daha fazla psikolojik stres ve morbiditeye neden olabilir (8,17) Yapılan bir çalışmada istismara uğrayan yaşlılarda 2.24 kat daha fazla depresyon ve anksiyete riskinin görüldüğü belirlenmiştir (14). Ayrıca, özellikle yaşlı kadınlarda daha yüksek oranda kronik hastalık, antidepresan kullanımı ve diğer psikotrop ilaçları bildirilmiştir (18). Tüm bu sonuçlara bakıldığında, yaşlı istismarının tanınması, rapor edilmesi ve önlenmesi gereken halk sağlığı önceliklerindedir (12).

Risk Faktörleri ve Tanınması

Yaşlı istismarı ve ihmali bütün ırklardan, kültürlerden ve sosyo-ekonomik gruplardan bireylere yönelik kişisel ev, bakım evi, huzurevi ya da hastane gibi yaşlıların yaşayabileceği her yerde meydana gelebilir (3). Tablo 2'de yaşlı istismar ve ihmali artırarak risk faktörleri gösterilmiştir.

Risk altındaki nüfusun yaygınlığına, neden olduğu morbidite, mortalite ve toplum için önemli maliyetlere karşın, yaşlı istismarının yeterince tanınmadığı ve bildirilmediği görülmektedir (3). Yaşlılarda istismar ve ihmalin tanınmasını ve bildirilmesini etkileyen faktörler aşağıdaki Tablo 3'te sunulmuştur.

Acil servislerde yaşlı istismarı tespit etmenin zorluğuna yaklaşmanın olası yolları tüm yaşlı

Tablo 2. Yaşlı istismar ve ihmaline yönelik risk faktörleri (3,10,16,19)

- Kadın olmak (1.95 kat fazla)
- Daha ileri yaşlılık
- Sosyal destek yetersizliği
- Fiziksel sağlığın azalması (örneğin, günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla yardım talep edilmesi)
- Kognitif yetersizlik (3 kat fazla)
- Ruhsal ve nörolojik bozukluk (3.8 kat)
- Şiddet öyküsü (6.1 kat daha fazla)
- Etnik azınlık (4 kat fazla)
- Kötü aile ilişkisi (5.5 kat fazla)
- Bakım vericide yük (1.4 kat fazla)
- Eş dışında birden fazla hane halkı ile birlikte yaşamak
- Maddi durumun kötü olması
- Zihinsel sağlık ya da madde kötüye kullanım sorunları bulunan mağdur ya da bakıcı
- Yaşlıda idrar yolu enfeksiyonu (2.21 kat fazla) ya da septisemi (1.92 kat fazla)

Tablo 3. Yaşlılarda istismar ve ihmalin tanınmasını ve bildirilmesini etkileyen faktörler (3,9,10)**Yaşlılar kötüye kullanımı bildirememese sebepleri:**

- Daha fazla istismar edilme korkusu
- Huzurevine yerleştirilme korkusu
- Genellikle bir aile üyesi olan bakım sağlayıcının sıkıntı çekeceğinden endişe
- İnkâr
- Taciz edilmekten utanma
- Tedarikçilerine yük olmaktan kendilerini sorumlu tutma
- Özgüvende bozulma ve istismarı hak ettiği duygusu
- Afazi ya da demasta etkin iletişim kuramama
- Mevcut kaynaklar hakkında bilgi sahibi olmama

Tıbbi bakım sağlayıcılarının istismarı bildirmeme nedenleri:

- Yaşlı İstismarı hakkında eğitim eksikliği
- İstismarı/ihmalini tanıyama ve hastanın tıbbi durumunu başka bir nedene bağlama ve yanlış yorumlama
- Yaşlılığa bağlı değişimler olarak ele alma
- Zorunlu raporlama yasalarını bilmeme ya da alışık olmama
- Mevcut kaynakları bilmeme
- Bildirdiğinde güvenliğinden endişe duyma
- Tarama araçlarını bilmeme ve kullanmama

yetişkinlerin rutin taranması ya da yüksek riskli bireylerin hedefli taranmasıdır (10). Acil sağlık bakım çalışanları özellikle riskli bireyler başta olmak üzere yaşlı bireylere hizmet sunarken aşağıda Tablo 4'te belirtilen yaşlı kötüye kullanım ve ihmalin uyarıcı işaretlerini gözönünde bulundurmalıdır.

Tarama

Sık sık acil ziyaretleri yapan ya da açıklanamayan kilo kaybı ya da fiziksel ve bilişsel işlevlerde bir düşüş gösteren bireyler için tanı konması özellikle önemlidir. Tıbbi uygulayıcıların bir hastanın risk faktörlerini belirlemede ve istismar belirtileri tespit etmede etkili olabilecek kapsamlı bir öykü ve fizik muayene yapmaları zorunludur. Tablo 5'te verilen EASI (Elder Abuse Suspicion Index -Yaşlı Kötüye Kullanım Şüphesi İndeksi) ya da AMA (American Medical Association- Amerikan Tıp Birliği) tarama

soruları kullanılabilir. Daha sonra kapsamlı fizik muayene yapılmalıdır (3,8).

EASI, meşgul acil çalışanları için cazip olan yaklaşık altı dakika süren kısa bir değerlendirme aracıdır. Bir çalışmada pratisyen hekimlerle yapılan değerlendirmeler olumlu olup, hekimlerin % 95.8'i soruların 'çok kolay' ya da 'biraz kolay' olduğunu belirtmiştir (20).

Yaşlı istismarını tarama için birçok test geliştirilmiştir. Ancak, hastanın kognitif durumu, uzun sürmesi, muhtemel suçlu bakıcıdan net cevap gerektirmesi, özel eğitim gerektirmesi, farklı toplumlarda uygulanmamış olması nedeniyle güvenilir olmayabilir (3,8,10,12).

Önleme, Girişim ve Koruma

Yaşlı istismarının önlenmesi, saptanması ve müdahale edilmesi yaşlı insanların refahı için çok

Tablo 4. Yaşlılarda kötüye kullanım ve ihmalin uyarıcı işaretleri (3,10,12,19)

- Tıbbi yardımların olmaması ya da düzenli kullanılmaması (örn., ilaç, baston, gözlük)
- Yeterli yiyecek, temel hijyen, ısı, su ya da uygun giysilerin sağlanamaması
- Tedavi edilmemiş tıbbi sorunlar (örn., Basıncı yaraları gibi)
- Sık görülen ve tekrarlanan yaralanmalar (örn., Kırıklar, yaralar, yırtıklar, ağız kuruluğu, yanıklar) (özellikle baş ve gövde yaralanmaları)
- Yaralanmalar için belirsiz ya da inanılmaz açıklamalar
- Tıbbi hastalık başlangıcı ya da yaralanma ile tıbbi yardım arama arasında gecikme
- Benzer yaralanmalar için sık sık acile gelme
- Mali kötüye kullanım belirtileri
- Davranışta açıklanamayan değişiklikler (örn., Depresyon, izolasyon, zihinsel durum değişikliği)
- Hasta ya da bakıcının soruları cevaplandırmakta isteksizliği
- Suçlayıcı hasta-bakıcı etkileşimleri
- Hastanın ve bakıcının yaralanma mekanizması öyküsü arasındaki tutarsızlıklar
- "Kaza eğilimli" olarak adlandırılan yaşlı bir hasta
- Hastanın tıbbi öyküsü ya da rutin ilaçları hakkında ayrıntılı bilgi veremeyen bir bakıcı
- Hasta için soruları cevaplayan bir bakıcı
- Acil serviste hastanın bakıcı tarafından terk edilmesi
- Kontrol eden, aşağılayan, para harcamaktan fazla endişe duyan ya da sözlü ya da fiziksel olarak hastaya karşı agresif olan bir bakıcı
- Fiziksel ya da cinsel istismar belirtileri
- Açıklanamayan cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- Zihinsel özürlü bir hastanın bakım verme sorumluluğu olmayan bir kişi tarafından bakılması
- Sağlanan öykü ile tutarlı olmayan laboratuvar ya da radyoloji bulguları

