

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

TEMMUZ | JULY
AĞUSTOS | AUGUST
2020 | 2020
CİLT 29 | VOLUME 29
SAYI 4 | ISSUE 4

4





Kurucu Editörler / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Editör/ Editor

Prof. Dr. Orhan Odabaşı

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Dr. Aylin Sena Beliner

Hakem Kurulu / Advisory Board

Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer
Dr. Durmuş Evcüman
Prof. Dr. Hamit Hancı
Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan
Doç. Dr. Hülya Yardımcı

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova
Dr. Ali Süha Çalikoğlu
Prof. Dr. Zelal Ekinci
Prof. Dr. Şükrü Hatun
Prof. Dr. Nural Kiper
Prof. Dr. Serdar Kula
Prof. Dr. Figen Şahin
Dr. Emrah Şeyhoğlu
Prof. Dr. S. Songül Yalçın
Dr. Öğr. Üyesi 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 Tarih: Eylül 2020



Merhaba,

İnsana zor gelir. Çaba gösterirsin. Karşılığını alamazsın. Emeğine değer verildiğini bilirsin. Yine de güç toplamak için hem de öyle sabahları kalktığında değil, gün içinde bir çok kez tükendiğini hissettiğinde, vücudun uyarı verdiğinde ... "Biliyorum benim için, bizim için çalışıyorsun. Ağrımı dindiriyor. Nefesime güç katıyor, bana dayanma gücü veriyorsun. Sağ ol." diyen, gözlerinde "farkındayım" diyen bakışı ...

Zor zamanlar, geçecek. Bugünleri birlikte aşacağız. Söylemleri, umudu diri tutmakla darda kaldığında uzanılacak bir el mesafesinde kalmakla bir yere kadar...

Böylesi günleri daha önce de yaşadık. Depremde, doğal felaketlerde, doğal olmayan felaketlerde, bulaşıcı hastalıklarda bir sağlık kuruluşunda, bir bölgede ... Hekimlik, sağlık çalışanı olmak bu durumla içiçe olma, bir bakıma başedebilme becerisi ...



Fotoğraf: Kamile Kurt
TTB-STED Fotoğraf yarışması arşivinden

En yakınlarımız, ailemiz bile, bu özel – zor - tüketici anlarda yaşadığımız zorlukları bilmedi. Onların bizi dert etmesini, kaygılanmasını, bizim için üzülmelerini, istemedik. İçimizde önlem aldık, çözdük – çözemedik. Zorda olana, acısı olana yardım ettik. Acılarını - yoksunluklarını dindirmeye çabaladık, çabalıyoruz, çabalayacağız...

Şimdi farklı. Çok farklı. İnsanlar ölüyor. Her gün ölüyor. Her an ölüyor. Dünyada insanlar ölüyor. Her yerde ölüyor. İnsanlar her gün daha çok ölüyor.

Sosyal medyada "baş sağlığı ve sabır dilemekten" yorulduk. Dönem arkadaşlarımız, alt devrelerimiz, değerli hocalarımız, genç meslektaşlarımız ölüyor. Dahası gençler, öğrencilerimiz, geleceğimiz ölüyor.

Çalışma arkadaşlarımız, sevdiklerimiz, tanıdıklarımız, tanıdıklarımızın yakınları ölüyor. Bir hastalığı olanlar – olmayanlar, yaş almışlar - daha çok yaş alacaklar ölüyor.

Yıllar önce babaannem, televizyonun evlerimize yeni yeni girdiği günlerde birkaç gün önce bir film de öldüğü için çok üzüldüğü oyuncuyu, başka bir filmde canlı, kanlı karşısında görünce çok şaşırmıştı. "Evladım, bu çocuk geçen salı akşamı ölmemiş miydi?" dediğini anımsıyorum, aldatılmışlık duygusuyla.

Ölenleri birer sayı görenleri, ölenlerin sayısı bir kaç azaldığında anlık iyimserliğe kapılanları, çok zor koşullar altında çalışanları, taşıyıcı olurum korkusuyla sevdiklerinden – çocuklarından, anne babalarından - ırak kalanları, dramatik bir dizinin senaryosu gibi seyredenlere, "yakınlarından – sevdiklerinden birilerini kaybetmeden" daha da geç olmadan gözlerini açmalarını, "Bana – bize bir şey olmaz!" duygusundan – düşüncesinden sıyrılarak akıllarını başlarına toplamalarını diliyoruz.

Zor değil, hiç ama hiç zor değil. Bir kez olsun şaşırtın - şaşıralım. Şaşırtın bizleri, çok ihtiyacımız var.

Bilimsel ve dostça kalın...

Araştırma / Research

- Meslek Edindirme Kurslarındaki Kadınların Jinekolojik Kanseler Açısından Risk Faktörlerine ve Erken Uyarı Belirtilerine Göre Değerlendirilmesi 229
Evaluation of the Women Attending Vocational Courses in Terms of Risk Factors and Early Warning Signs Related to Gynaecological Cancers
Gamze Teskereci, Selma Öncel, Ülkü Özer Arslan
- Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Tezlerinin Ön Çalışmadan Yayına Dönüşümündeki Zorluklar 239
Challenges in Conversion of Otolaryngology Theses from Preliminary Study to Publication
Muhammet Fatih Topuz, Fatih Oğhan
- Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutumları ve Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları 246
Nurses' Attitudes Towards Caregiver Roles And Perceptions of Individualized Care
Yasemin Altınbaş, Emine Derya İster
- Yeni Çocuk Sahibi Olmuş Ebeveynlerin Anne Baba Rolüne Hazır Olma Durumu ile Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması 255
A Comparison of Readiness of Parents with New-born Children for Parenthood Role and Their Sociodemographic Characteristics
Şeyma Pınar, Aysel Kökcü Doğan
- Orta Yaş Dönemi Kadınların Menopozal Yakınma ve Öz-Etkililik Algılarının Değerlendirilmesi 267
Evaluation of Menopausal Complaints and Perception of Self-Efficacy among Middle-Aged Women
Nurdan Aymelek Çakıl, Ayla Ünsal
- HBsAg Pozitif Hastaların Trombosit/Lenfosit, Trombosit/Nötrofil, Nötrofil/Lenfosit ve PLT/MPV Düzeylerinin Araştırılması 276
Examination of Platelet/Lymphocyte, Platelet/Neutrophil, Neutrophil/Lymphocyte and PLT/MPV Levels among HBsAg-Positive Patients
Arzu Şahin, Filiz Bayar, Eda Dokumacıoğlu
- Gebelerin Grip Aşısı Yaptırmama Nedenleri Üzerine Kesitsel Çalışma 281
A Cross-Sectional Study on The Reasons why Pregnant Women do Not Get Flu Vaccine
Görker Sel, Sibel Balcı, Büşra Aynalı, Konul Navruzova, Adile Yeşim Akdemir, Müge Harma, Mehmet İbrahim Harma

Derleme / Review Article

- Sağlık Profesyonellerinin Eğitiminde Görev Alan Eğiticilerin Etik Sorumlulukları 287
Ethical Responsibilities of the Educators Taking Part in the Education of Health Professionals
Şükrü Keleş, Meral Demirören, Sevgi Turan, İskender Sayek
- Siyez Buğdayının Sağlık Üzerine Etkileri 299
Effects of Einkorn Wheat on Health
Funda Işık, Alev Keser

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Kapak Fotoğrafı
"Çocuklar"
Derya Özpolat
TTB-STED
Fotoğraf
Yarışması 2016
Sergi Ödülü

Derya Özpolat: 1984 Kayseri doğumluyum. Erciyes Üniversitesi'nden mezun olup halen Erciyes Üniversitesi'nde görev yapmaktayım. Yaklaşık 7-8 yıl kadın doğum 7 yılda plastik cerrahi hemşireliği yaptım. Son 7-8 aydır da Covid-19 hastalarına hemşirelik yapmaktayım. Ayrıca Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü'nü bitirip Kayseri fotoğraf dernekleri ve kulüplerinin fotoğraf etkinliklerinde çalışmalar yapmaktayım. Doğa ve insan fotoğrafı çekmek çok ilgimi çekmektedir. Çeşitli yarışmalarda sergileme ve özel ödülleri vardır.

Gamze Teskereci¹, Selma Öncel², Ülkü Özer Arslan³

DOI: 10.17942/sted.713748

Geliş/Received : 02.04.2020
Kabul/Accepted : 21.07.2020

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı meslek edindirme kurslarına devam eden kadınların jinekolojik kanseler açısından risk faktörlerini ve erken tanı/uyarı belirtilerini saptamaktır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma kesitsel tiptedir. Çalışma Türkiye'nin güneyinde bir ilçedeki meslek edindirme kurslarına devam eden, araştırmaya katılmaya gönüllü 314 kadın ile yürütülmüştür. Veriler Eylül-Aralık 2018 tarihleri arasında, araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Veriler literatüre dayalı olarak geliştirilen "Jinekolojik Kanselerde Risk Faktörleri ve Erken Uyarı Belirtileri Formu" kullanılarak elde edilmiştir. Veriler SPSS 22 programı ile yüzde, ortalama, frekans ve standart sapma hesaplaması yapılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 36,6±10,6 (20-65)'dir. Kadınların %70,1'i daha önce en az bir kez jinekolojik muayene olduğunu ve yaklaşık yarısı daha önce en az bir kez pap-smear yaptırdığını belirtmiştir. Kadınların %60,8'i jinekolojik kanseler konusunda bilgisi olmadığını, %83,1'i bu konuda bilgi almak istediğini belirtmiştir. Araştırma sonucunda kadınların jinekolojik kanselerin her bir türüne ilişkin en az bir risk faktörüne sahip olduğu saptanmıştır. Katılan kadınların yaklaşık yarısı pap-smear yaptırmadığını ve jinekolojik kanseler konusunda bilgisinin olmadığını ifade etmiştir.

Sonuç: Kadınların jinekolojik kanseler konusunda bilgi ve farkındalıklarını artırmaya yönelik olarak hemşirelerin izlem ve muayeneler sırasında tüm fırsatları değerlendirerek, eğitim ve danışmanlık yapmaları önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Jinekolojik tümörler, Risk faktörleri, Risk değerlendirmesi, Erken tanı, Belirtiler, Hemşirelik

Abstract

Objective: The aim of this study is to determine the risk factors and early diagnosis/warning signs related to gynaecological cancers in women attending vocational courses.

Material-Method: This cross-sectional study was conducted among 314 women, who attended vocational courses in a town in the south of Turkey and volunteered to participate in the research. The data were collected by the researchers between September and December 2018. The data were obtained using the "Form for the Evaluation of Risk Factors and Early Warning Signs in Gynaecological Cancers" developed based on the literature. Data analysis was performed through SPSS 22 software by calculating frequency, percentage, mean and standard deviation.

Findings: The average age of the women who participated in the study was 36,6 ± 10,6 (20-65) years. 70,1% of the women stated that they have previously had a gynaecological examination at least once and approximately half of them have had a Pap-smear test at least once. Of the women, 60,8% and 83,1% stated that they did not have knowledge about gynaecological cancers and they wanted to receive information about this issue, respectively. As a result of the research, it was determined that the women had at least one risk factor for each type of gynaecological cancers. Approximately half of the women participated in this study stated that they have not had a Pap-smear test and did not have knowledge about gynaecological cancers.

Conclusion: In order to increase the knowledge and awareness of women about gynaecological cancers, it is recommended that the nurses provide training and counselling by taking advantage of every opportunity during follow-up and treatment.

Key words: Gynaecologic neoplasms, Risk factors, Risk assessment, Early diagnosis, Signs, Nursing

1 Öğr. Üyesi.; Akdeniz Ü. Kumluca Sağlık Bilimleri Fak. Doğum ve Kadın Hast. Hemşireliği AD. Antalya (Orcid No: 0000-0003-0298-9716)

2 Prof. Dr.; Akdeniz Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Antalya (Orcid No: 0000-0002-1882-1793)

3 Öğr. Gör.; Akdeniz Ü. Kumluca Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Esasları AD. Antalya (Orcid No: 0000-0002-8298-989X)

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılı verilerine göre kanser, bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (1). Global Cancer Observatory (GLOBACON) verilerine göre, 2018 yılında Dünya'da yaklaşık 18,1 milyon yeni kanser olgusunun olduğu; 9.5 milyon kişinin ise kansere bağlı olarak yaşamını yitirdiği; 2040 yılında bu rakamların iki kat artacağı tahmin edilmektedir (2). Jinekolojik kanserler, kadınlarda meme kanserinden (%25,4) sonra %16,5 değer ile en sık görülen ikinci kanser türüdür. GLOBACON (2018) verilerine göre, ülkemizde de meme kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen ikinci kanser türü jinekolojik kanserlerdir (endometrium, over, serviks, vajen ve vulva) (3).

Jinekolojik kanserlerin mortalite ve morbidite açısından ciddi bir toplum sağlığı sorunu olması nedeniyle erken tanılanması önem kazanmaktadır (4). Serviks kanseri dışında, diğer jinekolojik kanserler için tarama testi bulunmamaktadır. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'na göre 30-65 yaş arasındaki kadınların beş yılda bir pap-smear testi yaptırması, son iki pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda taramanın sonlandırılması önerilmektedir (5). Bu konuyla ilgili ulusal çalışmalar incelendiğinde kadınların; pap smear testini daha önce hiç duymamış olma, hiç jinekolojik muayene olmama, bilgi eksikliği, testin gerekli olduğunu düşünmeme, utanma, işlem den ve jinekolojik muayene olmaktan korkma, kendini risk altında görmeme, mahremiyet algısı, ihmalkarlık, maddi yetersizliklere bağlı olarak sağlık hizmetine ulaşamama, menopoza girmiş olma gibi nedenlerden dolayı pap-smear testini yaptırmadıkları saptanmıştır (6-8). Kadınların erken tarama programlarına katılımlarını engelleyen faktörlerin belirlenmesi, bu konuda yapılacak stratejik faaliyetlerin geliştirilmesinde önemlidir (9,10). Kadınların tarama programlarına katılımlarının artırılması için, öncelikle jinekolojik kanserler konusunda farkındalıklarının artırılması gerekmektedir (9-15). Ülkemizde jinekolojik kanserlerin tamamını kapsayan farkındalıkla ilgili çalışmaların sınırlı düzeyde olduğu (9), çoğunlukla serviks kanseriyle ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerini inceleyen çalışmaların yürütüldüğü görülmüştür (16-19). Öte yandan ülkemizde jinekolojik kanser tanısı aldıktan sonra

kadınlardaki risk faktörlerini ve belirtilerini inceleyen çalışmalar yürütülse de (20,21), yalnızca jinekolojik kanserlerle ilgili tanı almayan kadınlara yönelik risk faktörleri ve erken tanı/uyarı belirtilerini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Jinekolojik kanserlerin erken tanılanması ve risk altında olan kadınların saptanması, kanserin önlenmesinde önemli yer tutmaktadır. Bireyler genellikle hastalık belirti ve bulgusu ortaya çıktığında bir sağlık kuruluşuna başvurmakta, bu durum geri dönüşü olmayan sorunlara neden olabilmektedir. Kadınların jinekolojik kanserlerin erken tanı/uyarı belirtilerini ve risk faktörlerini bilmeleri ve öncelikle sağlık kurumuna gitmeleri yapılması gereken ilk adımdır. Kadınların jinekolojik kanserler açısından risk faktörleri ve erken tanı belirtilerine yönelik bilgilendirilmesinde hemşirelerin en önemli rolünün danışmanlık ve eğiticilik olduğu unutulmamalıdır. Bu çalışma ile Türkiye'nin güneyindeki bir ilçede meslek edindirme kurslarına devam eden kadınların jinekolojik kanserler açısından risk faktörlerinin ve erken tanı/uyarı belirtilerinin saptanması amaçlanmıştır.

Araştırmada aşağıda yazılı olan iki sorunun yanıtı aranmıştır:

1. Jinekolojik kanserler açısından kadınlarda görülen risk faktörleri nelerdir?
2. Jinekolojik kanserler açısından kadınlarda görülen erken uyarı/tanı belirtileri nelerdir?

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini Türkiye'nin güneyindeki bir ilçede meslek edindirme kurslarına devam eden 1905 kadın oluşturmuştur. Bu çalışmada evrenin bilindiği durumlarda örneklemin hesaplanması formülüne göre $(n = Nt^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p)$ örnekleme sayısı hesaplanmış (22) ve 325 kadına ulaşılmaya hedeflenmiştir. Bu çalışmaya katılan 325 kadından dokuzu veri toplama araçlarını tamamlamadığı için çalışmadan çıkarılmış ve çalışma 314 kadın ile tamamlanmıştır. Kurslara devam eden, 20-65 yaş arasında olan, jinekolojik kanser öyküsü olmayan, çalışmaya katılmaya istekli, en az ilkokul mezunu, yazılı ve sözel iletişime geçebilen kadınlar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma

verileri Eylül-Aralık 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından, tanıtıcı bilgi formu ve literatür doğrultusunda hazırlanan "Jinekolojik Kanselerde Risk Faktörleri ve Erken Uyarı Belirtileri Formu" kullanılarak elde edilmiştir.

Kadınları tanıtıcı bilgi formu

Bu bölümde kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren toplam yedi soru (yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, gelir durumu, meslek, evlilik yılı, evlilik yaşı) yer almıştır.

Jinekolojik kanserlerde risk faktörleri ve erken uyarı belirtileri formu

Bu soru formu araştırmacılar tarafından literatüre temellendirilerek (13,23-27) geliştirilmiştir. Form iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde kadınların obstetrik ve jinekolojik (gebelik, kullanılan aile planlaması yöntemi, pap-smear yaptırma durumu, jinekolojik muayene olma durumu ve nedeni, ailede öyküsü, jinekolojik kanserler konusunda bilgi alma durumu ve bilgi alma isteği, ilk adet yaşı, menopoza girme yaşı) özelliklerini belirlemeye yönelik toplam dokuz soru; ikinci bölümde ise over, endometrium, serviks, vulva ve vajen kanserleri açısından sahip oldukları risk faktörleri ve erken uyarı/tanı belirtilerinin sorgulandığı toplam 50 soru yer almıştır.

Özellik	n	%
Öğrenim düzeyi		
İlkokul	81	25,8
Ortaokul	38	12,1
Lise	82	26,1
Üniversite ve üzeri	113	36,0
Gelir durumu		
Gelir giderden az	123	39,2
Gelir gidere eşit	178	56,7
Gelir giderden fazla	13	4,1
Meslek		
Ev hanımı	190	60,6
Memur	44	14,0
İşçi	33	10,6
Öğrenci	20	6,3
Serbest çalışıyor	20	6,3
Emekli	7	2,2
Medeni durum		
Evli	221	70,4
Bekar	93	29,6
Toplam	314	100,0

Verilerin analizi

Çalışma sonucunda elde edilen veriler, SPSS 22 programına işlenmiş, yüzde, frekans, ortalama, standart sapma değerlerine bakılarak yorumlanmıştır.

Etik yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden kurum izni ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Bulgular

Bu çalışma 314 kadın ile yürütülmüştür. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $36,6 \pm 10,6$ (20-65); ilk evlilik yaş ortalaması $22,0 \pm 4,5$ (15-45); evlilik yılı ortalaması $17,4 \pm 9,4$ (1-42) yıldır. Kadınların %36'sı üniversite mezunudur. Kadınların yarısından fazlası (%56,7) gelirinin giderine eşit, %60,6'sı ev hanımı ve %70,4'ü evli olduğunu bildirmiştir (Tablo 1).

Kadınların %39,4'ünde gebelik sayısı ikidir. Aile planlaması yöntemi kullanımına yanıt veren 166 kadının kullandığı aile planlaması yöntem çeşitleri incelendiğinde; en sık geri çekme, kondom ve rahim içi araç kullanıldığı görülmüştür. Kadınların %70,1'i daha önce en az bir kez jinekolojik muayene olduğunu ve yaklaşık yarısı (%48,7) daha önce en az bir kez pap-smear testi yaptırdığını belirtmiştir. Jinekolojik muayene yaptırdığını belirten kadınların muayene yaptırmalarındaki ilk üç neden; vajinal akıntı, pap-smear testi yaptırma ve düzensiz adet görmedir. Kadınların %60,8'i jinekolojik kanserler konusunda hiç bilgisi olmadığını ve %83,1'i bu konuda bilgi almak istediğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan 314 kadından 21'i birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalarında jinekolojik kanser öyküsü olduğunu bildirmiştir (Tablo 2).