önemlidir (20). 2017 yılında ABD'de yapılan bir çalışma sonucunda acil servise başvuran yaşlıların %3'ünde iki tür yaşlı istismarı, %0.1'inde üç tür yaşlı istismar tanılanmıştır. En sık görülen yaşlı istismarları %32.9 ihmal ve %32.2 fiziksel istismardır (10).

Ayrıca, acil servis ziyaretleri planlanmamış olup, failleri ve mağdurlarına istismar kanıtlarını gidermek için çok az ya da hiç zaman bırakmadığından acil servislerde yaşlı istismarı tespit etme potansiyeli diğer sağlık bakımı ortamlarından daha yüksek olabilir (10,12). Eldeki kanıtlar, yaşlı istismarı mağdurlarının çoğunlukla acil bakım alma ihtimalinin olduğunu göstermektedir (8,21,22). Stevens ve arkadaşlarının çalışmalarında (2014) acil servisten bakım alan yaşlı hastalarının %7'sinin son bir yıl boyunca fiziksel ya da psikolojik istismar öyküsü olduğunu gösterilmiştir (23). Ancak bu çalışma ihmal ve finansal istismarı değerlendirmede için acil serviste bakımı sağlanan yaşlılar arasında istismarı tam olarak yansıtmamaktadır. ABD'de toplumda %5-10 arasında yaşlı istismarı prevalansı tahmin edilmesine karşın, acil servislerde 60 yaş ve üstü insanlara %0.02'sinden daha azında, yaşlı istismarı resmi tanısı konulduğu görülmüştür. Literatür, acil durum hekimlerinin bakım sağladıkları mağdurların büyük çoğunluğuna yaşlı istismarı teşhisi koyamadıklarını göstermektedir (10).

Acil servis çalışanları yaşlı istismarı olgularında kilit öneme sahiptir ve hastaya yaklaşımda bu sorunu da göz önünde bulundurmaları gerekir. Hastaların hassas sorgulanması, çözüm yolunda ilk adım olabilir (15). Yaşlı istismarını saptamadaki ilk adım, doğrudan, basit, açık uçlu, yüzleşici, yargılayıcı ya da tehdit edici bir hava içermeyen soruları içeren görüşme tekniklerini kullanmaktır. Ayrıca, hızlı tempolu bir acil serviste bir yaşlıyla konuşmak, iletişimde birçok hataya neden olabilir. Yaşlılar bir tür bilişsel bozulmalara sahipse, bu sorun artacaktır. Bu nedenle; yaşlıları daha sessiz bir yere taşımak çok daha iyidir, böylece daha rahat ve iletişim için elverişli bir ortamda kapsamlı bir değerlendirme yapılabilir (12).

Acil servislerde yaşlı istismarı tespitinde hekim, acil tıp teknisyeni, triyaj ekibi, hemşireler, radyologlar ve sosyal hizmet uzmanlarını içeren takım bazlı yaklaşım kullanılmalıdır (12,24,25).

Evin İçini Görmek: Sağlık görevlileri ve acil tıp teknisyenleri tipik olarak bir 112 aramasına cevap verirken bir hastanın evine girer. Evin muayenesi, çevrenin genel olanakları / güvenliği ve aynı zamanda suistimal kanıtı hakkında önemli bilgiler sağlayabilir (24,25).

İlk izlenimler: Bazı acil servislerde triyaj süreci kaldırılmasına karşın birçok büyük, işlevselliği çok fazla ve yoğun acil servislerde aile içi şiddette dahil olmak üzere ilk hasta değerlendirmesi

Tablo 5. Yaşlı istismarını belirlemede kullanılacak EASI ve AMA soruları (3)

<p>Elder abuse suspicion index-EASI/ Yaşlı Kötüye Kullanım Şüphesi İndeksi Sorular 1'den 5'e hasta tarafından cevap verilir. Soru 6 doktor tarafından cevaplandırılır.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Aşağıdakilerden herhangi biri için insanlara güveniyor muydunuz? Banyo, giyinme, alışveriş, bankacılık ve yemek?2. Gıda malzemeleri, giysiler, ilaçlar, gözlükler, işitme cihazları veya tıbbi bakımı veya sizinle birlikte olmak isteyen insanlarla olmanızı engelleyen biri var mı?3. Sizi rahatsız eden veya tehdit altında hissettiren bir şekilde konuştuğu için üzülen biri var mı?4. Size zorla kağıtlar imzalatmaya çalışan veya paranızı iradeniz dışında kullanmaya çalışan biri var mı?5. Sizi korkutan, sizi istemediğiniz veya fiziksel olarak zarar verici şekilde dokunan biri var mı?6. Doktor: Yaşlı istismarı zayıf göz teması, kötü beslenme, hijyen sorunları, kesikler, çürükler, uygun olmayan giysiler veya ilaçla uyumluluk sorunları gibi bulgularla ilişkili olabilir. Bunların herhangi birini, bugün veya son 12 ayda fark ettiniz mi? Hasta "evet", "hayır" veya "emin değilim" olarak cevap verebilir. 2 ile 6 arasındaki soruların bir veya daha fazlasına "evet" cevabı, istismar veya ihmalden şüpheli edilmelidir. <p>AMA-American Medical Assosiation/Amerikan Tıp Birliği Yaşlı İstismarı Tarama Soruları</p> <ol style="list-style-type: none">1. Onayınız olmadan hiç size dokunan oldu mu?2. Hiç kimseye yapmak istemediğiniz şeyleri yaptınız mı?3. Onayınız olmadan kimse sizinle zorla birlikte oldu mu?4. Size herhangi bir şekilde zarar veren veya yaralayan oldu mu?5. Sizi azarlayan veya tehdit eden var mı?6. Hiç anlamadığınız herhangi bir belgeyi imzaladınız mı?7. Evde korktuğunuz biri var mı?8. Sıklıkla evde yalnız kalıyor musun?9. Size göre bakımınızda yardımcı olan kişinin yardımında başarı durumu nasıl?

yapılmaktadır. Yaşlı istismarını taramak için çeşitli araçlar tanımlanmış ve kullanıma hazır hale getirilmiş olmasına karşın, bu araçların hiçbiri acil servisler için özel olarak tasarlanmamıştır. Yaşlı istismarı için bir acil servis tarama aracı geliştirilme süreci devam etmektedir (24,25).

Yatış Zamanı: Acil servislerde, hemşireler hastalarla bakım sırasında daha fazla vakit geçirebilir ve daha çok gözlem yapma fırsatına sahiptir. Bu bakım sırasında bir hastanın dikkatli ve eksiksiz muayenesi, yaşlı istismarı kanıtı sağlayan fiziksel bulguları ortaya çıkarabilir (8,12,24-26).

Yaralanma Modellerinin Belirlenmesinde Radyolojiden Yararlanma: Yaralanma ile başvuran birçok yaşlı acil servis hastası radyografik değerlendirme aldığı için, radyologlar istismar şüphesini tespitinde kritik rolde olabilir (27). Radyologların tespit çabalarına katkıda bulunmak için, acil servis hekimleri de, rapor edilen yaralanma mekanizmaları hakkında bilgi sağlamalı ve her türlü sistimal şüphesini bildirmelidir (24,25).

Sosyal Destek Sisteminin Değerlendirilmesi: Acil servislerde bazen 24 saat çalışan sosyal hizmet uzmanları ya da olgu yöneticileri varken, daha küçük acil servislerde hastanelerin diğer birimlerinden bu hizmet alınır. Bu bireyler, hastaların mali kaynaklarını danışma ve değerlendirme, destek sistemi ve hastaneye yatış alternatiflerini değerlendirmek için sosyal hizmet

ihtiyaçlarının değerlendirilmesi de dahil olmak üzere çeşitli rollere sahiptir. İdeal olanı, taburculuğu düşünülen tüm bağımlı geriatrik acil servis hastalarının sosyal hizmet değerlendirmesi almasıdır (24,25).

Ayrıca, acil servis çalışanları şunları yapabilir:

- Sağlık sektörü ve diğer sektörlerde yaşlı istismarının sağlık ve sosyal yükü konusunda farkındalığı artırmak,
- Yaşlı istismarı önlemek için kanıta dayalı müdahaleler geliştirmek ve test etmek,
- Cezai adalet, sağlık ve sosyal hizmetler gibi ileri yaşta kötüye kullanımı gidermek için diğer sektörlerle işbirliği yapmak (11).

Sonuç

Acil servis çalışanlarının yaşlı istismar ve ihmali ile sık karşılaşmalarına karşın az oranda belirledikleri, saptananların ise az rapor edildiği görülmektedir. Bu duruma büyük oranda acil servis sağlık çalışanlarının konuyla ilgili yeterince eğitim almamaları, bilgi eksikliği olması ve dolayısıyla kendini bu konuda yeterli hissetmemesi neden olmaktadır. Acil servis çalışanlarının; yaşlı istismarının önlenmesi, belirlenmesi ve raporlandırılmasında sorumlulukları büyüktür. Bu derleme, acil serviste sık karşılaşılan yaşlı istismarının görülmeyenin daha görünür hale gelmesine ve farkındalığı artırmaya katkı sağlayacaktır.

İletişim: Dr. Handan Çiftçi

E-posta: drhandanc@hotmail.com

Kaynaklar

1. Samancı Tekin Ç, Kara F. Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD) 2018; 3(1):219-29.
2. Ageing and health. Accessed 19 August, 2019, at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
3. Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. Clin Geriatr Med. 2013; 29(1):257-73.
4. Stark S. Blind, deaf, and dumb: Why elder abuse goes unidentified. Nurs Clin North Am. 2011; 46(4): 431-36.
5. Mandiracioglu A, Govsa F, Celikli S, Yildirim GO. (2006). Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. Arc Gerontol Geriatr., 2006;43(2): 267-76.
6. Güven Cebeci A. Acil servis sağlık çalışanlarının yaşlı ihmal ve istismarına yaklaşımları, bilgi düzeyleri ve tutumları. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2016, Ankara.
7. Elder abuse. Accessed 19 August, 2019, at https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/
8. Dong XQ. Elder abuse: Systematic review and implications for practice. J Am Geriatr Soc. 2015;63(6):1214-38.
9. Carmona-Torres JM, Carvalhal-Silva RM, Viera-Mendes MH, Recio-Andrade B, Goergen T, Rodríguez-Borrego MA. Elder abuse within the family environment in the Azores Islands. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2017; 25: e2932. doi: 10.1590/1518-8345.1871.2932.
10. Evans CS, Hunold KM, Rosen T, Platts-Mills TF. Diagnosis of elder abuse in US emergency departments. J American Geriatr Soc. 2017; 65(1): 91-7.
11. Elder abuse "the health sector role in prevention and response". Accessed 19 August, 2019, at https://www.who.int/ageing/media/infographics/EA_infographic_EN_Jun_18_web.pdf
12. Rosen T, Bloemen EM, LoFaso VM, Clark S, Flomenbaum NE, Lachs MS. Emergency department presentations for injuries in older adults independently known to be victims of elder abuse. J Emerg Med., 2016; 50(3): 518-26.
13. Ergin F. Aydın merkezinde yaşlı istismar/ihmal prevalansı ve ilişkili faktörler. in: 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Bursa: 2012, s:1079-81.
14. Stöckl H, Penhale B. Intimate partner violence and its association with physical and mental health symptoms among older women in Germany. J Interpers Violence. 2015; 30(6): 3089-3111.
15. Kılıç Öztürk Y, Düzenli E, Karaali C, Öztürk F. Physical violence among elderly: analysis of admissions to an emergency department. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derg., 2017; 23(1): 56-60.
16. Studies of elder abuse consequences. Accessed 19 August, 2019, at <http://apps.who.int/violence-info/elder-abuse/>
17. Indu PV. Mental health implications of elder abuse and domestic violence. Indian J Psychol Med., 2018; 40(6): 507-8.
18. Knight L, Hester M. Domestic violence and mental health in older adults. Int Rev Psychiatry., 2016; 28(5): 464-74.
19. Ziminski CE, Wiglesworth A, Austin R, Phillips LR, Mosqueda L. Injury patterns and causal mechanisms of bruising in physical elder abuse. J Forensic Nurs. 2013; 9(2): 84-91.
20. Phelan A. Elder abuse in the emergency department. Int Emerg Nurs., 2012; 20(4): 214-20.
21. Dong X, Simon MA. Association between elder abuse and use of ED: Findings from the Chicago Health and Aging Project. Am J Emerg Med. 2013; 31(4): 693-98.
22. Platts-Mills TF, Barrio K, Isenberg EE, Glickman LT. Emergency physician identification of a cluster of elder abuse in nursing home residents. Ann Emerg Med. 2014; 64(1): 99-100.
23. Stevens TB, Richmond NL, Pereira GF, Shenvi CL, Platts-Mills TF. Prevalence of nonmedical problems among older adults presenting to the emergency department. Acad Emerg Med. 2014; 21(6): 651-58
24. Rosen T, Hargarten S, Flomenbaum NE, Platts-Mills TF. Identifying elder abuse in the emergency department: toward a multidisciplinary team-based approach. Ann Emerg Med., 2016; 68(3): 378-82.
25. Rosen T, Alyssa Elman LMS, Mulcare M, Stern ME. Recognizing and managing elder abuse in the emergency department. Emergency Medicine, May 2017:200-7.
26. Ziminski CE, Phillips LR, Woods DL. Raising the index of suspicion for elder abuse: Cognitive impairment, falls, and injury patterns in the emergency department. Geriatric Nurs., 2012; 33(2): 105-12.
27. Murphy K., Waa, S., Jaffer, H, Sauter A, Chan A. A literature review of findings in physical elder abuse. Can Assoc Radiol J. 2013; 64(1): 10-4.