Bu çalışmaya katılan kadınların ilk adet yaş ortalaması $13,11 \pm 1,32$ (minimum:9, maksimum:17)'dir. Ayrıca bu çalışmada 48 kadın menopoza girdiğini belirtmiştir. Kadınlarda menopoza girme yaş ortalaması $46,12 \pm 4,00$ (minimum: 35, maksimum: 55)'tür.

Araştırmaya katılan kadınların serviks kanserine ilişkin sahip oldukları risk faktörleri

Tablo 2. Kadınların bazı obstetrik ve jinekolojik özellikleri (N= 314)

Obstetrik ve jinekolojik özellikler	n	%
Gebelik sayısı (n=221)		
1	43	19,5
2	87	39,4
3	61	27,5
4 ve üzeri	30	13,6
Aile planlaması yöntemi kullanımı (n=166)		
Geri çekme	62	37,3
Kondom	43	25,9
Rahim içi araç	31	18,8
Tüpligasyon	15	9,0
Oral kontraseptifler	14	8,4
Enjeksiyon	1	0,6
Jinekolojik muayene yaptırma durumu (n=314)		
Yaptıran	220	70,1
Yaptırmayan	94	29,9
Jinekolojik muayene yaptırma nedeni (n=220)		
Vajinal akıntı	68	30,9
Pap-smear testi	40	18,1
Düzensiz adet görme	36	16,5
Menopoz	21	9,5
Kaşıntı	21	9,5
Kanser şüphesi	13	5,9
Kasık ağrısı	12	5,5
Kanama	9	4,1
Pap-smear testi yaptırma durumu (n=314)		
Yaptıran	153	48,7
Yaptırmayan	161	51,3
Jinekolojik kanserler konusunda bilgi sahibi olma durumu (n=314)		
Bilgisi var	123	39,2
Bilgisi yok	191	60,8
Jinekolojik kanserler konusunda bilgi alma isteği (n=314)		
Bilgi almak istiyor	261	83,1
Bilgi almak istemiyor	53	16,9
Ailede jinekolojik kanser öyküsü (n=314)		
Var	21	7,1
Yok	293	92,9

incelendiğinde; sigara kullanma (% 12,1) ve anormal pap-smear testi sonucunun (% 2,5) olduğu bulunmuştur. Kadınlarda serviks kanserine ilişkin ilk üç erken tanı/uyarı belirtisi; sürekli devam eden sulu akıntı (% 19,7), et suyuna benzer akıntı (% 11,5) ve dispareni (% 9,6) dir (Tablo 3).

Kadınların endometrium kanserine ilişkin sahip oldukları risk faktörleri incelendiğinde; ilk üç risk faktörü; adet düzensizliği (% 22,9), daha önce hiç gebe kalmamış olma (% 18,5) ve hipertansiyon tanısı almış olma (% 8,0) dir. Kadınlarda endometrium kanserine ilişkin ilk üç erken

tanı/uyarı belirtisi ise; adet düzensizliği (% 22,9), uzun süren adet kanamaları (% 9,2) ve fazla miktarda adet kanaması (% 8,9) dir (Tablo 3).

Kadınların over kanserine ilişkin sahip oldukları risk faktörleri incelendiğinde; ilk üç risk faktörünün daha önce hiç gebe kalmamış olma (% 18,5), menopoza girmiş olma (% 15,3) ve sigara içimi (% 12,1) olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda over kanserine ilişkin ilk üç erken tanı/uyarı belirtisinin; sırt bölgesinde ağrı (% 33,8), sık idrara çıkma (% 25,2) ve karın bölgesinde şişkinlik (% 24,5) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin risk faktörleri ve erken tanı /uyarı belirtilerine göre dağılımı (N=314)

Jinekolojik kanserler ile ilgili risk faktörleri ve erken tanı/uyarı belirtileri	n	%*
Serviks kanseri açısından risk faktörleri		
Sigara içme	38	12,1
Anormal pap-smear testi sonucu	8	2,5
Serviks kanseri yönünden erken tanı /uyarı belirtileri		
Sürekli devam eden sulu akıntı	62	19,7
Et suyu renginde akıntı	36	11,5
Disparoni	30	9,6
Postkoital kanama	9	2,9
Ani kilo kaybı	5	1,6
Nedensiz ve uzun süre devam eden ishal	1	0,3
Endometrium kanseri açısından risk faktörleri		
Hiç gebe kalmama	58	18,5
Hipertansiyon tanısı alma	25	8,0
12 yaşından önce adet görme	24	7,6
Polikistikover tanısı alma	22	7,0
50 yaşından sonra menopoza girme	19	6,1
Diyabet tanısı alma	16	5,1
Obez olma	13	4,1
Meme kanseri tedavisi alma	1	0,3
Endometrium kanseri yönünden erken tanı /uyarı belirtileri		
Adet düzensizliği	72	22,9
Uzun süren adet kanaması	29	9,2
Fazla miktarda gelen adet kanaması	28	8,9
İki adet arası kanama	11	3,5
Postmenopozal kanama	3	1,0
Over kanseri açısından risk faktörleri		
Hiç gebe kalmama	58	18,5
Menopoza girme	48	15,3
Sigara kullanma	38	12,1
Over kisti tanısı alma	33	10,5
50 yaş üstü olma	33	10,5
Endometriozis tanısı alma	21	6,7
Ailede over kanseri öyküsü olması	13	4,1
Obez olma	13	4,1
Yardımcı üreme teknikleri tedavisi görme	12	3,8
Genital bölgeye pudra kullanma	6	1,9
Hormon replasman tedavisi kullanma	5	1,6
Over kanseri yönünden erken tanı/uyarı belirtileri		
Sırt bölgesinde ağrı	106	33,8
Sık sık idrara çıkma isteği	79	25,2
Karın bölgesinde şişkinlik	77	24,5
Kabızlık	74	23,6
Karın bölgesinde ağrı	59	18,8
Günlük kıyafetlerin bel çevresini sıkması	50	15,9
Çok yemek yememeye rağmen tokluk hissi	40	12,7
Bulantı	34	10,8
Kusma	5	1,6

*Yüzdeler çalışmaya katılan toplam kadın (N= 314) üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 3'ün devamı. Kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin risk faktörleri ve erken tanı /uyarı belirtilerine göre dağılımı (N=314)

Jinekolojik kanserler ile ilgili risk faktörleri ve erken tanı/uyarı belirtileri	n	%*
Vulva ve vajina kanseri açısından risk faktörleri		
Sigara kullanma	38	12,1
Anormal pap-smear testi sonucu	8	2,5
60 yaş üstü olma	5	1,5
Vulva ve vajina kanseri açısından erken uyarı/tanı belirtileri		
Vulvada kaşıntı	39	12,4
Disparoni	30	9,6
Vajinada yanma	29	9,2
Vajinada ağrı	17	5,4
Vulvada ele gelen sertlik	6	1,9
Vulvada yara	2	0,6

*Yüzdeler çalışmaya katılan toplam kadın (N= 314) üzerinden hesaplanmıştır.

Bu çalışmaya katılan kadınların vulva ve vajina kanserine ilişkin sahip oldukları risk faktörleri; sigara kullanımı (% 12,1), 50 yaş üstü olma (% 10,5) ve anormal pap-smear testi sonucu (% 2,5) dur. Kadınlarda vulva ve vajina kanserine ilişkin ilk üç erken tanı/uyarı belirtisinin, vulvada kaşıntı (% 12,4), disparoni (% 9,6) ve üreme organında yanma (% 9,2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tartışma

Türkiye'nin güneyinde bir ilçedeki meslek edindirme kurslarına devam eden kadınların jinekolojik kanserler açısından risk faktörleri ve erken tanı/uyarı belirtilerinin saptanması amacıyla yapılan bu çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $36,6 \pm 10,6$ 'dır. Genç yaş grubu kadınlar serviks kanseri açısından riskli yaş grubunu oluştururken, jinekolojik kanserlerin diğer türleri ileri yaş grubu kadınlar için risklidir (4). Bu çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması dikkate alındığında, katılımcıların özellikle serviks kanseri açısından risk grubunu oluşturduğu ifade edilebilir. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu oluşturan 15-49 yaş grubu kadınlar yılda iki kez olmak üzere Aile Sağlığı Merkezleri tarafından izlenmektedir. Ayrıca gebelik gerçekleşirse, doğum öncesi, doğum sonu ve bebek izlemleri için kadınlar daha sık izlenmektedir (28). Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personelinin tüm bu izlemlerde kadınlara üreme sağlığı konusunda bilgi ve danışmanlık yapması, kaçırılmış fırsatları yakalama şansı açısından çok önemlidir. Erken yaşta evlenme serviks kanseri açısından risk oluşturmaktadır (21). Araştırmaya katılanların ilk

evlilik yaş ortalaması $22,0 \pm 4,5$ 'dir. Serviks kanseri risk faktörleri arasında yer alan erken yaşta evlenme, bizim çalışmamız için düşük risk faktörü gibi görülse de, verilecek eğitimlerde bu risk faktörü ihmal edilmemelidir. Öte yandan, çalışmada aile planlaması yöntemi olarak kondom dışında aile planlaması yöntemi kullanan kadınların fazla olması, bu kadınların serviks kanseri açısından risk grubunu oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan kadınların % 39,2'si jinekolojik kanserler konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtmesine karşın, kadınların büyük çoğunluğu (% 83,1) bilgi almak istediğini ifade etmiştir. Nijerya'da 1500 kadınla yürütülen bir araştırmada da kadınların bu sonuca benzer (% 39,0) olarak serviks kanseri ile ilgili bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir (29). Hindistan'da 442 kadının serviks kanseri konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarının incelendiği çalışmada, kadınların yaklaşık üçte ikisinin bu konuda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (30). Malezya'da yapılan bir araştırmada kadınların over kanseri ve risk faktörleri konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (31). Yine over kanseri ile ilgili yapılan iki çalışmada da kadınların bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının düşük düzeyde olduğu ve bu konuda eğitime ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiştir (23,32). Literatürdeki çalışmalar bize kadınların jinekolojik kanser konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini göstermiştir.

Serviks kanserinin erken tanısı için en önemli tarama testlerinden olan pap-smear yaptırmanın

ve bunun farkındalığının sağlanması halk sağlığı ve özellikle de kadın sağlığı için önemli bir basamaktır (4). Araştırmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı (%48,7) daha önce *en az bir kez pap-smear testi yaptırdığını* belirtmiştir. Bu çalışmada pap-smear testi yaptırma oranının düşük olmasının nedeni, çalışmaya katılan kadınların %29,6'sının bekar olmasından dolayı olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Kolutek ve Avcı (2015)'nin yapmış olduğu çalışmada (33) kadınların %22,0'ının, Gökgez ve Aktaş (2015)'in çalışmasında (34) %51,6'sının, Karabulutlu ve Pasinlioğlu (2016)'nin çalışmasında (35) %42,9'unun pap-smear testi yaptırdığı bulunmuştur. Çalışma sonucumuz Gökgez ve Aktaş (2015) ve Karabulutlu ve Pasinlioğlu (2016)'nin çalışma sonucu ile benzer, Kolutek ve Avcı (2015)'nin çalışma sonucundan farklı bulunmuştur (33-35). Bu durumun, çalışmaların örneklem özelliği ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Serviks kanserinin önlenmesi ve tedavi edilebilmesi açısından risk faktörlerinin belirlenmesi, erken tanı ve tedavisinde oldukça önemlidir (4). Erken yaşta koitusun olması (<16 yaş), çok eşli cinsel yaşamın olması, çok eşli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişkide bulunulması, ilk gebelik yaşının 20 ve altında olması, ilk doğum yaşının 20 ve altında olması, doğum sayısının üç ve üzerinde olması, cinsel yolla geçen hastalığa sahip olunması (özellikle Human Papilloma Virüs tip 16-18, Herpes Simpleks tip II ve HIV), sigara içme, yaş, serviks kanseri için risk faktörlerini oluşturmaktadır (4,36). Yapucu Güneş ve arkadaşları (2007)'nin çalışmasına katılan kadınlarda serviks kanseri açısından en sık rastlanılan risk faktörleri: kondom ve diyafram kullanmama, ikinin üzerinde doğum yapma, pap-smear testi yaptırmama, ilk cinsel ilişki yaşının küçük olması ve sigara kullanma olarak belirtilmiştir (37). Bizim çalışmamıza katılan kadınların serviks kanserine ilişkin risk faktörleri ise *kadınların sigara kullanması ve anormal pap-smear testi sonucunun* olmasıdır. Yapılan bir çalışmada günde 15 ve üzerinde sigara içen kadınların, hiç sigara içmeyen kadınlara göre HPV pozitif riskinin iki kat arttığı gösterilmiştir (38). Çalışma sonucumuza göre serviks kanseri açısından sigara kullanan kadınlar kullanmayanlara göre daha yüksek oranda riske sahiptir. Kadınlar jinekolojik kanserler açısından

değiştirilebilir risk faktörleri açısından bilgilendirilmelidir. Ayrıca anormal pap-smear testi sonucu olan kadınlar düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırmaları konusunda bilinçlendirilmelidir. Serviks kanserinin en tipik bulgusu ağrısız vajinal kanama ve et suyu renginde vajinal akıntıdır (39,40). Bizim çalışmamıza katılan kadınlar en sık; *sürekli devam eden sulu akıntı, et suyu renginde akıntı ve disparoni* yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kadınlar serviks kanserinin erken belirtileri konusunda ve bu belirtileri deneyimlediklerinde kadın doğum uzmanına muayene olmaları gerektiği konusunda cesaretlendirilmelidir. Böylece geç dönemde tanı konulma riski de azalmış olacaktır. Ayrıca sağlıklı yaşam merkezlerinde yer alan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'ne gelerek HPV sitoloji sonucu pozitif çıkan kadınların ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesinin erken tanı açısından etkili olduğu bilinmektedir.

Ülkemizde jinekolojik kanserlerden en sık endometrium kanseri görülmekte olup, bunu over kanseri ve serviks kanseri izlemektedir (41). Endometrium kanserinde serviks kanserinde olduğu gibi pratik değerlendirme yöntemi bulunmamaktadır. Bu nedenle kanser ilk belirtinin görülmesinden sonra teşhis edilebilmektedir. En erken ve en önemli belirtisi anormal vajinal kanamadır. Postmenopozal kanaması olan kadınların %30'unun nedeni karsinomadır (4,42). Çalışmamıza katılan kadınlar en sık olarak; *adet düzensizliği, uzun süren adet kanamaları ve fazla miktarda adet kanaması* olduğunu bildirmişlerdir. Özellikle çalışmaya katılan üç kadın postmenopozal kanama yaşadığını belirtmiştir. Çalışmamıza katılan kadınların endometrium kanserine ilişkin risk faktörleri incelendiğinde ilk üç risk faktörünün başında *hiç gebe kalmama, hipertansiyon ve 12 yaşından önce adet görme* gelmektedir. Yapucu Güneş ve arkadaşları (2007)'nin çalışmasında kadınlarda endometrium kanseri açısından en sık bulunan risk faktörleri; beş yıldan daha kısa süre doğum kontrol hapı kullanma, şişman olma, sigara kullanmadır (37). Pınar ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada endometrium kanseri olan kadınlardaki risk faktörlerinin başında postmenopozal dönemde olma, postmenopozal kanama ve obezitenin olduğunu belirtmişlerdir (21). Kadınların özellikle anormal vajinal kanamanın kanser şüphesi

yönünden değerlendirilmesi gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca obezite, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların endometrium kanseri için risk faktörü oluşturduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasıyla endometrium kanseri riskinin azaltılabileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

Over kanseri tüm jinekolojik kanserler içerisinde mortalite ve morbidite oranı en yüksek olanıdır (21). Over kanseri genellikle ileri evreye ulaştığında belirti vermektedir. Büyüyen over nedeniyle abdomenin alt kısmında belirsiz bir rahatsızlık ve sindirim şikayeti erken belirtilerdir. Bu nedenle başlangıç belirtileri gözden kaçır ya da önemsenmez. Bunu düzensiz vajinal kanama, baskıya bağlı gastrointestinal belirtiler ya da üriner sistem belirtileri izlemektedir. Yorgunluk, abdominal şişkinlik, hazımsızlık, çabuk doyma, abdomenin alt kısmında basınç, sırt ağrısı, konstipasyon, sık idrara çıkma en çok görülen erken belirtilerdendir (4,42). Çalışmamıza katılan kadınlar da en çok *sırt bölgesinde ağrı, sık idrara çıkma ve karın bölgesinde şişkinlik* olduğu bildirilmiştir. Pınar ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise over kanseri tanılan kadınlar daha çok hazımsızlık, karın şişkinliği ve anovulasyon ya da düzensiz kanama belirtileri yaşadıklarını bildirmişlerdir (21). Over kanseri geç belirti verdiği için ve ilk evrelerinde daha çok gastrointestinal sorunlar ile kendini gösterdiğinden, hemşireler özellikle risk altında olan ve şüpheli yakınmaları olan kadınları, her yıl pelvik muayene olmaları konusunda bilinçlendirmelidir (4).

Araştırmaya katılan kadınların over kanserine ilişkin sahip oldukları risk faktörleri incelendiğinde ilk üç risk faktörünün; *hiç gebe kalmama, menopoza girme ve sigara kullanma* olduğu belirlenmiştir. Pınar ve arkadaşları (2008), over kanseri olan kadınlarda en çok; şişmanlık, overlerde fonksiyon bozukluğu, anovulasyon ve 50 yaşından sonra menopoza girmenin risk faktörlerini oluşturduğunu bildirmişlerdir (21). Ayrıca çalışmaya katılan *kadınlardan %4,1'i ailesinde over kanseri öyküsü* olduğunu ifade etmiştir. Özellikle aile öyküsünde over kanseri olan kadınlar, over kanseri açısından risk grubunu oluşturmaktadır (43). Bu nedenle aile öyküsünde over kanseri olan kadınların düzenli pelvik

muayene ve transvajinal ultrasonografi yaptırmaları, CA-125 marker kontrollerini yaptırmaları önerilmektedir (43).

Bu çalışmadaki kadınlarda vulva ve vajina kanserine ilişkin risk faktörlerinin başında sigara içme, 60 yaş üstü olma ve anormal pap-smear sonucuna sahip olma gelmektedir. Vulva ve vajina kanserine ilişkin kadınlarda görülen ilk üç erken tanı/uyarı belirtisinin; dış üreme organında kaşıntı, yanma ve disparonidir. Kadınlarda vulva ve vajina kanseri görülme sıklığı, diğer jinekolojik kanserlere göre düşüktür (2,3). Ancak evre I vajinal kanserde beş yıllık sağ kalım %75-95, evre IV'te %15-50'dir. Evre I-II vulvar kanserde beş yıllık sağ kalım oranı %86 iken, uzak metastaz durumunda bu değer %16'ya düşmektedir (42). Bu oranlardan da anlaşılacağı üzere vulva ve vajina kanserinin mortalitesi oldukça yüksektir. Bu nedenle kadınların kendi kendine vulva muayenesi yapmaları konusunda bilgilendirilmeleri gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bu da aile sağlığı merkezine gelen kadınların bu konuda bilgilendirilmesi, bunun için tüm fırsatların değerlendirilmesi ile olacağını söylemek mümkündür.

Çalışmanın sınırlılıkları

Bu çalışma, yalnızca bir ilçede meslek edindirme kurslarına devam eden kadınlarla yürütüldüğü için sonuçları tüm kadınlara genellemek mümkün değildir. Ayrıca tüm bilgiler kadınların öz bildirimlerine bağlı olarak alınmıştır. Bu da araştırmanın bir başka sınırlılığıdır.

Sonuç ve öneriler

Araştırma sonucunda, kadınların jinekolojik kanserlerinin bütün türlerine ilişkin risk faktörlerinden ve erken tanı belirtilerinin birçoğuna sahip oldukları görülmektedir. Kadınların sahip olduğu riskler ne kadar çoksa, jinekolojik kanserlere yakalanma riskleri de o kadar fazladır. Bu nedenle kadınların jinekolojik kanserler ile ilişkili risk faktörleri ve erken uyarı/tanı belirtileri açısından farkında/bilgili olmalarının gerekli olduğu görülmektedir. Bu nedenle çalışma sonuçlarına bağlı olarak;

- Kadınlar hemşireler tarafından değerlendirilerek, bireye özel danışmanlık verilmesi, korunma ve tarama programlarına katılımlarının desteklenmesi,

- Jinekolojik kanserler açısından riskli gruplara bilgilendirme ve danışmanlık yapılması,
- Kadınlara jinekolojik kanserlerden korumaya yardımcı kontraseptif yöntemler konusunda etkili danışmanlık ve eğitim hizmeti sunulması,
- Jinekolojik kanserlere ilişkin risk ve belirti tanılama formlarının/rehberlerinin oluşturulması; bu rehberlerin aile sağlığı merkezleri ve sağlıklı yaşam merkezlerinde kullanılmasının jinekolojik kanserler yönünden risk gruplarının saptanması açısından etkili olacağı önerilmektedir.