Özge Karakaya Suzan¹, Nursan Çınar²

DOI: 10.17942/sted.541754

Geliş/Received : 19.03.2019
Kabul/Accepted : 29.09.2019

Öz

Anne sütü bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun ve eş benzeri olmayan bir besindir. Doğumdan sonraki ortalama ilk 5 günde salgılanan süte "kolostrum" denir. Kolostrumun miktarı, görünümü ve içeriği daha sonra gelen olgun süttten farklıdır ve yenidoğanın ilk günlerdeki gereksinimlerini karşılaması açısından büyük önem taşımaktadır. Kolostrum, olgun süte kıyasla daha yüksek konsantrasyonlarda IgA, büyüme faktörleri ve diğer koruyucu bileşenlere sahiptir. Orofarenks ve bağırsaktaki lenfoid doku sayesinde, kolostrum bağışıklık gelişimini uyarır. Orofaringeal lenfatik doku uyarılması ve oral mikrobiyotanın gelişmesine katkı sağlamaktadır. Prematüre bebeklerin evrimsel olarak büyüme ve nörogelişimsel ihtiyaçları, en iyi anne sütünün sağlanması ile karşılanır. Bağışıklık güçlendirici faktörler, prematüre bebek doğuran annelerin kolostrumunda daha fazla yoğunlaşmıştır. Bu derleme de kolostrum: özellikleri ve prematüre bebeğe faydaları ele alınmıştır.

Anahtar sözcükler: Anne sütü, Kolostrum, Prematüre bebek, Hemşire

Abstract

Breast milk is the most appropriate and unique nutrient for healthy growth and development of infants. The milk secreted on average within the first 5 days after birth is called 'colostrum'. The amount, appearance and content of colostrum are different from the mature milk that is secreted later and colostrum is of great importance in terms of meeting the needs of the new-born during the first days. Colostrum has higher concentrations of IgA, growth factors and other protective components compared to mature milk. It stimulates the development of immunity due to oropharynx and lymphoid tissue in the bowel. It contributes to the stimulation of oropharyngeal lymphatic tissue and the development of oral microbiota. The evolutionary growth and neurodevelopmental needs of premature infants are ideally met by the provision of breast milk. The immune-enhancing factors are more concentrated in the colostrum of mothers giving birth to premature infants. Colostrum: its properties and benefits to the premature infant were discussed in this review.

Key words: Breast milk, Colostrum, Premature infant, Nurse

1 Arş. Gör.; Doktora Öğr. Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., Sakarya (Orcid No: 0000-0003-4526-4619)

2 Prof. Dr.; Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., Sakarya (Orcid No:0000-0003-3151-9975)

Giriş

Anne sütü bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için ideal ve eşi benzeri olmayan bir besindir (1). Anne sütünün en önemli özelliklerinden biri bebeğin gereksinimlerine uygun bir biçimde değişim gösteren dinamik bir yapıda olmasıdır. Anne sütünün içerdiği besin öğelerinin miktarları laktasyon dönemi boyunca (2), emzirmenin başından sonuna (3), gestasyonel yaşa göre (4) ve gün içerisindeki emzirme saatine göre değişiklikler gösterir (5). Annenin diyetinden, çevresel ve genetik faktörlerden etkilenir (6). Ayrıca term ve preterm bebeğe sahip annelerin sütlerindeki besin öğelerinin miktarları da farklılık göstermektedir (7,2). Bu nedenle anne sütü içeriğinden bahsedilirken sürekli değişen yapısı göz önüne alınmalıdır.

Meme başına yaklaşık 15-25 tane süt kanalı oluşmaktadır. Memelerin, alveoler epitel hücrelerinin sıkı bağlantıları laktasyon sırasında sızdırmaz özelliktedir ve bu nedenle sütün emzirme süreleri arasında lümeninden sızıntısı olmadan depolanmasına izin verir (8). Memelerin gelişimi ve laktasyonda başlıca 6 hipofiz hormonu rol oynamaktadır. Bu hormonlar büyüme hormonu, prolaktin, folikül stimulan hormon, lüteinizan hormon, adrenokortikotropik hormon, tiroid stimulan hormondur. Bu hormonların etkisi ile daha gebeliğin başlarında laktasyon için hazırlık başlamaktadır. Gebeliğin ikinci trimesterinde yaklaşık 16. Haftasında kolostrum üretilmeye başlar (9).

Doğumdan sonraki ortalama ilk 5 günde salgılanan süte "kolostrum" denilir. 6-15 günler arasında "geçiş sütü", 15. günden bebek süttten kesilene dek "olgun süt" salgılanır (10). Kolostrum kendine özgü kokusu ve lezzeti olan ve hafif kırmızimsı sarı bir renge sahiptir. Kolostrumun miktarı, görünümü ve içeriği daha sonra gelen olgun süttten farklıdır ve yenidoğanın ilk günlerdeki gereksinimlerini karşılaması açısından büyük önem taşımaktadır. Bir öğünde üretilen miktar 2-20 ml, günlük miktar 10-100ml arasında değişmektedir (11). Bu durum annelerin bebeklerinin doyup doymadığı konusundaki endişelerini artırabilir. Yenidoğan bebeğin mide kapasitesi doğduğunda küçüktür, günler içinde artar. Bebeğin mide kapasitesi yaklaşık olarak, ilk gün 5-7 ml (kiraz/ cam bilye), üçüncü gün 22-27 ml (ceviz), birinci hafta 45- 60 ml (kayısı/pinpon topu), birinci ay 80-150 ml (büyük bir yumurta)

olarak kabul edilir. Bu sebeple kolostrum miktarının ilk günlerdeki bebeğin mide kapasitesine uygun, sıvı gereksinimini karşılamak için yeterli olduğunun ebeveynlere açıklanması gerekmektedir (12). Kolostrumun enerji içeriği 67 kcal/dl.dir. Dansitesi 1040-1060, pH'ı 7.7 dir. Kolostrumda protein düzeyi 2.2 gr.dır. İçerdiği kazeinin sindirimi kolaydır ve mideyi çabuk terk eder. Yenidoğan için gerekli bir amino asit olan taurin kolostrumda 3-7. günler arasında 400nmol/ml düzeyine erişir (13). Anne sütü ile beslenen bir yenidoğan inek sütü ile beslenenlere kıyasla 7-8 misli taurin almaktadır. Laktaz yapımı yeni başladığından düşük laktozlu olan besini bebek daha kolaylıkla sindirir. Oksidatif zararlara ve hemorajik hastalığa karşı koruma amacı ile antioksidan ve kinonlar içermektedir. İmmatür bebekler için de en uygun besindir (14). İlk günlerde salgılanan kolostrum dediğimiz sütte 2.2 gr/ dl protein varken, 15 gün sonra salgılanan olgun sütte 1.1 gr/dl protein bulunmaktadır. Çünkü ilk günlerde bebeğin mikroplara karşı ciddi korunmaya ihtiyacı vardır. Kolostrum olgun süte göre daha az yağ ve karbonhidrat, daha fazla protein, sodyum, potasyum, magnezyum, çinko, vitaminler ve klorür içerir. Kolostrum, geçiş sütü ve olgun sütün bazı bileşenlerinin değerleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Çalışmalar, kolostrumun, laktoferrin, lizozim ve IgA gibi olgun süte kıyasla daha yüksek bağışıklığı güçlendirici maddeler içerdiğini doğrulamıştır (15,16,17,18,19,20). Bu nedenle, prematüre bebeklerin olanaklıysa doğar doğmaz kolostrum almaları bebekler için daha fazla immünolojik destek sağlayacaktır (15). Bunun yanında B ve C vitaminleri yönünden kolostrum oldukça zengindir. Kolostrumun normal süte dönüşümü yaklaşık beş gün sürer. Bu süre içinde protein, kalsiyum, fosfor ve klor

Tablo 1. Laktasyonun farklı evrelerinde anne sütünün içeriği

	Kolostrum*	Geçiş sütü*	Olgun süt*
Protein	2.2	0,9	1.1
Laktoz	4,1-5,8	5,4	6,8
Glukoz	0,2-1		0,2-0,3
Oligosakkarit	2,4	3-4	1,3
Lipit	2-3		3-5
IgA(g/l)	20/30		0.5-1
Enerji (kcal)	67		65
Taurin (µ gr/dl)	40		30
Dansite	1040-1060		1031
pH	7.7		6.97

*(g/100ml)

konsantrasyonları azalır, laktz ve su oranları. Kolostrum, laksatif ve proteinleri parçalayıcı etkisi ile mekonyumun çıkışını kolaylaştırarak mekonyum ileusunu önler (21).

Büyüme faktörlerinin konsantrasyonu kolostrumda yüksektir. Epidermal büyüme faktörü, transforming büyüme faktörleri, sinir büyüme faktörü, insüline benzer büyüme faktörü, meme kaynaklı büyüme faktörü, eritropoetin, taurin, etanolamin, fosfoetanolamin, interferon başlıcalarıdır (10) ve içerdiği büyüme faktörleri ile immatür bağırsakların olgunlaşmasını düzenler (7,22). Bu eşsiz besin, bebeğin ilk aşısı olarak nitelendirilmektedir.

Kolostrum İle Oral İmmün Terapi

Anne sütünün benzersiz özellikleri yenidoğana "immünolojik, anti-enfektif, antiinflamatuvar, epigenetik ve mukozal membran koruma özellikleri sağlar (23). Kolostrum, olgun anne sütüne kıyasla daha yüksek konsantrasyonlarda IgA, büyüme faktörleri, laktoferrin, anti-enflamatuar sitokinler, oligosakaritler, antioksidanlar ve diğer koruyucu bileşenlere sahiptir (24). Kolostrumun bağışıklık tedavisi olarak nasıl çalıştığına temelini açıklayan bir makalede, Rodriguez ve ark. (2009) Kolostrum bileşiminin, olgunlaşmamış yenidoğan bağışıklık sistemini priyotik bir mekanizma ile nasıl uyardığını ayrıntılı olarak anlatmıştır(25) (26). Orofarenks ve bağırsaktaki lenfoid doku sayesinde, kolostrum bağışıklık gelişimini uyarır. Bebekler orogastrik sonda ile beslendiklerinde, anne sütünün immün yararları, alfa-böbrek mukozasına bağlı lenfoid dokuya tutunur. Orofarengeal olarak verildiğinde, kolostrumdaki sitokinler, ağızdaki lenfoid dokudaki lenfoid hücrelerle etkileşime girer. İmmünolojik faktörlerin oral mukoza yoluyla emilmesi, bağışıklık sistemini sistemik olarak uyarır ve bağırsaktaki mukozal farklılaşmayı destekleyerek koruyucu bağırsak bağışıklık bariyeri gelişir. Entübe edilmiş bebekler için ağız bakımı şeklinde kolostrumun sağlanması bir yöntem olarak önerilmiştir. Orofaringeal lenfatik doku uyarılması ve oral mikrobiyotaların gelişmesine katkı sağladığı da literatürde belirtilmiştir (27,28). Hem oralfaringeal mukoza ile ilişkili lenfoid dokunun hem de bağırsakla ilişkili lenfoid dokunun uyarılması, immün gelişiminde önemlidir (29).

Laktoferrin, kolostrumda yüksek konsantrasyonlarda bulunan önemli bir

proteindir; Bir anne erken doğum yaptığında bu seviyeler daha da yükselir (30). Kolostrumda bulunan bir glikoprotein ve oligosakarit (yani, prebiyotik) olan laktoferrin, çok çeşitli fizyolojik normları korumak için doğal immün tepkisini destekler. Antimikrobiyal, antiinflamatuvar ve immünomodülatör fonksiyonlara sahiptir (31). Laktoferrinin, alt solunum yolu enfeksiyonlarının görülme sıklığını, diyare süresini, rotavirüs enfeksiyonunun ciddiyetini azalttığı gösterilen birkaç klinik çalışma yapılmıştır (32,33). Bu hassas popülasyon için anne sütünün yararına dair önemli kanıtlara karşın, yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bu bebekler için emzirme oranları sınırlıdır (34). Ebeveynler yeni doğmuş bebeklerine serbestçe dokunamadıklarında ya da yanında olmadıklarında yeterli süt üretimini sağlamak için gerekli sağma rejiminin sürdürülmesi son derece zordur. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynler bebeklerinin yaşamı için endişelenmenin yanı sıra, anne, yeterli süt tedariki oluşturmak ve süt üretimini sürdürmek için her gün en az 8 kez sağım yapan mekanik bir göğüs pompasına güvenmek zorundadır (35).

Kolostrum İle Oral İmmün Terapi Prosedürü

Anne sütünün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yenidoğanlara erken verilebilmesi için önerilen yollardan biri, oral bağışıklık tedavisi olarak anne kolostrumunun kullanılmasıdır. Bu derlemede çalışmaların protokollerinin birleştirilmesinden oluşturulmuş bir "oral bağışıklık tedavisi olarak kolostrum" protokolü Tablo 2'de gösterilmektedir. Anne kolostrumunun orofarengeal uygulaması enteral beslenme olarak verilmez ve bebeğin yutması gerekmeyecek kadar küçük hacimlerde dir. Ağız boşluğundaki emilim için ağız mukozasına küçük bir miktar süt (tipik olarak 2 yanak arasında bölünmüş 0,2 mL) konulur. Anne sütünün her uygulaması için steril bir pamuklu çubuk ya da oral aplikatör kullanılır. Bir hemşire, dil, diş etleri ve yanak içi dahil olmak üzere ağız içine nazikçe sürer. En ideali kolostrumun anneden alınır alınmaz uygulanması ve mümkün olduğunca bu biçimde tercih edilmelidir. Protokollerin çoğu, her 3 ila 4 saatte bir anne sütüyle ağız bakımını önerir (29).