İletişim: Dr. Gamze Teskereci

E-posta: gteskereci@akdeniz.edu.tr

Kaynaklar

1. World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2016. 2 Nisan 2020 tarihinde <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1> adresinden erişildi.
2. Global Cancer Observatory, Cancer tomorrow. 30 Nisan 2020 tarihinde <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home> adresinden erişildi.
3. Turkey Source: Globocan 2018. 2 Nisan 2020 tarihinde <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf> adresinden erişildi.
4. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2016.
5. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ulusal Kanser Programı 2009–2015. 31 Mart 2020 tarihinde http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf adresinden erişildi.
6. Büyükkayacı Duman N, Yüksel Koçak D, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. JAREN. 2015; 1: 30-8.
7. Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların serviks kanseri ve pap smear testi yaptırma durumlarına yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2015; 3: 11-23.
8. Öztürk Y, Gürsoy E. Kadınların pap smear tarama testini yaptırılmalarının önündeki engeller. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2020;29: 61-8.
9. Dal NA, Ertem G. Gynecological cancer awareness scale development study. Journal of The Human and Social Science Researches. 2017;6:2351-67.
10. Kızılırmak A, Kocaöz S. The factors influencing health beliefs about cervical cancer and pap smear test among the women at a university. Journal of Continuing Medical Education. 2018;27:165-75.
11. Atwa AME, Hassan HE, Ahmed SI. The impact of a hospital-based awareness program on the knowledge of patients about breast cancer and cancer cervix. Int J Nurs Stud. 2019;4: 20-9.
12. Boxell EM. Increasing awareness of gynecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: does health literacy play a role? J Health Commun. 2014;17:265-79.
13. Jones SC, Magee CA, Francis J, Luxford K, Gregory P, Zorbas H, Iverson DC. Australian women's awareness of ovarian cancer symptoms, risk and protective factors, and estimates of own risk. Cancer Causes Cont. 2010;21:2231-9.
14. Schlumbrecht M, Yarian R, Salmon K, Niven C, Singh D. Targeted ovarian cancer education for hispanic women: a pilot program in Arizona. J Community Health. 2016;41, 619-625.
15. Trivers KF, Rodriguez JL, Hawkins NA, Cooper CP, Polonec L, Gelb CA. Intention to seek care for symptoms associated with gynecologic cancers, Health Styles survey, 2008. Prev Chronic Dis. 2011; 8:A144
16. Akbayram HT. Do Women women have sufficient awareness of cervical cancer and the pap smear test? Ahi Evran Med J.2019;3:12-7.
17. Bekar M, Guler H, Evcili F, Demirel G, Duran O. Determining the knowledge of women and their attitudes regarding gynecological cancer prevention. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14:6055-9.
18. Esin MN, Bulduk S, Ardiç A. Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women. J Cancer Educ. 2011;26: 510-5.
19. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Evaluation of the knowledge, attitude, and behavior of female health workers about breast cancer, cervical cancer, and routine screening tests. İstanbul Med J. 2014;15:154-60.
20. Asghari N. Bir üniversite hastanesinde tedavi olan jinekolojik onkolojik vakaların değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2014.
21. Pınar G, Algier L, Doğan N, Kaya N. Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. International Journal of Hematology and Oncology. 2008;18: 208-16.
22. Abbey DC. Compliance for coding, billing & reimbursement: a systematic approach to developing a comprehensive. 2nd edition. NewYork: CRC Press; 2008.
23. Brain KE, Smits S, Simon AE, Forbes LJ, Roberts C, Robbe IJ, Steward J, White C, Neal RD, Hanson J, ICBP Module 2 Working Group. Ovarian cancer

- symptom awareness and anticipated delayed presentation in a population sample. *BMC Cancer*. 2014; 14:17.
24. Cooper CP, Polonec L, Stewart SL, Gelb CA. Gynaecologic cancer symptom awareness, concern and care seeking among US women: a multi-site qualitative study. *Fam Pract*. 2013; 30:96-104.
25. Freij M, Al Qadire M, Khadra M, ALBashtawy M, Tuqan W, Faqih M, Innabi A, Batiha A, Alhalaiqa F, Abd El-Razek A. Awareness and knowledge of ovarian cancer symptoms and risk factors: a survey of Jordanian women. *J Clin Nurs*. 2018; 27:826-40.
26. Goldstein CL, Susman EP, Lockwood S, Medlin EE, Behbakht K. Awareness of symptoms and risk factors of ovarian cancer in a population of women and healthcare providers. *Clin J Oncol Nurs*. 2015; 19:206-12.
27. Lockwood-Rayermann S, Donovan HS, Rambo D, Kuo CW. Women's awareness of ovarian cancer risks and symptoms. *Am J Nurs*. 2009; 109:36-45.
28. Sağlık Bakanlığı Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı. 31 Mart 2020 tarihinde <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/52962,kadin-ve-ureme-sagligi-izlem-danismanligipdf.pdf?0> adresinden erişildi.
29. Amosu AM, Degun AM, Babalola AO, Thomas MA. Level of specific knowledge, awareness, perception and screening behaviour regarding carcinoma of the cervix among rural women in Iwo local government area, Osun State, Nigeria. *Ann Biol Res*. 2011; 2:206-21.
30. Bansal AB, Pakhare AP, Kapoor N, Mehrotra R, Kokane AM. Knowledge, attitude, and practices related to cervical cancer among adult women: A hospital-based cross-sectional study. *J Nat Sc Biol Med*. 2015; 6:324-8.
31. Al-Naggar RA, Osman MT, Yuri V, Bobryshev YV, Yasmin S, Abdul Kadir AY. Ovarian cancer: knowledge of risk factors and symptoms among working Malaysian women. *Middle East J Sci Res*. 2013;14:549-53.
32. Fallowfield L, Fleissig A, Barrett J, Menon U, Jacobs I, Kilkerr J, Farewell V, on behalf of UKCTOCS Trialists. Awareness of ovarian cancer risk factors, beliefs and attitudes towards screening: baseline survey of 21715 women participating in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening. *Br J Cancer*. 2010; 103:454-61.
33. Kolutek R, Aydın Avcı İ. Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. *J Breast Health*. 2015; 11: 155-62.
34. Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların serviks kanseri ve pap smear testi yaptırma durumlarına yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2015, 3,13-23.
35. Karabulutlu Ö, Pasinlioğlu T. Alanı sağlıkla ilgili olmayan akademisyenlerin serviks kanserine ilişkin bilgi düzeylerinin ve farkındalığının incelenmesi, *Kafkas J Med Sci*. 2016; 6: 175-80.
36. Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2011; 18: 61-72.
37. Yapucu Güneş Ü, Zaybak A, Eşer İ, Khorshid L. Sağlıklı bireylerde kanser risk faktörleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2007; 23: 13-22.
38. Vaccarella S, Herrero R, Snijders PJ, Dai M, Thomas JO, Hieu NT, Ferreccio C, Matos E, Posso H, de Sanjose S, Shin HR, Sukvirach S, Lazcano-Ponce E, Munoz N, Meijer CJ, Franceschi S. Smoking and human papillomavirus infection: pooled analysis of the International Agency for Research on Cancer HPV Prevalence Surveys. *Int J Epidemiol*. 2008; 37: 536-46.
39. Aref-Adib M, Freeman-Wang T. Cervical cancer prevention and screening: the role of human papillomavirus testing. *The Obstet Gynaecol*. 2016; 18: 251-63.
40. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. *Androl Bul*. 2018;20:25-9.
41. Sağlık Bakanlığı (2018). Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. 31 Mart 2020 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf adresinden erişildi.
42. Aşçı Ö, Kocaöz S. Üreme organı tümörleri. In: Arslan Özkan H, ed. Hemşirelik ve ebeklik için kadın sağlığı ve hastalıkları. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2019.pp.673-720.
43. Eroğlu K., Koç G. Jinekolojik Kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 1:77-9.



Muhammet Fatih Topuz¹, Fatih Oğhan²

DOI: 10.17942/sted.756449

Geliş/Received : 22.05.2020
Kabul/Accepted : 08.07.2020

Öz

Amaç: Ülkemizde uzmanlık eğitimini tamamlamak için tez yazmak zorunludur, ancak tezin bir makale olarak yayınlanması zorunlu değildir. Bu nedenle, değerli bilimsel gerçekleri içeren birçok tez maalesef makaleye dönüştürülmemektedir. Çalışmanın amacı, KBB hastalıkları tezlerinin bilimsel makalelere dönüşüm oranlarını ve nitel bir analizini belirlemektir.

Materyal – Metod: 2010-2015 yılları arasında KBB ile ilgili tezleri araştırmak için Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi web veritabanı kullanılmıştır. Her bir tez için yayın yılı, danışman ve yazarın adı, derginin adı, eğitim kurumu ve tezin özeti bilgileri kaydedilmiştir: Tezin yayınlanma durumu Google Akademik, Pubmed, WoS ve ULAKBIM platformlarında araştırılmıştır.

Bulgular: Çalışma kapsamında 517 teze ulaşıldı. En sık araştırma yöntemi olarak prospektif (314; %61) kullanıldığı gözlemlendi. Araştırmacılar otoloji (%40) ve rinolojinin (%29) kulak burun boğazının en çok tercih edilen alt dalı olduğunu bulmuşlardır. Yayına dönüştürülen tezlerin 154'ünün (%67,5) SCI ve SCI-E dergilerinde yayınlandığı; en çok makalenin European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology (%16,7) dergisinde yayınlandığı bulundu.

Sonuç: KBB alanlarında tezle ilgili makale yazma oranı ülkemizde ve dünyadaki diğer dallardan daha yüksektir, ancak yeterli değildir. Uzmanlık tezlerinin makale haline getirilip yayınlanması hem bilimin gelişmesi hem de ülkemizin bilim camiasındaki yeri açısından oldukça değerlidir. Bu nedenle danışman eğitimciler araştırmacıları hazırladıkları tezleri makaleye dönüştürmeleri için teşvik etmelidir.

Anahtar sözcükler: Kulak burun boğaz hastalıkları, Uzmanlık tezi, Yayın, eğitim

Abstract

Objective: It is obligatory to write a thesis in order to complete the specialist training in our country, but it is not obligatory to publish the thesis as an article. For this reason, many theses containing valuable scientific facts can unfortunately not be converted into articles. The aim of study was to determine the conversion rates of otorhinolaryngology theses into scientific articles and to conduct a qualitative analysis of them.

Material-Method: The Council of Higher Education National Thesis Center web database was used to search the ENT theses between 2010-2015. The publication year, consultant's and author's names, the name of the journal, educational institution and summary of the thesis were recorded for each thesis. The publication status of the thesis was searched on the Google Scholar, PubMed, WoS and ULAKBIM platforms.

Findings: 517 theses were reached during the study. It was observed that the most frequently used research technique was the prospective method (314; 61%). The researchers found that otology (40%) and rhinology (29%) were the most preferred sub-branches of otorhinolaryngology. It was seen that 154 (67,5%) theses converted into publications were published in SCI and SCI-E journals; most articles were published in the European Archives of Oto-Rhino-Laryngology (16,7%).

Conclusion: The rate of writing an article based on a thesis in the fields of ENT is higher than those in other branches in Turkey and the world, but it is not sufficient. The conversion of dissertations into articles for publication is highly valuable for both the development of science and the place of our country in the scientific community. Therefore, consultant educators should encourage researchers to convert their theses into articles.

Key words: Otolaryngology, Dissertation, Publication, Education

Giriş

Tez, üniversite diploması için araştırmacı tarafından yazılmış kişisel araştırmayı içeren bir bilimsel inceleme olarak tanımlanabilir. Uzmanlık ve doktora eğitimi verilen her fakültede olduğu gibi tıp fakültesinde de uzmanlık eğitimi tamamlamak için tez hazırlanması şarttır. Bir araştırmacı için bir yandan uzmanlık eğitimine devam ederken bir yandan da tez konusu belirlemek, gerekli bilimsel araştırma ve çalışmaları yapmak sonrasında ulaşılan verileri değerlendirmek ve yazmak yoğun emek, zaman ve maddi kaynak gerektiren zor bir süreçtir. Bu süreç sonrasında ortaya konulan bilimsel gerçeklerin makale haline dönüştürüp ulusal ve/veya uluslar arası dergilerde yayınlanması hem yazarın kişisel gelişimi hem de yazarın bulunduğu eğitim kurumu ve ülkemiz için bilimsel camiada söz sahibi olunması açısından önemlidir (1). Ülkemizde uzmanlık eğitiminin tamamlanabilmesi için tez yazılması zorunludur ancak tezin makale olarak yayınlanması zorunlu değildir. Bu nedenle birçok değerli bilimsel gerçeği içeren tez maalesef ki makaleye çevrilerek yayınlanmamaktadır. Bu çalışmanın amacı Kulak burun boğaz ve hastalıkları (KBB) alanında 2010 – 2015 yılları arasında uzmanlık tezi olarak hazırlanan çalışmaların yayına dönüşme durumunu incelenecektir.

Materyal ve Metod

Çalışmamızda 2010 – 2015 yılları arasında ülkemizde KBB anabilim dalında eğitim gören araştırmacılar tarafından hazırlanan tezler 01.05.2019 tarihi itibarıyla retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmamıza yalnızca ülkemizdeki üniversitelerden KBB alanında yapılan ve 2010 – 2015 yılları arasında Yüksek öğretim kurumu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi internet veri tabanına (<http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>) eklenen tezler dahil edilmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda tez ilişkili makale hazırlanma süresi yaklaşık olarak 3 yıl olduğu görülmüştür bu nedenle 2016 – 2019 yılı arasındaki tezler çalışmaya dahil edilmemiştir (2 - 3). Uzmanlığını farklı ülkelerde alan ve/veya KBB ile ilgili olmayan tezler çalışma dışı tutulmuştur. Yine uzmanlık tezi dışındaki (doktora tezleri gibi) diğer tezlerde çalışmaya dahil edilmemiştir.

YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanına detaylı arama bölümüne anabilim dalı, tez türü, grubu ve

yıl bilgileri girilerek çalışmamıza dahil etme kriterlerimize uygun tezlere ulaşıldı. Tezlerin veritabanına yüklendiği yıl, tez yazarı ve danışmanı ismi, tez çalışmasının adı, araştırmanın yapıldığı eğitim yeri ve tezin özeti ile ilgili veriler YÖK Ulusal Tez Merkezi veritabanından alındı. Tezin makale olarak yayınlanma durumu; tezin İngilizce ve Türkçe ismi, tez yazarı ve danışmanı ile tez özetinde belirtilen anahtar kelimeler kullanılarak Google Scholar, Pubmed, Web of Science (WoS) ve TR ULAKBİM platformlarında araştırıldı. Tarama sonucunda ulaşılan makale olarak yayınlanmış tezlerin yayınlandıkları yıl, makalede geçen toplam yazar sayısı ve makaledeki yazar isim sırası, makalenin yayınlandığı dergi, yayınlanan derginin indeksi, makalenin yayınlandığı yıldaki derginin impakt faktörü ve çeyreklik dilimi ile 01 Mayıs 2019 tarihi itibarı ile makalenin WoS veritabanında aldığı atıf sayısı bilgileri kaydedildi. Google Scholar, Pubmed, WoS ve TR ULAKBİM platformlarında tez ile ilişkili bir makale bulunamadığında tez ile ilgili bir makalenin yazılmadığı kaanatine varıldı.

İstatiksel verilerin değerlendirilmesinde açık erişim yazılımı 'Jamovi' (sürüm 1.1.9) kullanıldı. Çalışmamız kapsamında elde edilen numerik verilerin analizinde ortalama \pm standart sapma ya da ortanca (minimum - maksimum); kategorik verilerin analizinde yüzde ve frekans analizi uygulandı.

Bulgular

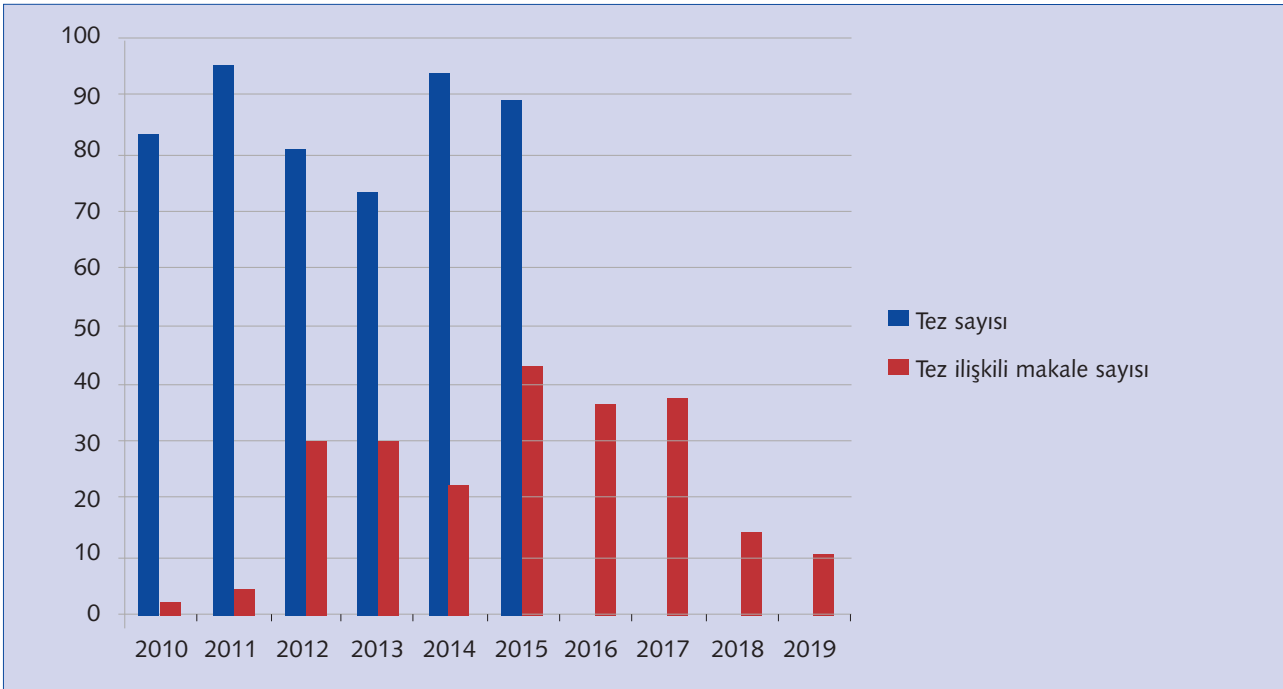
Çalışma kapsamında ulaşılan 517 tezin 228'inin (%44,1) çeşitli dergilerde yayınlandığı, 289'sinin (%55,9) ise dergilerde yayınlanmadığı görüldü. Tezlerin veritabanına yüklendikten sonra ortalama yayına dönüş süresi 2.867 yıl olarak bulundu. Tezlerin YÖK Ulusal veritabanına yüklendikleri ve ulusal/uluslar arası indeksli dergilerde yayınlandıkları yıllar Grafik 1'de gösterilmiştir.

Tezlerin YÖK Ulusal veri tabanına yüklendiği tarihleri incelediğinde; 2010 yılında 83 (% 16), 2011 yılında 95 (% 18), 2012 yılında 81 (% 16), 2013 yılında 73 (% 14), 2014 yılında 94 (% 18) ve 2015 yılında 89 (% 17) tezin veri tabanına yüklendiği bulundu (Tablo 1; Grafik 1).

Çalışmamız sonucunda 2010 – 2015 yılları arasında YÖK Ulusal veri tabanına eklenen toplam 517 tezden 30'unun (%6) eğitim ve araştırma

Tablo 1. 2010 – 2015 yılları arasında YÖK veritabanına yüklenen tezlerin hazırlandıkları uzmanlık eğitim kurumları ve yılları

YÖK veritabanında ulaşılan tezlerin hazırlandığı kurumlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Üniversite Hastanesi	461	90
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	30	6
Vakıf ve Özel Hastane	26	4
KBB uzmanlık tezlerinin YÖK veritabanına yüklendikleri yıl		
2010	83	16
2011	95	18
2012	81	16
2013	73	14
2014	94	18
2015	89	17



Grafik 1. 2010 – 2015 yılları arasında hazırlanan tez ve 2010 - Mayıs 2019 tarihleri arasında bu tezlerden hazırlanan makale sayısı

hastanesi, 26'sının (%4) vakıf ve özel hastane geri kalan 461'inin (%90) ise üniversite hastanesinde hazırlanmış olduğu görüldü (Tablo 1).