Prematüre Bebekler Üzerinde Etkisi

Dünya'da her 10 bebekten 1'i erken doğmakta (35) ve çok düşük doğum ağırlıklı (<1500 g) doğanların %30'u, yaşamları boyunca nörolojik,

Tablo 2. Oral immün tedavi protokolü olarak önerilen kolostrum

<ol style="list-style-type: none">1. Anneden taze sağılmış ya da buzdolabında saklanan kolostrumu elde edin2. Kolostrum alınan kişinin kimliği ile bebeğin kimliğinin aynı olduğunu doğrulayın.3. Ellerinizi yıkayın ve eldivenleri giyin4. Kolostrumu steril bir pamuklu çubuğa batırın (yaklaşık 0.2 mL).5. Dil, diş etleri ve iç yanağına kolostrum ile nazıkçe sürün6. Enteral beslenme yapılsa bile her 3-4 saatte bir işlemi tekrarlayın (41-43,44)	<ol style="list-style-type: none">1. Anneye anne sütü toplama kapları verin ve annele-re kolostrum hacmini artırmak için elle sağmayı öğretin.2. Kolostrumun konulduğu kabı etiketleyin3. Mümkün olduğunca taze kolostrum kullanın4. HMBANA hastanede yatan bebekler için yalnızca 48–96 saat boyunca buzdolabının rafında soğutulmasını tavsiye eder (45)5. <0.2 mL kolostrum mevcutsa, az miktarda steril su ile karışabilir6. Kolostrum oral immün tedavi olarak uygulandığında hemşire notuna kayıt edin7. Ebeveynlerin mümkün olduğunda bu işlemi yapmasını tavsiye edin
--	--

Kısaltma: HMBANA, Kuzey Amerika İnsan Sütü Bankacılığı Birliği. Meier ve arkadaşları, 2010 ve Spatz ve Edwards, 2009'un önerileriyle sentezlendi

gastrointestinal ve solunum sistemi sorunları ile sağlığını etkileyen istenmeyen komplikasyonlar yaşamaktadır. Ancak Prematüre bebekler, kritik yetişkin hastaların sahip olamadığı, kolostrum ile başlayan kendi annelerinin sütüyle olağanüstü bir tedavi şansına sahiptirler (36). Prematüre bebeklerin evrimsel olarak büyüme ve nörogelişimsel ihtiyaçları, en iyi anne sütünün sağlanması ile karşılanır (37).

Kolostrum, doğumdan sonraki ilk birkaç günde, meme epitelindeki sıkı bağlantıların açık olduğu zamanlarda üretilen süttür (29). Doğum yapan kadınlar için meme epitelindeki sıkı bağlantılar genellikle doğumdan sonraki ilk günden sonra kapanır, preterm doğum yapan kadınlarda bu kapanma çok daha erkendir. Sonuç olarak, bağışıklık koruyucu faktörler, prematüre bebek doğuran annelerin kolostrumunda daha fazla yoğunlaşmıştır (38,28). Yenidoğanın bağışıklık sisteminin gelişimini ve immün sisteminin gelişmesine olanak sağlar (29). Anne sütü ile beslenme, özellikle yaşamın ilk 14 ila 28. günlerinde etkinse, enteral beslenmeye ilerlemeyi iyileştirerek ve güçlü immüno-besleyici beslenmeyi sağlayarak yenidoğan komplikasyonlarını azaltır. Erken doğmuş ve yüksek riskli yenidoğanların beslenme yönetiminde anne sütünün önemi Amerikan Pediatri Akademisi tarafından bebeklerde mükemmel ilk bağışıklık uyarıcısı olduğu bildirilmiştir (39). Çok düşük doğum ağırlıklı bebekler ağızdan beslenemeyen bebekler, anne sütü kontrendike olmadığı sürece kolostrumun

immünolojik faydalarını alabilir (36). Kaliforniya'da yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde anne sütü ile beslemeyi artırmak için tasarlanan kanıta dayalı bir çalışmada, kolostrum verilen prematürelere oral immün tedavisi, Nekrotizan Enterekolit (NEK) oranları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş göstermiştir (40). Bağışıklık sistemini harekete geçiren kolostrum, tüm memelilerin steril fetal yaşamdan enfeksiyon bakımından zengin extrouterin ortama uyum sağlamak zorunda oldukları neonatal geçişi kolaylaştırır (41).

Prematüre bebeklerde ilk saatlerden itibaren kolostrum almasını sağlayacak biçimde elle sağılarak bebeğin ağızına verilen birkaç damla kolostrum bile yaşamsal önem taşımaktadır. Kolostrum ile ağız bakımı ve minimal enteral beslenme desteği en küçük ve en hasta bebekler için bile çok önemlidir(42). Gebelik haftası <32-34 hafta olan prematürelere, emme/yutma disfonksiyonu olanlar ya da ağızdan beslenemeyenler, hastalık ya da medikal nedenlerle oral alamayanlar, solunum sayısı 60-80/dk arasında olan RDS'li bebekler, ağızdan yetersiz beslenenlerde orogastrik ya da nazogastrik sonda ile anne sütü alabilir. Enteral beslenmesinin kesilmesi gereken bazı durumlar ise; ağır solunum sıkıntısı (SS>80/dk), konjenital malformasyonlara bağlı GİS obstrüksiyonları, NEK tanısı, Yüksek inotrop tedavi desteği gerektiren hemodinamik düzensizlik ve şok tablosudur. Düşük riskli ve gestasyon haftası >32 hafta olan bebeklerde anne sütü verilmeye başlanabilir.

Ancak riskli ve 32 haftadan küçük bebeklerde minimal enteral beslenme (MEB) ile beslenmeye başlanması gerekir. Amaç bebeği değil barsağı beslemektir. İlk tercih anne sütü (kolostrum)dur. Anne sütü 24- 48 saat beklenebilir. İkinci seçenek pastörize edilmiş donör anne sütüdür. MEB en uzun 5-7 gün sürmeli, zorunluluk yok ise enteral beslenmeyi erken olarak artırmaya başlamalıdır. Hastanede enteral beslenen prematüre bebekte emzirmeye geçiş sürecinin yönetimi çok önemlidir. Anne sütünün term bebeklere olduğu gibi prematüre bebeklere de yakın ve uzun dönemde sağladığı üstünlükler tartışmasızdır. Yalnızca anne sütü ile beslenen prematürelerde NEK riskinin anlamlı ölçüde azaldığını bildiren pek çok çalışma vardır. Yine yalnızca anne sütü alan prematürelerin tam enteral beslenmeye daha hızlı ulaştıkları, hastanede daha kısa süre kaldıkları ve nörogelişimlerinin daha iyi olduğu da bildirilmiştir. Bu nedenle tüm prematürelerin anne sütü ile beslenmesi hedeflenmelidir. 28-31 haftalardaki prematüre bebeklerde ara ara etkin olmayan emme çabası vardır. Solunum ve yutma hareketleri koordine değildir. Anne sütü orogastrik beslenme ile verilmeye uygundur. 32-34 haftalardaki prematüreler memeyi alabilir ancak emme çabası zayıftır. Bazı beslenmelerde ya da beslenmelerin bir bölümünde annenin memesine verilebilir. 33-35 haftalarda, memeyi alır ve kavrar. Düzenli emme dönemleri uzun bekleme süreleri ile olmaktadır. Solunum ve yutma hareketleri koordine değildir. Beslenmenin bir kısmını ya da tamamını annenin memesinden emerek alabilir. 34-36 haftalarda prematüre bebeklerin memeden etkili bir biçimde emme yeteneği vardır (42).