Uzmanlık tezlerinin KBB alt bilim dallarına göre dağılımı incelendiğinde; 207 (%40) tezin otoloji, 149 (%29) tezin rinoloji, 85 (%16,5) tezin baş ve boyun cerrahisi, 55 (%10,5) tezin laringoloji, 19 (%3,5) tezin fasiyal plastik cerrahi ve 2 (%0,5) tezin genel KBB ile ilgili tezler olduğu görüldü. 18 yaş altı hasta grupları ile yapılan çalışmalar aynı zamanda pediatrik KBB ile ilgili tezler olarak

değerlendirilirse 53 (%10,5) tezin aynı zamanda pediatrik KBB ile ilgili bulundu. Tablo 2'de KBB uzmanlık tezlerinin alt bilim dallarına göre analizi ve makale haline getirilme durumları özetlenmiştir.

Hazırlanan tezlerden araştırma yöntemleri değerlendirildiğinde; 314'ünün (%61) prospektif, 94'ünün (%18,1) retrospektif, 92'sinin (%17,8) hayvan deneyi, 13'sünün (%2) genetik, 2'sinin (%0,4) in - vitro, 1'inin (%0,2) kadavra ve 1'inin (%0,2) de deneysel çalışma olduğu gözlemlendi (Tablo 3).

Tablo 2. KBB uzmanlık tezlerinin alt bilim dallarına göre analizi ve makale haline getirilme durumları

	Otoloji	Rinoloji	Baş Boyun Cerrahisi	Laringoloji	Fasiyal Plastik Cerrahi	Genel KBB	Pediyatrik KBB
Otoloji	207	118	65	13	4	7	89
Rinoloji	149	85	38	4	6	16	64
Baş – Boyun Cerrahisi	85	41	29	1	8	6	44
Laringoloji	55	34	13	1	2	5	21
Fasiyal Plastik Cerrahi	19	9	9	-	-	1	10
Genel KBB	2	2	-	-	-	-	-
Pediyatrik KBB	53	31	16	3	2	1	22

Makale olarak dergilerde yer alan tezlerden 53'ünün 6 (%23,5) yazar ismi ile yayınlandığı bulundu. Makalelerde ortalama yazar sayısı 5,83'dür. 199 (%86) makalede 1. sıradaki yazar tezin sahibi olan yazardır. 18 tanesinde 2. sırada, 8'inde 3. sırada, 4'ünde 4. sırada ve 1'inde 5. sırada tez sahibi yazar ismi yer almıştır (Tablo 4).

Tez ilişkili makalelerin yayınlandıkları dergiler incelendiğinde; yayın haline dönüştürülen tezlerin 154'ünün (%67,5) Science citation index (SCI) ve Science citation index Expanded (SCI – E)

dergilerde, 35'inin (%15,4) TR ULAKBİM Tıp dizininde, 19'unun (%8,3) Emerging SCI (E – SCI) dergilerde ve 20'sinin (%8,8) diğer uluslararası dizinlerde yer alan farklı dergilerde yayınlandığı görüldü (Tablo 5, Grafik 2).

SCI ve SCI – E indeksli dergilerde yayınlanan makalelerin yayınladıkları dergileri incelediğimizde; 154 makalenin 43 farklı dergide yayınlandığı bulundu. 43 derginin 24'ünün KBB ile ilgili dergilerde, 19'unun ise genel tıp ya da temel tıp ve biyolojik bilimler dergilerinde yayınlandığı

Tablo 3. KBB uzmanlık tezlerinin araştırma tasarımları

	Otoloji	Rinoloji	Baş boyun cerrahisi	Laringoloji	Fasiyal plastik cerrahi	Genel KBB	Pediyatrik KBB
Prospektif	112	114	39	34	15	-	33
Retrospektif	35	10	32	14	1	2	17
Hayvan Deneyi	52	22	11	4	3	-	-
Genetik	6	3	2	2	-	-	3
İn Vitro	1	-	-	1	-	-	-
Kadavra	-	-	1	-	-	-	-
Deneyisel	1	-	-	-	-	-	-
Toplam	207	149	85	55	19	2	53

Tablo 4. Tez sahibi yazarın makaledeki isim sırası

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Birinci isim	199	86
İkinci isim	18	8
Üçüncü isim	8	3,5
Dördüncü isim	4	2
Beşinci isim	1	0,5

gözlemlendi. SCI ve SCI – E indeksli dergilerin SCI impact (etki) faktörü yayınladıkları yıllara göre 0.054 – 3.021 arasında idi. Yine yayınladıkları yıla göre dergilerden 64'ü Q4, 38'i Q3, 49'u Q2 ve 5'i Q1 çeyreklik dilimde yer almaktaydı. En çok makalenin 26 (%16,7) makale ile *European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology* dergisinde ve 24 (%16,1) makale *Journal Of International Advanced Otology* dergisinde yayınlandığı bulundu.

Tablo 5. Makalelerin yayımlandığı dergiler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
European Archives of Oto-Rhino-Laryngology	26	% 11,4
Journal of International Advanced Otology	24	% 10,5
Journal of Craniofacial Surgery	20	% 8,8
Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg	15	% 6,7
International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology	13	% 5,7
Turk Arch Otorhinolaryngol	8	% 3,5
Clinical and Experimental Otorhinolaryngology	7	% 3
Otolaryngology–Head And Neck Surgery	6	% 2,6
Brazilian Journal of Otorhinolaryngology	6	% 2,6
Ent Updates	6	% 2,6
Journal of Laryngology and Otology	5	% 2,2
Acta Oto-Laryngologica	5	% 2,2
Diğer	87	% 38,2
Toplam	228	% 100

Tartışma

Bu çalışmada 2010 – 2015 yılları arasında KBB uzmanlık tezlerinin detaylı bir analizi yapılmıştır. Tıpta uzmanlık tezlerinden makale elde edilme oranlarını inceleyen ilk çalışma Özgen ve ark. tarafından yapılmıştır (1). Literatürde mikrobiyoloji, anestezi, göz hastalıkları, nöroşirurji gibi çeşitli klinik disiplinlerde benzer çalışmalar bulunmaktadır (4-8). KBB alanında da benzer çalışmalar literatürde mevcuttur (2,9).

Ülkemizde KBB anabilim dalında 2010 – 2015 yılları arasında YÖK Ulusal veri tabanına yüklenen uzmanlık tezlerinin 228'inin (% 44,1) çeşitli dergilerde yayımlandığı görülmüştür. Literatürü incelediğimizde ülkemizde 1980 – 2005 yılları arasında hazırlanan 22625 tıp tezini inceleyen bir çalışmada tezlerin indeksli dergilerde makale olarak yayınlanma oranı yalnızca % 6.2 olarak bulunmuştur (1). Yine mikrobiyoloji alanında 1997 – 2007 yılları arasında hazırlanan 824 tezin % 11,4'ü hakemli dergilerde yayınlanmıştır (4). Acil tıp uzmanlık alanında 2010 – 2015 yılları arasında üretilen tezlerin ise % 20'si makaleye dönüştürülüp yayınlanmıştır (10). Öğrenci ve ark. (8) nöroşirurji alanda 2004 – 2013 yılları arasında indeksli dergilerde tez ilişkili makale oranını % 18 olarak bildirmiştir. Benzer çalışmalar farklı anabilim dallarında yurtdışında da yapılmış ve tezlerin makale olarak yayınlanma oranları

Fransa'da yapılan bir çalışmada % 17, Peru'da % 17,6 Finlandiya'da % 23,8 olarak bulunmuştur (11-13). Görüldüğü üzere tez çalışmalarının makaleye dönüştürülme oranlarındaki düşüklük yalnız ülkemizde değil bütün dünyada aynı biçimdedir. Bu oranların düşüklüğü oldukça dikkat çekici ve üzücüdür. Düşük yayın oranları hem araştırmaların kalitesini hem de lisansüstü tıp eğitiminin kalitesini şüpheli kılmaktadır (1,14). KBB alanında ilk yapılan çalışma Kalcioğlu ve ark. (9) tarafından yapılan; ulusal ve uluslararası indeksli bir dergide tezden yazılan makale yayımlanma oranlarının sırasıyla % 26.1 ve % 36.3 olarak tespit edildiği çalışmadır. Yine KBB alanında yapılan bir diğer çalışmada ise; Çetin ve ark. tez ilişkili makale yazılma oranını % 35.6 olarak bulunmuştur (2). Bizim çalışmamızda ise bu oran % 44.1 olarak bulunmuştur. Diğer branşlara göre KBB alanındaki oranların yüksek oluşu sevindiricidir ancak yeterli değildir.

Çalışmamızda belirtilen zaman dilimi içinde YÖK Ulusal veri tabanına yüklenen toplam 517 KBB uzmanlık tezine ulaşılmıştır. Bu tezlerin 461'i (% 90) üniversite hastanesinde eğitim alan araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Tekin ve ark. (10) acil tıp uzmanlık tezleri ile ilgili yaptıkları çalışmada YÖK veri tabanından 532 teze ulaşımlar ve yalnızca bir tane tezin eğitim ve araştırma hastanesinden veri tabanına eklendiğini

belirtmişlerdir. Ülkemizdeki uzmanlık eğitimi veren eğitim ve araştırma hastaneleri ile özel ve vakıf hastanelerde uzmanlık eğitimi alan asistan sayısı düşünüldüğünde bu oranlar oldukça düşüktür. Bu nedenle özellikle eğitim ve araştırma hastanesi ile özel ve vakıf hastanesinde görevli danışman eğitimciler, uzmanlık eğitimi alan araştırmacıları bu konuda daha fazla yönlendirmelidir.

Kulak burun boğaz anabilim dalı alt dalları açısından tezlerin konuları ve makaleye dönüşme oranları incelendiğinde; fasyal plastik cerrahi alanında yazılan 19 tezin 10'u (%52,6) makale haline dönüştürüldüğü görülmüştür. Bu makalelerden 9'u, SCI ya da SCI - E indeksli dergide 1'ide TR ULAKBİM'de indekslenen dergide yayınlanmıştır. Fasyal plastik alanında yapılan 19 tezin yalnızca biri retrospektif araştırmadır. Geri kalan üç tez hayvan ve 15 tez ise prospektif araştırmadır. Yapılan tezlerin prospektif ya da hayvan deneyi araştırması olması nedeniyle diğer KBB alt bilim dallarına oranla yüksek bir SCI ve SCI – E indeksli dergide yayınlanma oranına sahip olduğu yorumu yapılabilir. En çok tezin yazıldığı otoloji – nörootoloji (207 tez) ve rinoloji (149 tez) bilim dallarında yazılan tezlerin %43'ü makale halinde indeksli dergilerde yayınlanmıştır. Tablo 2'de KBB uzmanlık tezlerinin alt bilim dallarındaki dağılımı ve makaleye dönüşme sayıları verilmiştir. Çalışmamızda araştırmacılar tarafından çoğunlukla prospektif çalışmaların tercih edildiği görülmüştür (314 tez; %61). İn - vitro, kadavra ve genetik çalışmalar görece olarak oldukça sınırlı sayıda bulunmaktadır. Bunun en büyük nedeni olarak bu çalışma yöntemleri için diğer yöntemlere göre daha fazla emek ve finansal destek gerekmesi düşünülmüştür. Çetin ve ark. (2) yaptıkları 2007 – 2012 yılları arasındaki tezleri inceleyen çalışmada prospektif çalışma oranını %37 olarak bulmuştur. Bu çalışma ile çalışmamızın incelediği zaman dilimindeki farklılık ve örneklem büyüklüğü farkına bağlı böyle bir farklılık olduğu düşünülmüştür. Ayrıca makalelerin özellikle uluslararası dergilerde kabul edilme olasılığı prospektif çalışmalarda retrospektif çalışmalar ve vaka serisi çalışmalarına göre daha yüksektir. Bu nedenle gün geçtikçe yapılan daha çok çalışma prospektif olarak tasarlanmaya başlanmaktadır.

Akkeçeci'nin fizyoloji tezlerini incelediği çalışmada tez sahibi araştırmacının makalede birinci isim yazar olma oranı %85.1 olarak bulunmuştur (3). Acil tıp uzmanlık tezlerinin makaleye dönüşmesini inceleyen bir başka çalışmada ise %87 oranında birinci isim yazar tez sahibidir (10). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu bir biçimde makalede ilk ismin tez sahibi olma oranı %86 (199 makale) olarak bulunmuştur. Bir tezin yayın haline dönüşmesi yaptığımız çalışmada ortalama 2.867 yıl olarak bulunmuştur. Bu süre araştırma konusu bulunmuş, literatür taraması yapılmış, gerekli materyalin toplandığı ve araştırmanın yapılarak tez halinde yazıldığı sürecin üzerine eklenen bir süredir. Bu nedenle bu uzun periyod neticesinde tez sahibi olan araştırmacının makalede ilk isim olması; genç araştırmacının yayın yapmaya teşvik olması, moral ve motivasyonu açısından önemlidir.

En çok makale sırası ile 26 makale ile *European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology* dergisinde, 24 makale ile *Journal Of International Advanced Otolaryngology* ve 20 makale ile *Journal Of Craniofacial Surgery* dergisinde yayınlanmıştır. Görüldüğü üzere makalelerin %52'si yalnızca bu üç dergide; geri kalanları ise 21 farklı dergide yayınlanmıştır (Tablo 5). Araştırmacılar tarafından özellikle bu 3 makalenin tercih edilme nedeni olarak, bu dergilerin yazarlarımız tarafından daha çok biliniyor olması düşünülmüştür.

Çalışmamız sonucunda KBB alanında tez ilişkili makale yayınlanma oranı %44,1 olarak bulunmuştur. Yani %55,9 tez makale olarak yazılmayıp, bilimsel camianın hizmetine sunulmamıştır. Tez hazırlanması araştırmacının tıbbi pratik ve becerileri kazanması yanında bilimsel gelişimi açısından önemlidir. Hipotez üretme, hipotezi ispatlamak için bir çalışma tasarlama, veri toplama ve analizini yapma, sonuçlarını yorumlanma ve bilimsel bir metin olarak yazma becerisini kazandırır. Bu kadar harcanan insan gücü, zaman ve diğer kaynaklar sonrası elde edilen ürünün bir kenarda bırakılması üzüntü vericidir.

Tez hazırlama ve makale yazma sürecinde araştırmacıları en çok zorlayan başlıklar; tezin hazırlanmasında kullanılacak materyal için gerekli finansal destek eksikliği ile araştırmacının tez hazırlama - yönetme ve bilimsel makale yazma

beceresi konusunda yol gösterici profesyonel bir eğitimi almamasıdır. Bu nedenle bu eksikleri daha iyi anlamamızı ve çözüm yolları bulunmasını sağlayacak çeşitli program, kurs ve kılavuzlar sayesinde hazırlanacak tezlerin kalitesi artırılabilir, kaynaklar daha efektif kullanılabilir ve tezlerin makaleye dönüştürülmesi teşvik edilebilir.

Çalışmamızdaki en önemli kısıtlılığımız belirlenen zaman dilimi içinde hazırlanan tezlere ulaşmak için tek kaynağımızın YÖK Ulusal Tez merkezi veri tabanı olmasıdır. Eğitim ve araştırma hastanesinde ihtisas yapan araştırmacıların tezlerini veri tabanına yüklememesine bağlı eğitim hastaneleri ile üniversite hastaneleri arasında ciddi farklılıklar çıkmaktadır. Ayrıca üniversite hastanesinde eğitim alan ancak tezlerini veri tabanına yüklemeyen araştırmacılarında tezlerine maalesef ki ulaşamamıştır. Bir diğer önemli kısıtlılığımız ise; tezlerin yayınlanmış olabileceği dergileri araştırmak için yalnızca en çok tercih edilen dört arama platformunu (Google Scholar, Pubmed, Web of Science ve TR ULAKBİM) kullanmış olmamızdır. Bu nedenle belirlenen zaman dilimi içindeki hazırlanmış bütün tezleri ve yayınlanmış tüm tez ilişkili makalelere ulaşmış olma gibi bir iddiamız yoktur.

Sonuç

Bilim paylaşmadan gelişmez; gelişemez. Zorlu geçen uzmanlık eğitimi süreci ve sonrasında büyük emekler ve zaman harcanarak ortaya çıkarılan ve bilimsel gerçekleri içeren tezlerin; makale haline getirilerek bütün bilim camiasıyla paylaşılması bilimin gelişmesi ve ülkemizin uluslararası camiadaki prestiji açısından oldukça değerlidir. Bu nedenle araştırmacılar tarafından ilgi alanları doğrultusunda güncel konularda kaliteli tezlerin hazırlanması sağlanmalı ve bu hazırlanan tezlerin yayına dönüştürülmesi danışmanlar tarafından teşvik edilmelidir.

İletişim: Dr. Muhammet Fatih Topuz

E-posta: drfatihtopuz@yahoo.com

Kaynaklar

1. Özgen Ü, Eğri M, Aktaş M, Sandikkaya A, Öztürk ÖF, Can S et al. Publication pattern of Turkish Medical Theses: Analysis of 22625 medical theses completed in years 1980 – 2005. *Türkiye klinikleri J Med Sci* 2011;31(5):1122-31

2. Çetin AÇ, Boran C, Erdağ TK. Kulak burun boğaz uzmanlık tezleri yayına dönüşüyor mu? *Kulak burun boğaz İhtis Derg.* 2017;27(4):185-193
3. Akkeçeci NS. Publication of physiology theses in scientific journals: Analysis of the status from Turkey. *J Surg Med.* 2019;3(3):235-238. DOI: 10.28982/josam.536365
4. Sipahi OR, Serin DÇ, Pullukçu H, Taşbakan M, Ulu DK, Yamazhan T et al. Ülkemizde tıbbi mikrobiyoloji, klinik mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları dallarında yapılan tıpta uzmanlık ve doktora tezlerinin uluslar arası dergilerde yayına dönüşüm oranları. *Mikrobiyol Bul* 2014; 48(2): 341-5
5. Figueredo E, Sánchez Perales G, Villalonga A, Castillo J. Spanish doctoral dissertations on anesthesiology and the scientific publications of their authors. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2002;49:124-30.
6. Dhaliwal U, Singh N, Bhatia A. Masters theses from a university medical college: publication in indexed scientific journals. *Indian J Ophthalmol* 2010;58:101-4
7. Bayramlar H, Karadağ R, Gurtürk AYK, Ocal A, Dağ Y, Sari U. Publication Patterns of Ophthalmology Residency Dissertations in Turkey. *Eur J Gen Med* 2015;12:213-6
8. Oğrenci A, Eksi MS, Özcan-Eksi EE, Koban O. From idea to publication: Publication rates of theses in neurosurgery from Turkey. *Neurol Neurochir Pol* 2016;50:45-7.
9. Kalcioğlu MT, Eğilmez OK, Karaca S, Hanege FM, İleri Y. Publication rates of otolaryngology theses from peer-reviewed journals. *Kulak Burun Boğaz İhtis Derg* 2016;26:143-51
10. Tekin E, Karagöz S, Akbaş İ. Acil tıp uzmanlık tezlerinin dergilerde yayınlanması bakımından analizi. *Ahi Evran Med J.* 2019;3 (1):26-30.
11. Arriola-Quiroz I, Curioso WH, Cruz-Encarnacion M, Gayoso O. Characteristics and publication patterns of theses from a Peruvian medical school. *Health Info Libr J* 2010; 27(2): 148-54.
12. Nieminen P, Sipilä K, Takkinen HM, Renko M, Risteli L. Medical theses as part of the scientific training in basic medical and dental education: experiences from Finland. *BMC Med Educ* 2007; 7: 51.
13. Salmi LR, Gana S, Mouillet E. Publication pattern of medical theses, France, 1993-98. *Med Educ* 2001;35(1): 18-21.
14. Frikovic V, Skender T, Dojcinovic B, Billc-Zulle L. Publishing scientific papers based on master's and PhD these from a small scientific community: case study of Croatian Medical Schools. *CMJ* 2003;44(1):107-11.

Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutumları ve Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları

Nurses' Attitudes Towards Caregiver Roles And Perceptions of Individualized Care

Araştırma



Research

Yasemin Altınbaş¹, Emine Derya İster²

DOI: 10.17942/sted.621856

Geliş/Received : 19.09.2019
Kabul/Accepted : 03.06.2020

Öz

Amaç: Bu araştırmanın amacı hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile bakım verici rollerine ilişkin tutumlarını belirlemek ve bu iki değişken arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı-korelasyonel tipteki bu araştırmanın örneklemini Nisan-Ağustos 2018 tarihleri arasında Adıyaman'da bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve araştırmaya katılma konusunda istekli olan 262 hemşireden oluşmuştur. Araştırmada veriler Birey Tanıtım Formu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A-Hemşire Versiyonu (BBSA-Hemşire) ve Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği (HBRTÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirilirken; tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız gruplarda Student t-testi, One Way ANOVA, pearson korelasyon analizi ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı kullanılmıştır. Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin HBRTÖ puan ortalaması 61.07 ± 9.68 ve BBSA-Hemşire ölçeği puan ortalaması 3.85 ± 0.80 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşlarına, eğitim düzeylerine, medeni durumlarına, toplam çalışma sürelerine göre HBRTÖ ve BBSA-Hemşire toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$). Toplam HBRTÖ ile toplam BBSA-Hemşire arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde güçlü ilişki bulunmuştur ($r = 0.638$, $p = 0.001$). Hemşirelik memnuniyet puanı ile toplam HBRTÖ ve alt boyutları ile BBSA-Hemşire toplam ve BBSA-Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisinin olduğu; mesleki memnuniyeti yüksek olan hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Hemşire, Hasta, Bakım verici rol, Bireyselleştirilmiş bakım, Tutum

Abstract

Objective: The aim of this study is to determine nurses' perceptions of individualized care and their attitudes towards caregiver role and to evaluate the relationship between these two variables.

Material and Method: The sample of this descriptive-correlational study consisted of 262 nurses willing to participate in the study and working at the Training and Research Hospital in Adıyaman between April and August 2018. The data were collected using the Individual Identification Form, the Individualized Care Scale-A (ICS-A Nurse Version) and the Attitude Scale for Caregiving Role of the Nurses (ASCRN). While evaluating the data obtained from the research, descriptive statistical methods, Student's t-test in independent groups, One Way ANOVA, Pearson correlation analysis and Cronbach alpha reliability coefficient were used. The approval was obtained from Adıyaman University Non-Interventional Research Ethics Committee.

Findings: The mean scores of the nurses were 61.07 ± 9.68 and 3.85 ± 0.80 on ASCRN and ICS-A, respectively. No significant difference was found between the total and sub-dimension mean scores of the nurses on ASCRN and ICS-A Nurse in terms of their age, education level, marital status and total working time ($p > 0.05$). There was a statistically significant positive correlation between total ASCRN and total ICS-A Nurse ($r = 0.638$, $p = 0.001$). A statistically significant relationship was found between nursing satisfaction score and total ASCRN and its sub-dimensions and total ICS-A Nurse and ICS-A Nurse personal life status sub-dimension ($p < 0.05$).

Conclusion: It was concluded that nurses' attitudes towards caregiving roles are related to their perceptions of individualized care; the nurses with high job satisfaction have more positive attitudes towards their caregiving roles.

Key words: Nurse, Patient, Caregiving role, Individualized care, Attitude

1 Dr.; Öğretim Üyesi, Adıyaman Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Cerrahi Hast. Hemşireliği AD, Adıyaman (Orcid No: 0000-0002-0456-3236)
2 Dr.; Öğretim Üyesi, Hemşirelik Bölümü, Kahramanmaraş Sütçü İmam Ü. Sağlık Bilimleri Fak., İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Kahramanmaraş (Orcid No: 0000-0003-3902-5574)

Giriş

Hemşirelik mesleğinin temel amacı, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi; temel konusu ise bakımdır. Bakım; hemşirelik için özgündür (1,2). Hemşire kuramcılardan Leninger (1984), "bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır" ifadesini kullanarak "bakım"ın hemşirelik mesleği için ne denli önemli olduğunu bu cümlesiyle vurgulamaktadır (3). Holistik bakış açısını benimseyen hemşireliğin nitelikli bireysel bakım verebilmesi için bütüncül öğeleri içermesi gerekmektedir. Hemşirelerin bireysel bakım verebilmesi kültür, inançlar, adetler ve değerler gibi bireysel faktörlerin göz önüne alınmasına bağlıdır (1,2). Bireyselleştirilmiş bakım kavramı hemşirelik literatürüne 1970'lerde girmiştir (4). Bireyselleştirilmiş bakım, hastaların klinik durumları ile ilgili kişisel özelliklerini, kişisel yaşam biçimini ve tercihlerini, kendi bakımını etkileyebilecek kararların alınma sürecine katılımını göz önünde bulunduran hemşirelik bakım hizmetinin bir ögesidir (5,6). Aynı zamanda hastaların iş, ev, boş zaman ve hastalık ile ilgili deneyimlerini, fiziksel göstergeleri ve baş etme yöntemlerine ilişkin davranışlarını, düşüncelerini, olayların yorumları ve deneyimlere verilen anlamları içeren algılarını ele almaktadır (7). Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım kavramı hastanın bireyselliğine saygı göstermeyi, hastaya bütüncül bakım vermeyi, bakıma ihtiyacı olan bireyin bakım gereksinimine odaklanmayı, hastanın bağımsızlığını desteklemeyi, hasta ile birlikte bakımı planlamayı, her hastaya eşit ve adil bir yaklaşımı içermektedir (8). Bireyselleştirilmiş bakımın hastaya kendisini değerli hissettirmesinin yanı sıra hastanın tedavisine ve durumuna uyum sağlamasında önemli katkıları bulunmaktadır (6).

"Bakım verme" hemşireliğin rollerinden biridir. Bakım verme rolü hemşirelik mesleğinin otonomisinin yaşama geçirildiği roldür (9). Bakım verme rolü, hastaya ilişkin bireysel bakım planının hazırlanması ve hastaya sosyal-duygusal iyilik durumunu yeniden kazandırmaya yönelik hemşirelik girişimlerini içermektedir. Hemşire bu rolü bakımından sorumlu olduğu hasta bireyin bakım ihtiyaçlarını kendisi ve ailesi ile iş birliği yaparak belirleyip, yerine getirmektedir (10). Hemşirelerin hastalara bireyselleştirilmiş bakım verme aktivitesini, hemşirelerin hastalara yönelik bireyselleştirilmiş bakım algısı ve bakım verici

rollerine ilişkin tutumları etkileyebilir. Literatürde bu iki değişkenin birlikte değerlendirildiği bir araştırma bulunmamaktadır. Bu araştırmanın amacı hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile bakım verici rollerine ilişkin tutumlarını belirlemek ve bu iki değişken arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Araştırma sonuçlarının bireyselleştirilmiş hasta bakımının geliştirilmesine yönelik hemşirelik eğitim ve literatürüne katkı sunacağı düşünülmektedir.

Araştırma soruları

1. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları nasıldır?
2. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları nasıldır?
3. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile bakım verici rollerine ilişkin tutumları arasında ilişki var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı-korelasyonel olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın evreni ve örneklemi

Araştırmanın evrenini, Adıyaman'da bulunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 350 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise Nisan-Ağustos 2018 tarihleri arasında belirtilen hastanede çalışan ve araştırmaya katılma konusunda istekli olan 262 hemşireden oluşmuştur. Veri toplama tarihlerinde yıllık izinli olan, ücretsiz izne ayrılan, raporlu olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hemşireler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırmanın veri toplama araçları ve verilerin toplanması

Araştırmada veriler "Birey Tanıtım Formu", "Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hemşire Versiyonu (BBSA-Hemşire)" ve "Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği (HBRTÖ)" kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılma konusunda istekli olan hemşireler tarafından uygun oldukları zamanda kendileri tarafından doldurulmuştur.

Birey tanıtım formu: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine yönelik 5 soru, çalıştığı servise, toplam çalışma yılına, çalışma şekline ve hemşirelik mesleğinden memnuniyetine yönelik 4 sorudan oluşmuştur. Hemşirelik mesleği memnuniyet puanı 0-10 arasında değişmektedir. Sıfır (0) mesleki memnuniyetin olmadığını, 10 puan ise mesleki memnuniyetin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

Bireyselleştirilmiş bakım skalası hemşire versiyonu (BBSA-hemşire)

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası, Suhonen ve arkadaşları tarafından hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (11). Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlilik çalışması Şendir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini destekleme (BBSA-Hemşire), ikinci bölümünde ise hemşirelerin hastanın bakımını bireyselleştirme algıları değerlendirilir. Bu çalışmada ölçeğin birinci bölümü kullanılmıştır. BBSA-Hemşire, toplam 17 maddeden oluşur ve beşli likert tipte, kesinlikle katılmıyorum "1" Kısmen Katılmıyorum "2" Kararsızım "3" Kısmen Katılıyorum "4" Kesinlikle Katılıyorum "5" şeklinde puanlandırılır. BBSA-Hemşire üç alt boyut içerir: Klinik Durum (madde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), Kişisel Yaşam Durumu (madde 8, 9, 10, 11) ve bakım üzerinde Karar Verme Kontrolü (madde 12, 13, 14, 15, 16, 17)'dür. Bu alt boyutların hesaplanması, alt boyutların içerdiği madde puanlarının toplamının madde sayısına bölünmesi ile gerçekleştirilir. BBSA-Hemşire toplam ve alt boyutlarından alınabilecek puanlar 1-5 arasındadır. Alınan puanların yüksek olması hemşirelerin, hastaların bireyselliğini destekleme algılarının da yüksek olduğunu gösterir (12). Suhonen ve arkadaşlarının çalışmasında 0.88 (11), Şendir ve arkadaşlarının çalışmasında (12) 0.91 olarak bulunan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı, bu çalışmada 0.95 olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutum ölçeği (HBRTÖ): Koçak ve arkadaşları tarafından hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilen ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan "Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin

Tutum Ölçeği (HBRTÖ)" 16 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. HBRTÖ; "Hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve Hemşirenin danışmanlık rolüne ilişkin tutum", "Hemşirenin bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutum" ve "Hemşirenin tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutum" adı altında üç alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri "Kesinlikle katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kısmen Katılıyorum", "Katılıyorum" ve "Tamamen Katılıyorum" yanıtları doğrultusunda değerlendirmekte ve bu değerlendirmeler 1-5 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 16, en yüksek 80 puan alınabilmektedir. Ölçeğin "Hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve hemşirenin danışmanlık rolüne ilişkin tutum" alt ölçeğinden alınan en düşük puan 7, en yüksek puan 35, "Hemşirenin bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutum" alt ölçeğinden alınan en düşük puan 4, en yüksek puan 20, "Hemşirenin tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutum" alt ölçeğinden alınan en düşük puan 5, en yüksek puan 25'dir. Alınan ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanı arttıkça hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının olumlu olarak, azaldıkça ise olumsuz olarak yorumlanmaktadır. HBRTÖ'nün tüm maddeleri için Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur (13). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.91 olarak saptanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için, SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirilirken; tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız gruplarda Student t-testi, One Way ANOVA, Pearson korelasyon analizi ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmaya başlamadan önce Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin ve Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (2018/ 3-19). Araştırmaya katılan hemşirelerden sözel ve yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin %56.1'inin 29-39 yaş aralığında, %77.9'unun kadın, %70.2'sinin lisans mezunu, %77.5'inin evli ve %68.7'sinin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %61.1'inin vardiyalı, %37.8'inin 6-

10 yıldır çalıştığı ve %83.2'inin servislerde çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin meslektan memnun olma düzeyleri incelendiğinde %29.4 düşük, %42.7 orta ve %27.9 yüksek düzeyde memnun oldukları bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-28 yaş		
29	66	25.2
-39	147	56.1
40-57 yaş	49	18.7
Cinsiyet		
Kadın	204	77.9
Erkek	58	22.1
Eğitim Durumu		
Lise	42	16.0
Ön Lisans	36	13.7
Lisans	184	70.2
Medeni Durum		
Evli	203	77.5
Bekar	59	22.5
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	180	68.7
Hayır	82	31.3
Çalışma Şekli		
Yalnız Gündüz	102	38.9
Vardiya	160	61.1
Çalışma Süresi		
0-5 yıl	72	27.5
6-10 yıl	99	37.8
11-15 yıl	42	16.0
16 ve üzeri yıl	49	18.7
Çalışılan Birim		
Klinik/Servis	218	83.2
Yoğun Bakım	44	16.8
	Ortalama±Sd	Min-Max
Yaş	33.34±6.85	18-57
Hemşirelikten memnuniyet	4.84±2.30	0-10

Hemşirelerin HBRTÖ puan ortalaması 61.07±9.68 ve BBSA- Hemşire ölçeği puan ortalaması 3.85±0.80 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin BBSA-Hemşire ve HBRTÖ alt boyut puan ortalamaları tablo 2'de verilmiştir.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine, medeni durumlarına göre HBRTÖ ve BBSA-Hemşire toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmemiştir (p>0.05). Erkek hemşirelerin BBSA-Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalaması 3.77±0.91; kadın hemşirelerin ortalaması 3.45±1.11 olup iki ortalama arasında istatistiksel açıdan fark belirlenmiştir (p=0.02).

Yalnız gündüz veya vardiyalı çalışan hemşirelerin HBRTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Yalnız gündüz çalışan hemşirelerin BBSA-Hemşire klinik durum puan ortalaması vardiyalı çalışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.03). Yalnız gündüz çalışan hemşirelerin BBSA-Hemşire karar verme kontrolü puan ortalaması vardiyalı çalışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.01). Tabloda gösterilmemekle beraber çalışma süresi ile HBRTÖ toplam ve alt boyutları ortalamaları ile BBSA-Hemşire toplam ve alt ölçekler puan ortalamaları arasında fark belirlenmemiştir (p>0.05).

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin "Hemşirenin bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutum" alt boyut puan ortalaması serviste çalışan hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlenmiştir (p=0.03). Bu bulgu yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bireyi koruma ve saygılı olma rolüne ilişkin tutumlarının serviste çalışanlara göre daha olumlu olduğunu göstermektedir.

Tablo 4'te hemşirelerin HBRTÖ ölçeği toplam ve alt boyutlarının BBSA-Hemşire ölçeği toplam ve

Tablo 2. Hemşirelerin HBRTÖ ve BBSA-hemşire ölçekleri puan ortalamaları

Ölçekler		Ortalama±Sd	Min-Max
HBRTÖ	Hemşirenin öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve danışmanlık rolüne ilişkin tutum alt ölçeği	26.29±4.79	7-35
	Hemşirenin bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne yönelik tutum alt ölçeği	16.20±2.61	4-20
	Hemşirenin tedavi sürecinde ki rollerine ilişkin tutum alt ölçeği	18.57±3.36	5-25
	HBRTÖ toplam puanı	61.07±9.68	16-80
BBSA Hemşire	Klinik durum	3.95±0.83	1-5
	Kişisel yaşam durumu	3.52±1.07	1-5
	Karar verme kontrolü	3.96±0.84	1-5
	Genel toplam	3.85±0.80	1-5

alt boyutları ile korelasyonu verilmiştir. İki ölçek alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.001$). Toplam HBRTÖ ile toplam BBSA-Hemşire arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde güçlü ilişki bulunmuştur ($r=0.638$, $p=0.001$).

Hemşirelerin mesleki memnuniyet puanları ile HBRTÖ toplam ve alt tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişki belirlenmiştir. Hemşirelerin mesleki memnuniyet puanları ile BBSA-Hemşire toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 5).

Tartışma

Bu araştırmada hemşirelerin verdikleri bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini ne ölçüde desteklediğini değerlendiren BBSA-Hemşire madde puan ortalaması $3.85±0.80$ olarak saptanmıştır. Can'ın (2013) çalışması hemşirelerin BBSA-Hemşire toplam madde puan ortalamasını $3.88±0.72$ olarak bildirmektedir (14). Özdemir (2015) tarafından hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin BBSA-Hemşire puan ortalaması $3.80±0.72$ olarak belirtilmektedir (15). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin BBSA-Hemşire alt boyut puan ortalamaları en yüksek puandan en düşüğe Karar Verme Kontrolü ($3.96±0.84$), Klinik Durum ($3.95±0.83$) ve Kişisel Yaşam Durumu ($3.52±1.07$) olarak sıralanmaktadır (Tablo 2). Özdemir'in çalışmasında hemşirelerin BBSA-Hemşire alt boyut puanı en yüksekten düşüğe doğru Klinik Durum, Karar Verme Kontrolü ve

Kişisel Yaşam Durumu şeklindedir (15). Can ve Acaroğlu tarafından yapılan çalışmada ise BBSA-Hemşire alt boyutları madde puan ortalamalarında da Klinik Durum ($4.09±0.62$), Karar Verme Kontrolü ($3.98±0.74$) ve Kişisel Yaşam Durumu ($3.36±1.03$) olarak bildirilmektedir (14). Suhonen ve arkadaşlarının (2011) uluslararası düzeyde aralarında Türkiye'nin de bulunduğu yedi ülkede gerçekleştirdiği uluslararası karşılaştırmalı çalışmasında Türk hemşirelerine ilişkin bulgularda BBSA-Hemşire toplam madde puan ortalaması $3.96±0.48$ olarak belirlenmiştir (16). Ülkemiz hemşirelerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını yansıtan çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin genel olarak verdikleri bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini yüksek ölçüde desteklediğini bildirmesi memnuniyet verici bulunmuştur.

Araştırmamızda hemşirelerin yaş gruplarına, eğitim düzeyine, medeni durumuna göre BBSA-Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları değişmemektedir ($p>0,05$). Atay (2019) tarafından yapılan çalışmada da yaşa gruplarına ve eğitim durumuna göre BBSA-Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark olmadığı bildirilmektedir (17). Demirel (2019) tarafından yapılan çalışmada yaşa ve medeni duruma göre BBSA-Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamalarının değişmediği belirtilmektedir (18). Bu araştırma ve yapılan çalışma sonuçlarına dayanarak hemşirelerin yaşının ve medeni durumlarının bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilemediği söylenebilir.