Preterm sütte başlangıçta protein, yağ, serbest amino asitler ve sodyum oranı daha yüksektir, ancak doğumdan sonraki ilk birkaç hafta sonra bu seviyeler düşer (4,43). Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde genellikle düşük plazma ve A ve E vitaminleri vardır. Yağda çözünen bu vitaminler, büyüyen prematüreler için hayati öneme sahip besinlerdir (44). Doğumdan sonraki ilk birkaç gün içinde salgılanan süt kolostrum, olgun süttten daha fazla yağda çözünen vitamin içerir. Prematüre bebekler enfeksiyon riski ve yüksek oksijene konsantrasyonuna maruz kaldıklarından dolayı, bu bebeklerin bağışıklık sistemlerini uyarmak ve onları oksijen toksisitesinden korumak için bu vitaminleri bol miktarda içeren kolostrumu almalıdırlar (45,46).

Sürekli anne sütü beslemelerinin özellikle prematüre bebeklerde, nekrotizan enterokolit (NEK), sepsis, prematüre retinopatisi (ROP), bronkopulmoner displazi (BPD), beslenme intolerans ve nörogelişimsel bozukluk gibi yaygın yenidoğan komplikasyonlarının sıklığını ve şiddetini azalttığı gösterilmiştir (47,48). Kolostrumun bebeğe olan faydaları arasında, belki de en ilgi duyulana, yüksek prevalansı (doğum ağırlığı <1500 g olan tüm bebeklerin% 5 ila% 10'u), yüksek ölüm oranı ve uzun süreli morbiditeye neden olan, NEK'de gözlenen azalmadır (43).

Hemşirenin Yenidoğan Beslenmesindeki Rolü

Hemşirelerin, prematüre annelerine ilk günden itibaren öncelikle şu mesajı verecek biçimde eğitilmiş olmalarının emzirme oranını anlamlı biçimde yükselttiği bildirilmektedir (42). "Senin sütün ilaçtır, bebeğini YYBÜ'deki yatışı ve sonrasında geliştirecek pek çok sağlık sorunundan ve komplikasyonlardan korur". Prematüre bebek doğuran/doğuracak annelere antepartum/intrapartum/postpartum dönemdeki görüşmelerle tecrübeli bir eğitim hemşiresi tarafından ziyaret yapılmalı ve kolostrumun sağladığı sayısız yararlarından bahsedilmeli, emzirme ve süt sağma konularında eğitim verilmelidir. Emzirme desteği postnatal dönemde de sürmelidir. Annenin sütünü ünitelerde sağması için uygun ortam sağlanmalıdır. Anne taburcu edildikten sonra sağma işlemine evde devam etmelidir. Prematüre bebeklerde ilk saatlerden itibaren kolostrum almasını sağlanmalı, anne bu konuda teşvik edilmelidir.

Sonuç olarak kolostrumun yadsınamaz yararları göz önüne alındığında, prematüre bebekler yaşamın ilk günlerinde kolostrum ile beslenmelidir (44). Emzirme oranları, özellikle anne sütünün koruyucu etkilerinden büyük ölçüde faydalanabilecek prematüre bebekler arasında yetersiz kalmaktadır (49). Anne hastanede yatan bebeğini ne kadar çok ziyaret eder ve cilt temasını (kanguru bakımı) artırırorsa, anne sütünün bebeğine benzersiz bir koruma sağlaması daha olasıdır (29). Bu bilgiler ışığında; kolostrum, bebeğe laktasyon döneminde ve ileriki yaşamında sayılamayacak kadar çok faydası olan doğal bir besindir ve pediatri hemşirelerinin anneleri bu konuda bilgilendirmesi önemlidir.

İletişim: Özge Karakaya Suzan

E-posta: ozgekarakayasuzan@sakarya.edu.tr

Kaynaklar

1. Menekşe D, Çınar N. Çoğul Bebeklerde Emzirme Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing Special Topics 2017; 3(2): 91-103.
2. Bauer J, Gerss J. Longitudinal analysis of macronutrients and minerals in human milk produced by mothers of preterm infants. *Clinical Nutrition* 2011; 30: 215-220. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.08.003>
3. Karatas Z, Aydogdu SD, Dinleyici EC, Colak O, Dogruel N. Breastmilk ghrelin, lepin and fat levels changing foremilk to hindmilk: is that important for self-control of feeding? *European Journal of Pediatrics* 2011; 170: 1273-1280. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1438-1>
4. Selimoğlu MA. Sağlıkta ve hastalıkta çocuk beslenmesi. İstanbul: Ömür Matbaacılık A.Ş.; 2014.
5. Kociszewska NB, Borek DB, Szpotanska SM, Wilkos E, Pietrzak B, Wielgos M. The creatinocrit, fat and energy concentration in human milk produced by mothers of preterm and term infants. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2012; 25: 1599-1602. <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.648239>
6. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the medical profession*. 7th ed. Missouri: Mosby; 2011.
7. Castellote C, Casillas R, Ramirez-Santana, C, Perez-Cano FJ, Castell M., Moretones MG. Premature delivery influences the immunological composition of colostrum and transitional and mature human milk. *The Journal of Nutrition* 2011; 141: 1181-1187. <https://doi.org/10.3945/jn.110.133652>
8. Onat, D. Meme anatomisi ve fizyolojisi. Temel cerrahi el kitabı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2009.
9. Shed M, McKinney ES, Gorrie T. *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*. St Louis, MO: Saunders Elsevier; 2006.
10. Topal S, Çınar N, Altınkaynak S. Süt çocukluğu döneminde beslenme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016; 6(1): 63-70.
11. Neyzi O, Ertuğrul T. *Sağlıklı Çocuğun Beslenmesi*. Pediatri (3. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002.
12. Bilgen NKPDH, Türkyılmaz C. *Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi*; 2018. Erişim adresi: http://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2016/12/premature_rehber_2018.pdf
13. Santoro JW, Martinez FE, Ricco RG, Jorge SM. Colostrum ingested during the first day of life by exclusively breastfed healthy newborn infants. *The Journal of pediatrics* 2010; 156(1): 29-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.07.009>
14. Şahin MG. & Balkaya NA. 0-6 aylık bebeği olan annelerin anne sütünü artırmaya yönelik geleneksel uygulamaları, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 14(1) : 31 – 41. Erişim adresi: http://meandrosmedicaljournal.org/makale_9205/0-6-Aylik-Bebegi-Olan-Annelerin-Anne-Sutunu-Artirmaya-Yonelik-Geleneksel-Uygulamalari
15. Hsu YC, Chen CH, Lin MC, Tsai CR, Liang JT, Wang TM. Changes in preterm breast milk nutrient content in the first month. *Pediatr Neonatology* 2014; 55; 449-454. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2014.03.002>
16. Lee J, Kim HS, Jung YH, Choi KY, Shin SH, Kim EK, Choi JH. Oropharyngeal colostrum administration in extremely premature infants: An RCT. *Pediatrics* 2015; 135; 357-366. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2004>
17. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR . Protection, promotion and support of breast-feeding in europe: Current situation, *Public Health Nutrition*, 2005; 8(1): 39- 46. <https://doi.org/10.1079/PHN2004660>
18. Hamprecht K, Rangmar G, Maschmanne J. Breast Milk and Cytomegalovirus Infection in Preterm Infants, *Early Human Development*, 2005; 81(12): 989-996. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.10.009>
19. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemireliği*, 8. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, s: 284-285, Ankara, 2007.
20. Toprak İ, Bunsuz O, Şentürk Ş. *Toplumun Beslenmede Bilinglendirilmesi Yeterli ve Dengeli Beslenme*, 2. baskı, Onur Matbaacılık, Ankara, 2002
21. Leifer, G. *The family after birth. Introduction to maternity and pediatric nursing*. Elsevier Saunders; 2010.
22. Hassiotou F, Hepworth AR, Metzger P, Lai CT, Trengove N, Hartmann PE, Filgueria L. Maternal and infant infections stimulate a rapid leukocyte response in breastmilk. *Clinical & Translational Immunology* 2013; 2(4); e3. <https://dx.doi.org/10.1038%2Fcti.2013.1>
23. Meier PP, Engstrom JL, Patel AL, Jegier BJ, Bruns NE. Improving the use of human milk during and after the NICU stay. *Clinics in Perinatology* 2010; 37(1): 217-245. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2010.01.013>
24. Rodriguez NA, Meier PP, Groer MW, Zeller JM. Oropharyngeal administration of colostrum to extremely low birth weight infants: theoretical perspectives. *Journal of Perinatology* 2009; 29(1): 1-7. <https://dx.doi.org/10.1038%2Fjfp.2008.130>
25. Rodriguez NA, Groer MW, Zeller JM, Engstrom J, Fogg L, Du H, Caplan M. A randomized controlled trial of the oropharyngeal administration of mother's colostrum to extremely low birth weight infants in the first days of life. *Neonatal Intensive Care* 2009; 24(4): 31-35. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs13063-015-0969-6>
26. Riordan J, Wambach K. *Breastfeeding and human lactation* (4th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2010.
27. Moreno FJ, Sánchez MB, Serrano LL, Martín AE, Diaz CJ, Peña CM, Hurtado-Suazo, J.A. Enhancement of immune response mediated by oropharyngeal colostrum administration in preterm neonates. *Pediatric Allergy and Immunology* 2018; 30(2): 234-241. <https://doi.org/10.1111/pai.13008>