Erkek hemşirelerin BBSA-Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalaması $3.77±0.91$;

Tablo 3. Hemşirelerin HBRTÖ ve BBSA-hemşire ölççekleri toplam ve alt boyut puan ortalamalarının bazı faktörler açısından karşılaştırılması

	HBRTÖ tutum 1	HBRTÖ tutum 2	HBRTÖ tutum 3	HBRTÖ toplam	Klinik durum yaşam durumu	Kişisel kontrolü	Karar verme toplam	BBSA-hemşire
Yaş								
18-28 yaş	26.19±3.99	16.01±2.22	18.31±3.22	60.53±8.57	3.98±0.70	3.39±1.21	3.97±0.71	3.84±0.69
29-39 yaş	26.00±5.35	16.04±2.84	18.35±3.50	60.39±10.58	3.90±0.93	3.49±1.06	3.86±0.95	3.79±0.89
40-57 yaş	27.30±3.82	16.95±2.23	19.57±2.97	63.83±7.71	4.09±0.66	3.82±0.90	4.20±0.60	4.07±0.67
p=0.25	p=0.81	p=0.70	p=0.85	p=361	p=0.85	p=0.53	p=0.11	
Cinsiyet								
Kadın	26.42±4.59	16.29±2.45	18.73±3.13	61.45±8.97	3.96±0.83	3.45±1.11	3.95±0.85	3.84±0.81
Erkek	25.82±5.44	15.89±3.08	18.01±4.05	59.74±11.81	3.93±0.82	3.77±0.91	3.99±0.83	3.91±0.80
p=0.40	p=0.30	p=0.15	p=0.23	p=0.80	p=0.02	p=0.75	p=0.53	
Eğitim Durumu								
Lise	26.78±4.65	15.83±2.59	18.16±3.28	60.78±9.36	3.97±0.97	3.61±1.31	3.85±1.11	3.85±1.01
Önlisans	27.08±3.68	16.52±2.31	18.88±2.69	62.50±7.67	4.01±0.54	3.56±1.06	4.22±0.54	3.98±0.53
Lisans	26.02±5.00	16.22±2.67	18.60±3.50	60.85±10.11	3.94±0.85	3.50±1.02	3.93±0.82	3.83±0.80
p=0.37	p=0.49	p=0.62	p=0.63	p=0.86	p=0.81	p=0.11	p=0.58	
Medeni Durum								
Evlü	25.29±4.27	15.62±2.40	17.75±3.34	58.67±8.69	3.87±0.73	3.27±1.09	3.91±0.79	3.74±0.69
Bekar	25.73±5.22	16.09±2.87	18.40±3.31	60.23±10.37	3.93±0.84	3.54±1.06	3.90±0.83	3.83±0.80
p=0.54	p=0.23	p=0.19	p=0.28	p=0.60	p=0.09	p=0.92	p=0.46	
Çalışma Şekli								
Yalnız Gündüz	26.74±4.52	16.15±2.35	18.62±3.32	61.52±9.35	3.70±1.04	4.02±0.89	4.11±0.86	3.98±0.86
Vardiyalı	26.00±4.94	16.23±2.76	18.53±3.39	60.78±9.89	3.41±1.08	3.91±0.78	3.86±0.82	3.77±0.76
p=0.22	p=0.80	p=0.83	p=0.54	p=0.03	p=0.31	p=0.01	p=0.04	
Çalışılan Birim								
Klinik/Servis	26.23±4.93	16.05±2.64	18.55±3.40	60.84±9.89	3.96±0.83	3.56±1.08	3.98±0.86	3.87±0.81
Yoğun Bakım	26.56±4.02	16.97±2.31	18.65±3.21	62.20±8.56	3.91±0.82	3.36±0.78	3.86±0.78	3.76±0.77
p=0.67	p=0.03	p=0.85	p=0.39	p=0.71	p=0.71	p=0.26	p=0.40	p=0.41

kadın hemşirelerin ortalaması 3.45 ± 1.11 olup iki ortalama arasında istatistiksel açıdan fark belirlenmiştir ($p=0.02$). Suhonen ve arkadaşları (2011) hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirdikleri çalışmada da hemşirelerin cinsiyet ve eğitim düzeylerine göre bireyselleştirilmiş bakım algılarında anlamlı farklılık saptamıştır (19). Benzer biçimde Çulha tarafından yapılan çalışmada da cinsiyete göre BBSA-Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bildirilmektedir (20). Bu bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin HBRTÖ ölçeği toplam madde puan ortalaması 61.07 ± 9.68 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin "Öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve danışmanlık rolüne ilişkin tutum alt ölçeği" toplam madde puan ortalaması 26.29 ± 4.79 , hemşirelerin "Bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutum alt ölçeği" toplam madde puan ortalaması 16.20 ± 2.61 , hemşirelerin "Tedavi sürecindeki

rollerine ilişkin tutum alt ölçeği" toplam madde puan ortalaması 18.57 ± 3.36 olarak belirlenmiştir. Yılmaz ve arkadaşları tarafından (2017) hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin HBRTÖ toplam ortalaması 65.95 ± 11.57 olarak bildirilmiştir (21). Aynı çalışmada hemşirelerin "Öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve danışmanlık rolüne ilişkin tutum alt ölçeği" toplam madde puan ortalaması 28.14 ± 5.34 puan, hemşirelerin "Bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutum alt ölçeği" toplam madde puan ortalaması 17.32 ± 2.87 puan, hemşirelerin "Tedavi sürecindeki rollerine ilişkin tutum alt ölçeği" toplam madde puan ortalaması 20.18 ± 4.60 puan olarak bulunmuştur (21). Bu sonuçlar, hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının olumlu olduğunu göstermekte ve hemşirelerin bakımda bireyselleştirilmiş bakımı ön planda tuttuklarını ve bu yöndeki algılarının da olumlu olduğunu göstermektedir. Can ve Acaroğlu tarafından araştırmamız bulguları ile benzer sonuçlar elde edilmiş, hemşirelerin mesleki

Tablo 4. Hemşirelerin BBSA-Hemşire Toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile HBRTÖ toplam ve alt tutum ortalamaları arasındaki ilişki

		BBSA-Hemşire- klinik durum	BBSA-Hemşire- kişisel yaşam durumu	BBSA-Hemşire- karar verme kontrolü	BBSA-Hemşire- toplam
HBRTÖ Tutum 1	r	0.602	0.508	0.613	0.642
	p	0.001	0.001	0.001	0.001
HBRTÖ Tutum 2	r	0.490	0.310	0.495	0.489
	p	0.001	0.001	0.001	0.001
HBRTÖ Tutum 3	r	0.498	0.455	0.506	0.541
	p	0.001	0.001	0.001	0.001
HBRTÖ Toplam	r	0.603	0.493	0.612	0.638
	p	0.001	0.001	0.001	0.001

Tablo 5. Hemşirelerin yaş ve hemşirelik memnuniyet puanlarının BBSA-hemşire ve HBRTÖ toplam ve alt boyutlarıyla ilişkisi

		BBSA- Hemşire- -Klinik durum	BBSA- Hemşire- -Kişisel yaşam	BBSA- Hemşire- Karar verme kontrolü	BBSA- Hemşire- Toplam	HBRT Ö Tutum 1	HBRT Ö Tutum 2	HBRT Ö Tutum 3	HBRT Ö Toplam
Hemşirelik	R	0.095	0.153	0.092	0.122	0.263	0.262	0.264	0.292
Memnuniyet	p	0.125	0.013	0.139	0.048	0.001	0.001	0.001	0.001

değerlerinin ve bireyselleştirilmiş bakım algılarının iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir (14). Farklı çalışmalardan da elde edilen sonuçlar çalışmamızın bulgusu ile benzerlik göstermiştir (11,19,20,22). Nitekim bu araştırmada hemşirelerin BBSA-Hemşire toplam ve alt boyutları ile HBRTÖ toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde orta düzey ilişki saptanmıştır (Tablo 4). Bu sonuç literatürü destekler nitelikte olup, hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarıyla bireysel bakım algıları arasında önemli düzeyde ilişki olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin mesleki memnuniyet puanları ile HBRTÖ toplam ve alt boyut puanları ile ve BBSA-Hemşire kişisel yaşam durumu puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 5). Bu bulgu hemşirelerin mesleki memnuniyet ile bakım verici rollerine ilişkin tutumları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu göstermekte ve mesleki memnuniyeti yüksek olan hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğunu göstermektedir. Mesleki memnuniyeti yüksek olan hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Özdemir, hemşirelerin çalışma ortamından memnun olma durumuna göre BBSA-Hemşire toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada; çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin BBSA-Hemşire toplam madde puan ortalamasının, çalışma ortamından kısmen memnun olan ya da memnun olmayan hemşirelere göre yüksek olduğu bildirilmektedir (15). Suhonen ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (23). Bu bağlamda mesleki ya da çalışma ortamı memnuniyetinin hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Sınırlılıklar

Araştırma kapsamındaki örneklem olasılıklı olarak seçilemediği ve araştırma tek bir kurumda yapıldığı için sonuçlar tüm hemşirelere genellenemez.

Sonuç ve öneriler

Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının olumlu olduğu ve yaş, cinsiyet,

eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma şekli ve süresi değişkenlerinin hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarını etkilemediği görülmüştür. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu ve yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışılan birim ve çalışma süresi değişkenlerinin hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Araştırmamız mesleki memnuniyet ile hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları arasında ilişki olduğunu, mesleki memnuniyeti yüksek olan hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu göstermiştir.

- Hemşirelerin bakıma karar vermelerine rağmen kurumların çalışma koşulları (çalışma saati, hasta başına düşen hemşire sayısının azlığı, fiziksel şartların uygunsuzluğu) nedeniyle bakımın eyleme dönüştürülememesinin yasal ve kurumsal boyutta çözümlenmesi,

- Hemşirelerin bireysel bakım verici rollerine ilişkin tutumlarını geliştirmek dolayısıyla bireysel bakımı güçlendirmek için hemşirelerin mesleki memnuniyeti artırıcı girişimlerin yöneticiler tarafından yapılması,

- Hemşirelerin yurt içi ve yurt dışında gerçekleştirilen bakım verici rolleri ile bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarına yönelik kurs, kongre, sempozyum vb. bilimsel programlara katılmaları konusunda teşvik edilmesi,

- Bakım kavramı ve kavramı oluşturan öğelere ilişkin çalışmaların yapılması önerilmektedir.

İletişim: Dr. Yasemin Altınbaş

E-posta: yaltinbas@adiyaman.edu.tr

Kaynaklar

1. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010;74-82.
2. Temel AB. Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(2): 92-101.
3. Leininger MM. Care the essence of nursing and health. wayne state university press, detroit. Cited in Mackintosh C. ``Is there a place for ``care"

- within nursing?", *International Journal of Nursing Studies* 2000; 37: 321-27.
4. Waters KR. Individualized care: is it possible to plan and carry out? *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(1):79-87.
 5. Land L, Suhonen R. Orthopaedic and Trauma Patients' Perceptions of individualized care, *International Nursing Review* 2009;56 (1):131-37.
 6. Ceylan B. Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;30 (3) :59-67.
 7. Radwin LE, Alster K. Individualized nursing care: an empirically generated definition, *International Nursing Review* 2002; 49:54-63.
 8. Gerrish K. Individualized care: its conceptualization and practice within a multiethnic society, *Journal of Advanced Nursing* 2000;32(1): 91- 9.
 9. Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2(1):59-63.
 10. Lowe G, Plummer V, O'brien AP, Boyd L. Time to clarify the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing* 2012; 68(3):677-85.
 11. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualised care. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66:1035-1046.
 12. Şendir M, Acaroğlu R, Kanan N, Shonen R, Katajisto J. Bireyselleştirilmiş bakım ölçeği-hemşire versiyonu'nun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği. 1.Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, 2010, İzmir.
 13. Koçak C, Albayrak SA, Duman NB. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutum ölçeği geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelik Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2014; 11(3):16-21.
 14. Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015; 23(1):32-40.
 15. Özdemir NG, Şendir M. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD.* Yüksek Lisans Tezi 2015, İstanbul.
 16. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Lemonidou C, Kalafati M, da Luz MD, Idvall E, Berg A, Acaroglu R, Sendir M, Kanan N, Sousa VD, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing*, 2011;67(9),1895–1907.
 17. Atay ME, Yurttaş A. Hemşirelerin etik duyarlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD.* Yüksek Lisans Tezi 2019, Erzurum.
 18. Demirel N, Turan N. Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarının ve yenilikçilik düzeylerinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD.* Yüksek Lisans Tezi 2019, İstanbul.
 19. Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, Patiraki E, Karlou C, Balogh Z, Papastavrou E. Patients' and nurses' perceptions of individualised care: an international comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 2011;21,1155-1167.
 20. Çulha Y, Acaroğlu R. Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik değerleri, duygusal zeka düzeyleri ve bireyselleştirilmiş bakım algılarının incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD.* Yüksek Lisans Tezi 2018, İstanbul
 21. Yılmaz DU, Dilemek H, Yılmaz D, Korhan EA, Çelik E, Rastgel H. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve ilişkili faktörler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 2017; 10; 84-100.
 22. Charalambous A, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *International Nursing Review*, 2010;57,500-507.
 23. Suhonen R, Charalambous A, Stolt M, Katajisto J, Puro M. Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *Journal of Caring Science*, 2011;22,479-490.

Yeni Çocuk Sahibi Olmuş Ebeveynlerin Anne Baba Rolüne Hazır Olma Durumu ile Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

A Comparison of Readiness of Parents with New-born Children for Parenthood Role and Their Sociodemographic Characteristics

Araştırma



Research

Şeyma Pınar¹, Aysel Kökcü Doğan²

DOI: 10.17942/sted.751964

Geliş/Received : 12.06.2020

Kabul/Accepted : 03.09.2020

Öz

Çalışma, yeni çocuk sahibi olmuş ebeveynin, anne baba rolüne hazır olma durumu ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması amacıyla metodolojik olarak planlanmıştır. Araştırma özel bir hastanede doğum yapan ve henüz çocuk sahibi olmuş 300 ebeveyn ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri; araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan 'Tanıtıcı Bilgiler Formu' ve 'Yeni Çocuk Sahibi Olmuş Ebeveynlerin Anne Baba Rolüne Hazır Olma Formu' kullanılarak toplanmıştır. Formun Cronbach Alpha değeri 0,80 olarak bulunmuştur. Araştırma sonucunda; ebeveynlerin anne baba rolüne hazır bulunmuşlukları ile eğitim düzeyleri, ekonomik durumları, evlilik süreleri ve çocuk sayıları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Formun alt boyutlarından farkındalık alt boyutu ile eğitim ve çocuk sayısı; ihtiyaçların giderilmesi alt boyutu ile eğitim, ekonomik durum ve çocuk sayısı; anne baba tutumu alt boyutu ile eğitim ve çocuk sayısı; rol edinme alt boyutu ile evlilik süresi; sorumluluk alt boyutu ile eğitim arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda; ebeveynlerin çocuk bakımı ve eğitimi konularında bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi amacı ile planlanan ebeveyn hazırlık programları, evlilik öncesi dönemden başlayıp evlilik süreci ve ebeveyn olma dönemi boyunca devam eden eğitim programlarına dönüştürülmeli, aileler toplum kuruluşları tarafından desteklenmelidir.

Anahtar sözcükler: Ebeveyn, Rol, Hazırbulunmuşluk, Çocuk

Abstract

The study was designed methodologically to compare the readiness of parents with new-born children for parenthood role and their sociodemographic characteristics. The research was conducted among 300 parents who have given birth and just had a baby at a private hospital. The data were collected using an "Information Form" and the "Parenting Readiness Form for the Parents Who Had a New-born Child", prepared by the researchers in accordance with related literature. Cronbach Alpha value for this form was found to be 0,80. As a result of the research, it was seen that there was a significant difference between parents' readiness for parenthood roles and their educational level, economic status, marital duration and the number of children they had ($p<0,05$). It was also found that there were statistically significant differences between the awareness subscale and education and the number of children; between the need fulfilment subscale and education, economic status and the number of children; between parental attitudes subscale and education and the number of children; between adaptation to parental roles subscale and marital duration; between responsibility subscale and education ($p<0,05$). In accordance with these findings; preparation for parenthood programmes aiming at improving parents' knowledge and skills for child care and education should be converted into training programmes starting from the pre-marriage stage and continuing throughout the marriage and parenthood period and families should be supported by social institutions.

Key words: Parents, Roles, Readiness, Child

1 Uzm Hem.; Çocuk Sağlığı ve Hast. Özel Medipol Mega Ü. Bebek Bakım Odası, İstanbul (Orcid No: 0000-0002-7728-5257)

2. Dr.; Öğr. Üyesi, Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği, İstanbul Medipol Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, (Orcid No:0000-0003-3312-087X)

Giriş

Aile kendi içerisinde birçok dinamiği ve işlevi olan bir kurumdur. Aile dinamikleri içerisinde en önemli unsur ise ebeveynlerin çocukları ile ilişkilerini doğru yönetebilmeleri, çocuklarına doğru anne-baba rolleri ile yaklaşarak onlara özgüven duygusu verebilmeleridir (1-3). İnsan yaşamında ebeveyn olma önemli bir yer tutmaktadır (4,5). Yeni bir çocuk beraberinde yeni endişeleri, yeni zorlukları ve yeni stresleri getirdiği gibi yeni duygular, yeni anlayışlar ve yeni sevinçler de getirebilir. Bu değişiklikler ebeveyn için hem harika hem de zorlayıcı olabilir (6).

Ebeveyn olmanın anlamı, Hanssen ve ark. tarafından 'gelişme ve yaşamda kalma için bir çocuğun bakım, ihtiyaç ve desteğinin sürekli olarak sağlanması' şeklinde tanımlanmaktadır. Ebeveynlik bir müessese olarak aile içerisinde yerini koruyup birçok önemli değişime uyum sağlamıştır (7).

Hamilelik ve ebeveynliğe geçiş, bebek-ebeveyn ilişkisi ve bebeğin gelişimi için önemli etkileri olan bir uyum dönemidir. Bu geçiş döneminde yeni ebeveynler için ilgili bakım, bilgi ve tavsiyeler önemlidir (8). Eşler, edindikleri yeni roller ile farklı bir etkileşim ve iletişim içinde olurlar. Ebeveyn olma yolunda en önemli adımlardan biri eşlerin çocuk sahibi olmaya birlikte karar vermesidir. Eşlerin tek taraflı çocuk isteği ileriki dönemde hem ebeveyn-çocuk ilişkisinde hem de eşlerin birbirleriyle ilişkisinde sorunlar oluşturacaktır (9). Eşler kendilerini hazır hissettikleri zaman çocuk sahibi olduklarında, kendilerinden beklenen ebeveyn rol ve sorumluluklarını daha iyi yerine getirebileceklerdir. Biyolojik hazır bulunuşluk ebeveynin psikolojik ve sosyal anlamda da hazır olduğu anlamına gelmemektedir. Biyolojik hazır bulunuşluğun yanında ebeveynlerin psikolojik, sosyal, kültürel, ekonomik ve birçok yönden ebeveyn olmaya hazır olması gerekmektedir. Literatür bilgileri ışığında ebeveynlerin ve çevrelerinin beklentilerine uygun çocuğa sahip olup olmamaları, çocuklarının sayısı, cinsiyeti, çocuğun özellikleri, anne babanın çocukluklarında kendi anne babalarıyla olan deneyimlerinin ebeveyn tutumlarını etkilediği düşünülmektedir. Ebeveynlerin geçmişte ebeveynlik deneyimleri var ise yeniden çocuk sahibi olma süreçlerinde bu faktör de etkili olacaktır.

Ebeveyn tutumlarını ve ebeveynin çocuk yetiştirme uygulamalarını etkileyebilen başka faktörler de vardır. Bunlar; ebeveynin eğitim düzeyi, yaşı, içinde bulunduğu sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel koşullar, eşlerin ebeveynliğe duygusal, zihinsel ve sosyal açılarından hazır olup olmaması, ebeveyn olmadan önceki dönemde eşler arası ilişkilerin kalitesi, doğum sonrasında ebeveynlik rollerinde eşlerin birbirini destekleyip desteklememeleri, ebeveynlik konusunda zihinlerinde daha önceden oluşmuş şablonlar ve evlilik ilişkilerindeki tatmin düzeyleri sayılabilmektedir (10).

Ailenin yapısı, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel düzeyi çocuğun ilk sosyal deneyimlerini ve gelişimini etkilemektedir (11). Ebeveyn tutumlarını etkileyen en önemli faktörlerden biri de içinde bulunulan kültüre ait özelliklerdir (12). Ebeveynin olumlu ve destekleyici tutumu çocuğun gelişimine katkı sağlarken, olumsuz ve kısıtlayıcı tutumu bazı ruhsal problemlerin ortaya çıkmasına neden olur (13). Çocuğa karşı sergilenen tutum, aile yapısı ile birlikte çocuğun kişilik gelişiminde önemli bir yer tutar (14). Çocuğun sağlam bir kişilik yapısına sahip olması için dengeli, duygusal ve toplumsal etkileşimi güçlü, bağımsızlık yolunda yeterli olanakların sağlandığı bir aile ortamı hazırlanmalı, çocuk güven ve sevgi içinde büyütülmelidir (15).

Hazır bulunuşluk ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda; aile ve aile ortamı gibi etmenlerin hazır bulunuşluk üzerine etkili olduğu ortaya konulmuştur (16). Hazır bulunuşluk kavramı Oktay'a (1983) göre "olgunlaşma", Tharckray'a (1971) göre "hazırlıklı olma" ve Başaran'a (1994) göre ise "hazır bulunuşluk" olarak farklı terimlerle anlatılsa da taşıdıkları anlamların aynı olduğu belirtilmiştir. Hazır bulunuşluk; kişinin olgunlaşma ve öğrenme sürecinde belli bir davranışı göstermeye hazır olmasında, kolayca ve yeterli bir biçimde öğrenmesinde, belli bir beceriyi, davranışı ya da tutumu kazanmasında ve bu bilgileri zamanında ve gerektiğinde kullanmasında etkilidir. Bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal olarak bir beceriyi sergileyecek olgunluk düzeyine gelmesi ve o beceriye ilişkin yeterli bilgiye/öğrenmeye sahip olması ile hazır bulunuşluk gerçekleşir (17,18). Bütün faktörler göz önünde bulundurulduğunda ebeveynin davranışlarını etkileyen faktörlerin aslında

hazırbulunuşluklarını da etkilediği görülmektedir. Ebeveynin ebeveynliğe hazırbulunuşluğu; ebeveynlik davranışlarını etkilediği gibi çocuk sağlığını da etkilemektedir.

Aile üyelerinin kendilerine düşen sorumlulukların bilincinde, çocuğa yeterli fırsatları sunmaları ve desteklemeleri, çocuğun yaşamını devam ettirmek için gereksinim duyacağı temel alışkanlıkları kazanmasını sağlayacaktır. Sağlıklı annelerden sağlıklı çocuklar doğar, sağlıklı ebeveyn sağlıklı çocuklar yetiştirir ve sağlıklı çocuklar ise sağlıklı bir toplumun temel yapısını oluşturur (19). Bu kapsamda yapılan çalışmada; ebeveynlerin, anne baba rolüne hazır olma durumu ile sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın şekli

Bu çalışma, bir ya da daha fazla çocuk sahibi olan ebeveynin, anne baba rolüne hazır olma durumu ile sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması amacıyla metodolojik olarak planlanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman

Araştırma İstanbul'da bulunan özel bir hastanenin Bebek Bakım Odası'nda 2017/Ocak-Mart ayları arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini özel bir hastanede doğum yapan ve çocuk sahibi olan ebeveynlerin oluşturması, subjektif ebeveyn ifadelerine dayanması ve üç aylık bir dönemi yansıması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin özel bir hastaneden seçilmesi; ebeveynlerin eğitim durumu, çalışma durumu ve ekonomik durum gibi sosyo-demografik özelliklerini de etkilemiştir.

Evren ve örneklem

Araştırma evreni belirlenirken bir önceki yılın araştırma yapılan Ocak-Mart ayları verileri esas alınmış ve araştırma örneklem seçimi bu veriler üzerinden hesaplanmıştır. 2016 yılının Ocak-Mart ayları arasında özel bir hastaneye doğum yapmak için başvuran ve bebek sahibi olan 1064 ebeveyn araştırmanın evrenini; araştırmanın yapıldığı 2017 yılının Ocak-Mart ayları arasında hastaneye başvuran ve bebek sahibi olan, araştırmaya katılmaya gönüllü 300 ebeveyn ise araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veri toplama aracı

Araştırma verileri; 'Tanıtıcı Bilgiler Formu (8 soru)' ve araştırmacı tarafından literatür bilgileri ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan 'Yeni Çocuk Sahibi Olmuş Ebeveynlerin Anne Baba Rolüne Hazır Bulunuşluk Formu' kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı bilgiler formu: Ebeveynin cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, ekonomik durumu, evlilik süresi, çocuk sayısı ile ilgili sorular yer almaktadır.

Yeni çocuk sahibi olmuş ebeveynlerin anne baba rolüne hazır olma formu:

'Yeni Çocuk Sahibi Olmuş Ebeveynlerin Anne Baba Rolüne Hazır Olma Formu' araştırmacılar tarafından literatür bilgileri ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Toplam 31 maddeden oluşan form, geçerlik güvenirlik çalışması sonucu 28 madde olarak belirlenmiştir. Forma katılımcıların evet, emin değilim ve hayır olarak yanıt vermeleri istenmiştir. Form maddeleri evet-2, emin değilim-1, hayır-0 olarak puanlanmıştır. Formun Cronbach Alpha değeri 0,80 olarak tespit edilmiştir.

Kapsam geçerliliği ve pilot çalışma

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanan 'Yeni Çocuk Sahibi Olmuş Ebeveynlerin Anne Baba Rolüne Hazır Olma Formu'nun kapsam geçerliliği için konu ile ilgili akademisyenlerden uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri sonrası yeniden düzenlenen formun anlaşılabilirliği belirlenmesi amacıyla yaklaşık 10 ebeveyn ön uygulama yapılmıştır. Daha sonra anlaşılmayan sorulara yönelik yeniden düzenlemeler yapılarak son şekli verilen form araştırma kapsamındaki ebeveynlere araştırmacı tarafından uygulanmış, ön uygulama yapılan ebeveynler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Güvenirlik çalışması

Anne baba rolüne hazır bulunuşluk formu ilgili literatür taranarak oluşturulmuş ve formun güvenirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Formun yapı geçerliliğini ortaya koymak için açıklayıcı faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ($p=0,000<0,05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test

sonucunda ($KMO=0,824>0,60$) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu saptanmıştır. Faktör analizi uygulamasında Varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişki yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %57,998 olan 5 faktör altında toplanmıştır. Form maddelerinden 4, 5, 17 numaralı maddeler eş yükleme ve faktör yükü 0,5' in altında olduğundan çıkartılmıştır. Formun güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan "**Cronbach Alpha**" hesaplanmıştır. Formun genel güvenilirliği **alpha=0,80** olarak yüksek

bulunmuştur. Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha ve açıklanan varyans değerine göre anne baba rolüne hazır bulunuşluk formunun geçerli ve güvenilir bir araç olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Verilerin toplanması

Ebeveynlere 'Yeni çocuk sahibi olmuş ebeveynlerin anne baba rolüne hazır olma formu' hakkında gerekli açıklamalar yapılarak onamları alınmıştır. Gönüllülerle yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından geliştirilen form uygulanarak veriler toplanmıştır.

Tablo 1. Anne baba rolüne hazır bulunuşluk formu faktör yapısı

Boyut	Madde	Faktör yükü	Açıklanan varyans	Cronbach's Alpha	Puan aralığı
Farkındalık (Özdeğer=2,868)	h1	0,715	14,891	0,62	0-8
	h14	0,681			
	h16	0,595			
	h20	0,552			
İhtiyaçların giderilmesi (Özdeğer=1,841)	h11	0,716	12,979	0,336	0-14
	h12	0,701			
	h13	0,684			
	h15	0,677			
	h24	0,603			
	h25	0,599			
	h27	0,574			
Tutum (Özdeğer=1,700)	h3	0,821	11,397	0,405	0-16
	h6	0,801			
	h7	0,745			
	h21	0,733			
	h22	0,698			
	h23	0,683			
	h26	0,628			
h28	0,601				
Rol Edinme (Özdeğer=1,624)	h2	0,625	10,378	0,429	0-6
	h8	0,594			
	h9	0,556			
Sorumluluk (Özdeğer=1,487)	h10	0,677	8,353	0,336	0-6
	h18	0,546			
	h19	0,522			

Verilerin analizi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Hipotez testlerinin uygulanmasında normal dağılım varsayımları dikkate alınmıştır. Bağımlı değişkenlerin tanımlayıcı özelliklere göre normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov testi, iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Anne baba rolüne hazır bulunuşluk puanlarının normal dağılım göstermediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Verilerin analizinde non-parametrik yöntemler olarak iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney- U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal W hallis testi kullanılmıştır. Kruskal whallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Man Whitney-U testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir (Tablo 2).

Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için 22 Aralık 2016 tarihinde İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 10840098-604.01.01-E.27505/562 sayılı etik kurul onayı, 03.01.2017 tarihinde araştırmanın yapıldığı özel üniversite hastanesinin başhekimliğinden 31034136-302.08.01-E.277 sayılı anket ve araştırma izni alınmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce araştırmaya katılanlara araştırma hakkında bilgi verilerek "Gönüllü Oluru" ve "Gönüllülük" ilkesine,

araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesine, araştırmaya katılan ebeveynlerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine bağlı kalarak araştırmaya katılanların kimlik bilgileri kullanılmadan araştırma yürütülmüştür.

Çalışmada kullanılan mevcut olanaklar

Araştırmacının çalıştığı ve araştırma yapılan hastanenin bebek bakım ünitesi yönetici ve çalışanları tarafından araştırmanın uygulanması ve verilerin toplanması basamağında olanak sağlanmıştır. Fakat araştırma için herhangi kurum ya da kuruluştan maddi yönden destek alınmamış olup, bütün maddi giderler araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan ebeveynlerin %54,3'ünün kadın, %45,7'sinin erkek; %37'sinin 31-35 yaş aralığında; %46,3'ünün üniversite mezunu, %67'sinin bir işte çalışmakta olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin %84,3'ü çekirdek aile yapısına sahip; %60'ının ekonomik durumunun 'orta' düzeyde; %42'sinin 6 yıl ve üzeri süredir evli; %49,3'ünün ilk çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Örneklem grubundaki ebeveynlerin anne baba rolüne hazır olma durumu toplam puan ortalaması $41,640 \pm 5,107$, alt boyut puan ortalamaları ise farkındalık $6,493 \pm 1,135$, ihtiyaçların giderilmesi $11,017 \pm 2,535$, tutum $13,680 \pm 2,366$ rol edinme $5,380 \pm 1,003$, sorumluluk $5,070 \pm 1,130$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4).

Yeni çocuk sahibi olmuş ebeveynlerin anne baba rolüne hazır olma ölçeği ile sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında; form toplam puanı ile eğitim düzeyi ($p = 0,000 < 0,05$); ekonomik

Tablo 2. Anne baba rolüne hazır bulunuşluk puanları kolmogorov-smirnov normal dağılım testi

	Farkındalık	İhtiyaçların giderilmesi	Tutum	Rol edinme	Sorumluluk	Annebaba hazır bulunuşluk toplamı
N	300	300	300	300	300	300
z	,291	,204	,200	,395	,338	,115
p	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Tablo 3. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N: 300)

Tablolar	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	163	54,3
	Erkek	137	45,7
Yaş	18-25	33	11,0
	26-30	88	29,3
	31-35	111	37,0
	36-40	53	17,7
	40 üzeri	15	5,0
	Eğitim düzeyi	İlkokul	27
Ortaokul		28	9,3
Lise		87	29,0
Üniversite		139	46,3
Lisansüstü		19	6,3
Çalışma durumu	Evet	201	67,0
	Hayır	99	33,0
Aile tipi	Çekirdek aile	253	84,3
	Geniş aile	47	15,
Ekonomik durum	Çok iyi	11	3,7
	İyi	109	36,3
	Orta	180	60,0
Evlilik süresi	0-1 yıl	44	14,7
	2-3 yıl	67	22,3
	4-5 yıl	63	21,0
	6 ve üzeri	126	42,0
Çocuk sayısı	1	148	49,3
	2	94	31,3
	3	40	13,3
	4 ve üzeri	18	6,0

Tablo 4. Yeni çocuk sahibi olmuş ebeveynlerin anne baba rolüne hazır olma durumu puan ortalamaları (N:300)

Alt Gruplar	Ort±Ss	Min.	Max.
Farkındalık	6,493±1,135	2,00	8,00
İhtiyaçların giderilmesi	11,017±2,535	4,00	14,00
Tutum	13,680±2,366	5,00	16,00
Rol edinme	5,380±1,003	0,00	6,00
Sorumluluk	5,070±1,130	1,00	6,00
Toplam	41,640±5,107	23,00	50,00

Tablo 5. Ebeveynlerin anne baba rolüne hazır olma durumları ile sosyo demografik özelliklerinin karşılaştırılması (N:300)

	Cinsiyet			Yaş			Eğitim			Çalışma durumu			Aile tipi			Evlilik süresi		
	Grup	n	p	Grup	n	P	Grup	n	p	Grup	n	p	Grup	n	p	Grup	n	p
Farkındalık	Kadın	163	0,79	18-25	33	0,37	İlkokul	27	0,00	Evet	201	0,7	Çekirdek aile	253	0,47	0-1 Yıl	44	0,38
	Erkek	137		26-30	88		Ortaokul	28		Hayır	99		Geniş aile	47		2-3 Yıl	67	
				31-35	111		Lise	87								4-5 Yıl	63	
				36-40	53		Üniversite	139								6 ve üzeri	126	
Farkındalığın Giderilmesi	Kadın	163	0,65	18-25	33	0,12	İlkokul	27	0,00	Evet	201	0,28	Çekirdek aile	253	0,39	0-1 Yıl	44	0
	Erkek	137		26-30	88		Ortaokul	28		Hayır	99		Geniş aile	47		2-3 Yıl	67	
				31-35	111		Lise	87								4-5 Yıl	63	
				36-40	53		Üniversite	139								6 ve üzeri	126	
Tutum	Kadın	163	0,42	18-25	33	0,09	İlkokul	27	0,00	Evet	201	0,68	Çekirdek aile	253	0,12	0-1 Yıl	44	0,42
	Erkek	137		26-30	88		Ortaokul	28		Hayır	99		Geniş aile	47		2-3 Yıl	67	
				31-35	111		Lise	87								4-5 Yıl	63	
				36-40	53		Üniversite	139								6 ve üzeri	126	
Tutumun Rol edinme	Kadın	163	0,14	18-25	33	0,14	İlkokul	27	0,29	Evet	201	0,08	Çekirdek aile	253	0,74	0-1 Yıl	44	0,02
	Erkek	137		26-30	88		Ortaokul	28		Hayır	99		Geniş aile	47		2-3 Yıl	67	
				31-35	111		Lise	87								4-5 Yıl	63	
				36-40	53		Üniversite	139								6 ve üzeri	126	
Sorumluluk	Kadın	163	0,1	18-25	33	0,9	İlkokul	27	0,00	Evet	201	0,23	Çekirdek aile	253	0,15	0-1 Yıl	44	0,53
	Erkek	137		26-30	88		Ortaokul	28		Hayır	99		Geniş aile	47		2-3 Yıl	67	
				31-35	111		Lise	87								4-5 Yıl	63	
				36-40	53		Üniversite	139								6 ve üzeri	126	
Toplam	Kadın	163	0,31	40 üzeri	15	0,14	İlkokul	27	0,00	Evet	201	0,95	Çekirdek aile	253	0,88	0-1 Yıl	44	0,01
	Erkek	137		18-25	33		Ortaokul	28		Hayır	99		Geniş aile	47		1	148	
				26-30	88		Lise	87								2	94	
				31-35	111		Üniversite	139								3	40	
		36-40	53	Lisansüstü	19					4 ve üzeri	18							

durum ($p=0,030<0.05$); evlilik süresi ($p=0,000<0.05$); çocuk sayısı ($p=0,000<0.05$) değişkenleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 5).

Farkındalık alt boyutu ile eğitim düzeyi ($p=0,004<0.05$) ve çocuk sayısı ($p=0,049<0.05$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Grup karşılaştırmalarına bakıldığında; üniversite mezunları ($6,655\pm 1,134$) ile bir çocuğa sahip ($6,635\pm 1,107$) olan ebeveynlerin farkındalık puan ortalamaları diğer ebeveynlere göre en yüksektir.

İhtiyaçların giderilmesi alt boyutu ile eğitim düzeyi ($p=0,005<0.05$); ekonomik durum ($p=0,018<0.05$); evlilik süresi ($p=0,000<0.05$); çocuk sayısı ($p=0,000<0.05$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Gruplar arasında lisansüstü eğitim mezunu ebeveynlerin ($11,474\pm 2,065$); ekonomik durumunu 'çok iyi' olarak değerlendiren ebeveynlerin ($12,455\pm 1,968$); evlilik süresi 0-1 yıl olan ebeveynlerin ($11,705\pm 2,163$); çocuk sayısı bir olan ($11,615\pm 2,263$) ebeveynlerin ihtiyaçların giderilmesi alt boyutu puan ortalamalarının en yüksek olduğu saptanmıştır.

Tutum alt boyutu ile eğitim düzeyi ($p=0,000<0.05$) ile

Tablo 5'in devamı. Ebeveynlerin anne baba rolüne hazır olma durumları ile sosyo demografik özelliklerinin karşılaştırılması (N:300)

Ekonomik durum				Çocuk sayısı		
	Grup	n	p	Grup	n	p
Farkındalık Kadın	Çok İyi	11	0,42	1	148	0,04
	İyi	109		2	94	
	Orta	180		3	40	
	4 ve üzeri	18		4 ve üzeri	18	
İhtiyaçların giderilmesi	Çok İyi	11	0,01	1	148	0,00
	İyi	109		2	94	
	Orta	180		3	40	
	4 ve üzeri	18		4 ve üzeri	18	
Tutum	Çok İyi	11	0,73	1	148	0,00
	İyi	109		2	94	
	Orta	180		3	40	
	4 ve üzeri	18		4 ve üzeri	18	
Rol edinme	Çok İyi	11	0,09	1	148	0,10
	İyi	109		2	94	
	Orta	180		3	40	
	4 ve üzeri	18		4 ve üzeri	18	
Sorumluluk	Çok İyi	11	0,25	1	148	0,38
	İyi	109		2	94	
	Orta	180		3	40	
	4 ve üzeri	18		4 ve üzeri	18	
Toplam	Çok İyi	11	0,03	1	148	0,00
	İyi	109		2	94	
	Orta	180		3	40	
	4 ve üzeri	18		4 ve üzeri	18	

çocuk sayısı ($p=0,001<0,05$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi üniversite ($14,180\pm 2,096$) olanlar ile çocuk sayısı iki olan ebeveynlerin tutum puan ortalamaları ($14,000\pm 2,277$) en yüksek puanlar olarak tespit edilmiştir.

Rol edinme alt boyutu ile evlilik süresi ($p=0,026<0,05$) arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Evlilik süresi 0-1 yıl olan ebeveynlerin rol edinme alt boyutu puan ortalamaları ($5,659\pm 0,776$) en yüksektir.

Sorumluluk alt boyutu ile eğitim düzeyi ($p=0,004<0,05$) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ortaokul mezunu olan ebeveynlerin sorumluluk alt boyutu puan ortalamaları ($5,464\pm 1,170$) en yüksek belirlenmiştir.

Tartışma

Yapılan literatür incelemesinde ebeveynlik ve hazırbulunuşluğa ilişkin yeterli araştırma olmadığı saptanmış ve araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır. TÜİK 2016 verileri ışığında ülkemizdeki toplam

nüfus sayısının 79 814 871 olduğu, 'yıllara ve cinsiyete göre il/ilçe merkezleri ve belde/köyler' nüfus tablosunda ise kadın nüfusunun daha fazla artış gösterdiği Türkiye nüfusunun %49,8'ini kadın nüfusunun oluşturduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin TÜİK verilerine paralel olarak daha fazla kadın (%54,3) olduğu ve kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe işgücüne daha fazla katıldıkları görülmüştür (20).

Mercer 1985 yılında yaptığı 'yaşın annelik rolüne etkisi' konulu çalışmasında, riskli bir gebelik dönemi geçiren ve genç yaşta anne olan kadınların daha uzun bir sürede annelik rolü kazandıklarını saptamıştır. Kadının annelik rolü kazanmasında ise yaşının, doğum sayısının, yenidoğan bebeğinin sağlık durumunun, stresin ve sosyal desteğin önemli faktörler olduğunu belirtmiştir (21). Çalışma sonucunda anne baba hazırbulunuşluk toplam puanlarının yaş ile ilişkisi saptanmamıştır. Fakat çalışmamızdaki ebeveynlerin %63'ünün ilk kez ebeveyn olma yaşı 21-30 yaş aralığında olup %49,3'ünün ise ilk çocuğudur. Bu nedenle çocuk sayısının hazırbulunuşluğa etkisinin anlamlı olduğu düşünülmektedir.

TÜİK 2016 verileri; annenin yaş grubuna göre doğum yüzdesi tablosuna bakıldığında; 25-29 yaş grubunun en fazla olduğu belirtilmiştir. Değişen roller, değişen dünya görüşü ile birlikte, ilk kez evlenme ve çocuk sahibi olma yaşı yükselmiştir (22). Örneklem grubundaki ebeveynlerin %49,3'ünün en yüksek oranda ilk çocuğa sahip olduğu ve ebeveynlerin daha çok 31-35 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin evlilik sürelerine bakıldığında; %42,0'ünün 6 yıl ve üzeri süre boyunca evli oldukları saptanmıştır. Hatun Şahin ve Soypak'ın 2010 yılında yaptıkları erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteğine yönelik araştırmaları kapsamındaki 100 kadının ortalama evlilik süresi 6,8 yıl, çocuk sayısı 1,6 olarak bulunmuştur (4). Araştırmamız TÜİK verilerine, Şahin ve Soypak'ın araştırma sonuçlarına paralellik göstermektedir.

Reio ve Devis (2005) çalışma sonuçlarına göre hazırbulunuşluk düzeyinin yaşa göre farklılık gösterdiği; ancak cinsiyete göre farklılık göstermediği ortaya koyulmuştur (23). Araştırmamızda ise hem yaşa hem de cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır. Araştırma

popülasyonunun büyük bir kısmını üniversite mezunu ebeveynin oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda bu durumun hazırbulunuşluğu etkilediği düşünülmektedir.