28. Zhang Y, Ji F, Hu X, Cao Y, Latour JM. Oropharyngeal colostrum administration in very low birth weight infants: A Randomized Controlled Trial. *Pediatric Critical Care Medicine* 2017; 18(9): 869-875. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001221>
29. Gephart SM, Weller M, Gephart S. Colostrum as oral immune therapy to promote neonatal health. *Advances in Neonatal Care* 2014; 14(1): 44-51. <https://doi.org/10.1097/ANC.000000000000052>
30. Sherman MP. Lactoferrin and necrotizing enterocolitis. *Clinics in Perinatology* 2013; 40(1): 79-91. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2012.12.006>
31. Tarnow MW, Isaacs D, Dutta S. Adjunctive immunologic interventions in neonatal sepsis. *Clinics in Perinatology* 2010; 37(2): 481-499. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2009.12.002>
32. Manzoni P, Mostert M, Stronati M. Lactoferrin for prevention of neonatal infections. *Current Opinion in Infectious Diseases* 2011; 24(3): 177-182. <https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e32834592e6b>
33. Pammi M, Abrams SA. Oral lactoferrin for the prevention of sepsis and necrotizing enterocolitis in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (10): CD007137. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007137.pub4>
34. Maia C, Brandao R, Roncalli A, Maranhao H. Length of stay in a neonatal intensive care unit and its association with low rates of exclusive breastfeeding in very low birth weight infants. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2011; 24(6): 774-777. <https://doi.org/10.3109/14767058.2010.520046>
35. Demir T, Susuz Ç, Tufan M, Şengelen M. 17 Kasım dünya prematürite günü. hıtf halk sağlığı ad toplu için bilgilendirme serisi-; 2017 [Internet] <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/Erisim:10.02.2019>
36. Patel AL, Johnson TJ, Engstrom JL, Fogg LF, Jegier BJ, Bigger HR, Meier PP. Impact of early human milk on sepsis and health-care costs in very low birth weight infants. *Journal of Perinatology* 2013; 33(7): 514-519. <https://doi.org/10.1038/jp.2013.2>
37. Martin J, Hamilton B, Ventura S, Osterman MJ, Wilson EC, Mathews TJ. Births: final data for 2010. *National Vital Statistics Reports* 2012; 61(1): 1-100. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24974589>
38. Sohn K, Kalanetra KM, Mills DA, Underwood MA. Buccal administration of human colostrum: impact on the oral microbiota of premature infants. *Journal of Perinatology* 2016; 36: 106-111. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.157>
39. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129(3): 827-841. <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827>
40. Lee HC, Kurtin PS, Wight NE, Chance K, Cucinotta FT, Hanson TA, Nisbet C. A quality improvement project to increase breast milk use in very low birth weight infants. *Pediatrics* 2012; 130(6): 1679-1687. <https://dx.doi.org/10.1542/2Fpeds.2012-0547>
41. Rasmussen SO, Martin L, Østergaard MV, Rudloff S, Li Y, Roggenbuck M, Bering, S.B. Bovine colostrum improves neonatal growth, digestive function, and gut immunity relative to donor human milk and infant formula in preterm pigs. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology* 2012; 311(3): 480-491. <https://doi.org/10.1152/ajpgi.00139.2016>
42. Türkyılmaz, C., Bilgen, H., & Kültürsay, N. Türk Neonatoloji Derneği prematüre bebeklerin parenteral beslenmesi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi*, 53(Supp: 1), 119-127,2018.
43. Underwood MA. Human milk for the premature infant. *Pediatric Clinics* 2013; 60(1): 189-207. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.pcl.2012.09.008>
44. Fares S, Sethom MM, Khouaja MC, Jabnoun S, Feki M, Kaabachi, N. Vitamin A, E, and D deficiencies in Tunisian very low birth weight neonates: prevalence and risk factors. *Pediatr Neonatology* 2014; 55: 196-201. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2013.09.006>
45. Fares S, Sethom MM, Kacem, S, Ksibi I, Feki M, Jebnoun S, Kaabachi N. Retinol and alpha-tocopherol in the colostrum of lactating Tunisian women delivering prematurely: Associations with maternal characteristics. *Pediatrics & Neonatology* 2016; 57(2);:120-126. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2015.06.003>
46. Szlagatys SA, Zagierski M, Jankowska A, Łuczak G, Macur K, Baczek T, Kamińska B. Longitudinal study of vitamins A, E and lipid oxidative damage in human milk throughout lactation. *Early Human Development* 2012; 88: 421-424. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.10.007>
47. Spiegler J, Preuß M, Gebauer C, Bendiks M, Herting E, Goßpel W. Does breastmilk influence the development of bronchopulmonary dysplasia? *The Journal of Pediatrics* 2016; 169: 76-80.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.10.080>
48. Zhou J, Shukla VV, John D, Chen C. Human milk feeding as a protective factor for retinopathy of prematurity: a metaanalysis. *Pediatrics* 2015; 136: 1576-1586. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2372>
49. Snyder R, Herdt A, Mejias, CN, Ladino J, Crowley K, Levy P. Early provision of oropharyngeal colostrum leads to sustained breast milk feedings in preterm infants. *Pediatrics & Neonatology* 2017; 58(6): 534-540. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.04.003>



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 yazmadan 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.