Kadının eğitimi ve doğurganlık düzeyi arasındaki negatif ilişki gerek ulusal gerek uluslararası literatürde sıkça yer alan ve yinelenen bir bulgudur. Eğitim düzeyinin %46,3'ünün lisans mezunu olduğu örneklemimizin, %49,3'ünün ilk çocuğu olduğu göze çarpmaktadır. Düşük eğitim düzeyine sahip annelerin doğurganlıklarının daha yüksek olduğu çocuk sayısının da doğurganlık hızı ile birlikte daha fazla olduğu belirtilmiştir. Araştırmamız kapsamında ise ebeveynlerin hazırbulunuşluklarında eğitimin önemli bir faktör olduğuna dikkat çekilmiştir. Literatür ve araştırmamız ışığında düşük eğitim düzeyine sahip annelerin doğurganlık düzeyleri ne kadar yüksek olsa da ebeveynliğe hazırbulunuşluklarının düşük olduğu ve annelerin ebeveynliğe hazır olmadan çocuk sahibi oldukları düşünülmektedir (24).

Okuryazar olmayan kadınların işgücüne katılım oranı %16,1, lise altı eğitimlilerin oranı %26,6, lise mezunlarının oranı %32,7, mesleki ya da teknik lise mezunlarının oranı %40,8 iken yükseköğretim mezunu kadınların işgücüne katılım oranı %71,6'dır. Kadınların toplum içindeki değişen yeri, rolleri ile birlikte erkeklerin kadınların çalışması hakkındaki düşünceleri de değişmektedir. TÜİK 2016 verilerinde her 5 erkekten 4'ü kadınların çalışmasını uygun bulduğunu belirtmiştir (20). %46,3'ünün lisans mezunu ve %54,3'ünü kadınların oluşturduğu araştırmamızdaki ebeveynlerin %67'sinin çalışıyor olması literatür verilerini destekler niteliktedir.

Doğal yardımcı olarak benimsenen aile fertleri ve arkadaşlara dayanma gereksinimi bireylerin ebeveyn olma gibi önemli kriz süreçlerinde devreye girer. Arkadaş ve ailesinden aldığı bu destek ağı bireyin uyum sürecinde önemli bir yer tutar. Hamilelik ve ebeveynliğe geçiş, aile içindeki önemli uyum dönemleridir. Bu dönemde eşin desteğinin yanı sıra aile yakınlarının da destekleri oldukça önemlidir (21). Kadınların çoğu doğum sonrası birinci ya da ikinci günde eve döner. Bu kısa hastanede kalış süresi, birçok yeni ebeveynin çok pratik bebek bakımı deneyimi olmadan bebeklerini evlerine götürdüğü anlamına gelir (8). Çocuğun yetiştirilmesinde ebeveynler ile

toplumun bir bütün olarak sorumluluğu paylaşımlarına yönelik vurgu yapılan Kadına Karşı Her türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'nde (Convention on Elimination of All Forms of Discrimination Againsts Women-CEDAW, 1979) anneliğin toplumsal bakımdan önemi göze çarpar. Kadınların ebeveyn olma süreçlerindeki gördükleri yeterli derecedeki destek, sağlıklı ve mutlu bir deneyim geçirmesini ve anne-bebek sağlığını etkilemektedir (4). Bu bilgiler ışığında geniş aile yapısına sahip olan bireylerin, ebeveyn olma gibi önemli kriz süreçlerini daha sağlıklı biçimde yönetmesinde aile üyelerinin rolü büyük olacaktır. Kriz sürecinden sonraki basamak olan çocuk yetiştirme aşamasına gelindiğinde ise aile üyelerinin destekleri ebeveynlerin bu döneme adaptasyonunu kolaylaştıracaktır. Ebeveynlerin sağlıklı ve mutlu bir deneyim geçirmesi, ebeveyn ve bebek sağlığını olumlu yönde etkileyecektir. Çalışmamız kapsamında ebeveynlerin %75'i eşlerinin bu süreçte en çok beraberlik desteğine ihtiyaç duyacaklarını belirtmiştir. Ayrıca ebeveynlerin %56'sı ebeveynlik hakkında bilgi almış olup, %54,8'i ise bilgi kaynağı olarak aile yakınlarını göstermiştir. Kadınlar genellikle, kadın akrabaları ve doğum sonrası gruplar tarafından iyi destek gördüklerini belirtmişlerdir (8).

Deave, Johnson vd. (2008) çalışma sonuçlarına göre son zamanlarda kadınların yeni doğum yapmış olan ya da çocuk bakımı deneyimi olan arkadaşlarının fikirlerine daha çok değer verdikleri görülmüştür. Arkadaşlarının sunabilecekleri bilgi ve desteğin daha etkili olacağını ifade etmektedirler. Doğum öncesi eğitim sınıfında tanışmış oldukları henüz ebeveyn olan kişilerin deneyimlerini kendileri ile paylaşmalarının ve web sitelerinin bu süreçteki yararlılığı yine kadınlar tarafından ifade edilmektedir. Buna karşılık, erkekler destek ağlarından yoksun görünmekte, hatta bazı erkekler eşlerinden ve iş arkadaşlarından başka başvuracakları kimsenin olmadığını düşünmektedirler. Bu çalışmada hamileliğin eşlerin yaşamında önemli bir geçiş dönemi olduğu ve bu geçiş döneminde eşler için ilgili bakım, bilgi ve tavsiyenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (8).

Cinsiyet, çalışma durumu, aylık gelir, eğitim durumu ve çocuk sayısı değişkenleri açısından ebeveyn tutumları arasında anlamlı farklılaşma bulunurken; yaş ve aile tipi değişkenlerine göre

ebeveyn tutumlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür (25). Ülkemizde alt, orta ve üst sosyo-ekonomik düzeylerdeki ailelerde koruyucu ve otoriter tutumların yaygın olarak kullanılması yetişkinlerin genel yapısını ortaya koymaktadır (26). Kaya ve ark. (2008) ile Bornstein ve Zlotnik (2008), eğitim düzeyleri yüksek olan anne ve babaların demokratik tutumlara sahip olduklarını belirlemişlerdir. Ayrıca, Yaprak (2007), anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça demokratik tutumlarının arttığını ve Alpoğuz (2014), eğitim düzeyi arttıkça çocukların algılanan anne-baba demokratik tutumlarının arttığını ve eğitim düzeyi azaldıkça otoriter tutum algılarının arttığını belirtmişlerdir. Bütün bu araştırma sonuçları dikkate alındığında eğitim düzeyleri arttıkça ebeveyn demokratik tutumlarının da arttığı söylenebilir (25,27). Literatür ile paralellik gösteren araştırmamız sonucunda da ebeveynlerin %80'i kabul edici, güven verici ve demokratik aile tutumunun kendilerini yansıttıklarını ifade etmiştir.

Genex Muluk'un (2004) çalışmasında, üst sosyo-ekonomik düzeyde olan ailelerin, alt sosyo-ekonomik düzeyde olan ailelere göre aile yapıları ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin daha olumlu düzeyde olduğu belirlenmiştir (28). Ailelerin sosyo-ekonomik düzeyleri yükseldikçe ebeveynlerin çocuklarının gereksinimlerini karşılama olanakları da artmaktadır. Alpoğuz (2014), ilköğretim 2, 3, 4 ve 5. sınıfa devam eden öğrencilerin algıladıkları ana-baba tutumlarını incelediği araştırmasında, gelir düzeyi arttıkça çocukların anne-babalarından gördükleri tutumları demokratik olarak algıladıklarını ve gelir düzeyi azaldıkça otoriter olarak algıladıklarını belirlemiştir (27). Cinsiyet, çalışma durumu, aylık gelir, eğitim durumu ve çocuk sayısı değişkenleri açısından ebeveyn tutumları arasında anlamlı farklılaşma bulunmaktadır (25).

Beydağ 2007'de yapmış olduğu araştırmasında, annelik rolünün kazanılması sürecinin doğumu takip eden 3-10 ay arasında gerçekleştiğini ileri sürmüş ve annelik rolünün kabulü ve bu rolün kazanılması sürecinde de annenin doğum sayısının, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun ve çevresinden aldığı sosyal desteğin önemli bir faktör olduğunu saptamıştır. Annelik rolünün kazanılması birinci safha, formal biçimsel safha, informal safha ve kişisel safha olarak dört safhada

gerçekleşmekte, gebelikten başlayıp ebeveynlik süreci boyunca devam etmektedir. İlk safhada kadın anneliğe ilişkin rol ve modelleri izler ve gelecekteki ebeveynliğe kendini hazırlar (21). Araştırmamız sonucunda eğitimin hazırbulunuşluğu etkilediği göz önünde bulundurulduğunda bireylere verilen eğitimlerin bu safhada bireyler üzerinde daha etkili olabileceği, ebeveynlik öncesi bireylere verilen eğitimlerin ilk ebeveynliğe uyum safhasını daha kolay geçirmesini sağlayacağı, ileri ki safhalarda ebeveynlerin daha az güçlük çekeceği ve daha hazır bir ebeveynlik davranışları sergileyeceği düşünülmektedir. Destek mekanizmaları, bilgi ve doğum öncesi eğitim, emzirme, pratik bebek bakımı ve ilişki değişiklikleri de dahil olmak üzere hem doğum öncesi hem de doğum sonrası verilerden çeşitli ortak temalar oluşmuştur. Ebeveynliğe geçiş hakkındaki bilgi zayıftır (8). Eşlerin, ebeveynliğe hazırlık sürecinin iyileştirilmeye ihtiyacı vardır. Babaları doğum öncesi eğitime dahil etmek önemlidir. Yetersiz hazırlık eşlerin bu süreci daha endişeli geçirmesine neden olmaktadır (8).

Sak'ın (2015) araştırmasında, ebeveynlerin cinsiyetleri, yaşadıkları bölge, öğrenim durumu, yaşları, evlendikleri yaş ve çocuk sayıları gibi faktörlerin ebeveynlik tutumlarını etkilediği saptanmıştır (29). Ebeveynlik tutumunu etkileyen faktörlerin ebeveynlerin hazırbulunuşluklarını da etkilediği düşünülmektedir.

Birey bir etkinliği yapmaya hazırsa bu etkinliği yapmak bireye mutluluk verir, etkinliği yapmaya hazır fakat etkinliği yapmasına izin verilmezse ve etkinliği yapmaya hazır olmadığı halde yapmak zorunda bırakılırsa, bu durum bireyde kızgınlığa neden olmaktadır (23). Literatür hazırbulunuşluğun önemini vurgulamaktadır. Bu bilgiler ışığında eşler ebeveyn olmaya ne kadar hazır olurlarsa o denli mutlu olacaklardır. Eşler biyolojik, sosyal, kültürel, psikolojik, ekonomik ve birçok yönden kendilerini hazır hissetmelidirler.

Gebelikler her zaman ebeveynin kendi planlaması ve istekleri ile oluşmamaktadır. Aile üyelerinin düşünceleri, çevre, kültürel baskılar vb. durumların etkisi doğrultusunda plansız gebelikler meydana gelebilmekte, bunun sonucunda da eşlerin gebelik süreci ve ebeveynlik rolüne uyum süreci güçleşmektedir (21). Eşlerin sosyal,

ekonomik ve psikolojik yönden de hazır olması gerektiği literatür bilgileri tarafından da desteklenmektedir. Biyolojik hazırbulunuş, psikolojik-sosyal anlamda da ebeveyn olmaya hazır bulunduğu anlamına gelmemektedir. Erkan ve Toran (2004), 5 yaşında çocuğu olan annelerle yaptıkları araştırmalarında, ailenin aylık gelir düzeyi arttıkça annelerin red davranışının azaldığını, gelir düzeyi azaldıkça da red davranışının arttığını saptamışlardır (30).

Ebeveynliğe hazırbulunuşluk durumu ile istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması ebeveyn olup olmamayı bilinçli olarak tartışmanın mümkün olduğu diğer başlıklardır. Plansız gerçekleşen hamileliklerin, eşlerin kendilerini hazır hissetmemeleri nedeni ile sonlandırılması ise bu başlığın alt boyutudur. Araştırmamıza katılan ebeveynlerin %46,3'ü lisans mezunu olup %57,9'u da kendisini ebeveynliğe hazır hissettiğini ifade etmiştir. Bu veriler eğitimin hazırbulunuşluğa etkisini destekler niteliktedir. Plansız gebeliklerin gerçekleşmesinde en önemli faktörün eğitim olduğu düşünülmektedir.

Birçok toplumda yetişkin olan bireylerin anne olması bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak görülmektedir ve kadınlar toplum içerisinde sosyal olarak bu göreve yönelik sürekli hazırlanmaktadır. Hazır olan yetişkin bireyler toplum tarafından kabul görürken, hazır olmayan bireylerin ise toplum tarafından reddedildiği yadsınamaz bir gerçektir. Bu baskı ve kabul olunuşta ebeveynlerin ebeveyn olmaya hazırbulunuşluklarını etkilemektedir. Araştırmamız sonucunda; ebeveynler, ebeveyn olmanın anlamını çocuğun fiziksel (%31), ekonomik (%35), duygusal (%59,7) ve sosyo-kültürel (%62,7) ihtiyaçlarının karşılanması olarak ifade etmiştir.

Sonuç ve öneriler

Yaşadığımız yüzyıldaki hızlı gelişim ve değişimler, içinde bulunduğumuz toplumun bütün alanlarında kökten değişikliklere neden olmuştur. Fakat ailenin temelde değişmeyen tek şey olduğu, çocuğun yaşamının merkezinde aile olduğu ve olumlu ya da olumsuz bir biçimde çocuğun yaşamına ışık tutup yön verdiği de yadsınamaz bir gerçektir. Ebeveynliğe getirilen geniş bir bakış açısı ile birlikte ebeveyn olmanın temel anlam ve görevi; yalnızca çocukların yaşamını devam

ettirmesi sürecinde onlara yardımcı olmak ya da uygun disiplin yöntemlerini kullanmak değil, çocukların aile içi ve dışında tüm kapasitelerini geliştirmelerine olanak sağlamak ve bu koşulları yaratmaktır.

Araştırma sonucunda; ebeveynin anne baba rolüne hazırbulunuşluğu ile eğitim düzeyi, ekonomik durumu, çocuk sayısı, evlilik süresi arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$).

Farkındalık alt boyutu ile eğitim düzeyi ve çocuk sayısı; ihtiyaçların giderilmesi alt boyutu ile eğitim düzeyi, ekonomik durum, evlilik süresi ve çocuk sayısı; tutum alt boyutu ile eğitim düzeyi ve çocuk sayısı; rol edinme alt boyutu ile evlilik süresi; sorumluluk alt boyutu ile eğitim düzeyi arasındaki fark istatistik olarak anlamlı ($p = 0,004 < 0,05$) bulunmuştur.

Gerek uluslararası gerek ulusal literatür incelendiğinde aile, ebeveynlik, ebeveyn rolleri ve hazırbulunuşluk hakkındaki araştırmaların artmakta olduğu görülmektedir. Çocuk sağlığının gelişiminde ebeveynlik sürecinin önemi bu araştırma ile bir kez daha vurgulanmıştır. Bu nedenle konuya ilişkin daha fazla araştırmaların yapılması topluma olumlu katkılar sağlayacaktır.

Çocukların sosyal, duygusal, zihinsel ve fiziksel yönden gelişimi ilk olarak ailede başlar ve ebeveynler çocukların bu gelişim dönemlerindeki ilk öğretmenleridir. Çocuğun yaşamında bu kadar önemli bir yer kaplayan ebeveynin hem ebeveyn olma becerileri, hem de çocuk bakımı ve eğitimi konularında bilgi ve becerileri geliştirilmeli ve ebeveyn hazırlık programları evlilik öncesi dönemden başlayıp, evlilik süreci ve ebeveyn olma dönemi boyunca sürdürülerek yaşam boyu devam eden eğitim programlarına dönüştürülmelidir.

Toplumun geleceğini oluşturan çocukların daha sağlıklı bir yaşam süreci geçirebilmesi için anne babalar, ebeveynliğe ilişkin yapacakları hazırlıklar konusunda toplum kuruluşları tarafından desteklenmelidir.

İletişim: Şeyma Pınar

E-posta: spinar@st.medipol.edu.tr

Kaynaklar

1. Demir S. Ebeveyn Yetkinliğinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2015; 29(12): 133-148.
2. Gordon T. Etkili Anne-Baba Eğitimi. İstanbul: Profil Yayınları. 2016;12. Basım, S33-43.
3. Bayer A. Değişen Toplumsal Yapıda Aile. Şırnak Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2013; 4(8): 101-129.
4. Şahin H. N, Soypak F. Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2010; 41(4): 187-193.
5. Güleşen A, Yıldız D. Erken Post-Partum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. Taf Prev Med Bull 2013; 12(2): 177-182.
6. Deave T, Johnson D. The Transition To Parenthood: What Does It Mean For Fathers?'. Journal Of Advanced Nursing 2008; 6(63): 626-633.
7. Aksoy Ab. Farklı Kültürlerde Ebeveynlik. Kastamonu Eğitim Dergisi 2005; 2(13): 333-38.
8. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition To Parenthood: The Needs Of Parents In Pregnancy And Early Parenthood. BMC Pregnancy And Childbirth 2008; 8:30.
9. Cüceloğlu D. Geliştiren Anne-Baba. İstanbul: Remzi Kitabevi 2016;1. Basım, S55-111.
10. Yıldız S. A. Ebeveyn Tutumları Ve Saldırganlık, Polis Bilimleri Dergisi 2004; 6(3-4), 131- 150.
11. Özkan H, Kanbur A, Apay S, Kılıç M, Ağapınar S, Özorhan Ey. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Ebeveynlik Davranışlarının Değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2013; 3(47): 117-121.
12. Gonzalez, A. Greenwood, G. & Wenhsu J. Undergraduate Students' Goal Orientations And Their Relationship To Perceived Parenting Styles, Collages Student Journal 2001; 35, 182-193.
13. Seven S. Çocuk Ruh Sağlığı Ankara: Pegem Net Yayıncılık 2008; 1. Basım. S99.
14. Kaya A, Bozaslan H, Genç G. Üniversite Öğrencilerinin Anne Baba Tutumlarının Problem Çözme Becerilerine Sosyal Kaygı Düzeylerine Ve Akademik Başarılarına Etkisi. Dicle Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi 2012; 18: 208-225.
15. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi 2017; 40. Basım, S132,37,
16. Harman G, Çelikler D. Eğitimde Hazır Bulunuşluğun Önemi Üzeri Bir Derleme Çalışması. Eğitim Ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2012; 1(3): 147-156.
17. Boz M. Altı Yaş Çocuklarının Okula Hazırbulunuşluk Düzeylerinin Veli Ve Öğretmen Görüşleri Yönünden İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2014; Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
18. Canbulat T, Kırıktaş H. İlkokulda Hazırbulunuşluk Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması. Academia Eğitim Araştırmaları Dergisi 2016; (1): 26-35.
19. Beydağ Kd. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum Ve Hemşirenin Rolü. Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6): 479-484.
20. Tüik. İstatistiklerle Kadın. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2016; Sayı: 24643, Ankara.
21. Öztürk Can H, Aksel Eş. Ebeveyn Kabulü/Reddi İle Ebeveyn Uygulamaları İlişkisi Ve Etkileyen Faktörler. Humanities Sciences (Nwsahs) 2017; 12(1): 35-51.
22. Tüik. Aile Yapısı Araştırması. Yayın No: 3046, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası 2016; Ankara.
23. Harman G, Çelikler D. Eğitimde Hazır Bulunuşluğun Önemi Üzeri Bir Derleme Çalışması. Eğitim Ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2012; 1 (3):
24. Eryurt Ma, Ergöçmen Ba. Ebeveyn Eğitiminin Doğurganlık Üzerindeki Etkisi. Nüfusbilim Dergisi 2008-09; (30-31): 13-28.
25. Aydoğdu F, Dilekmen M. Ebeveyn Tutumlarının Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi 2016; 11(2).
26. Alisınanoğlu F. Çocukların Denetim Odağı İle Algıladıkları Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Çocukların Denetim Odağı İle Anne Baba Tutumları). Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2015; 3(2).
27. Alpoğuz D. U. Algılanan Ana-Baba Tutumlarının İlköğretim Öğrencilerinin Okumaya Yönelik Tutumlarına Ve Türkçe Dersi Akademik Başarılarına Etkisi. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2014; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kırşehir.
28. Genez-Muluk E. Alt Ve Üst Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Ailelerin Aile Yapıları Ve Anne-Çocuk İlişkinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü 2004; Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
29. Sak R, Şahin Sak İt, Atli S, Şahin Bk. Okul Öncesi Dönem: Anne-Baba Tutumları. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2015; 3(11): 972-91.
30. Erkan S, Toran M. Alt Sosyo-Ekonomik Düzey Annelerin Çocuklarını Kabul Ve Reddetme Davranışlarının İncelenmesi (Diyarbakır İli Örneği). Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2004; 27, S91-97.

Orta Yaş Dönemi Kadınların Menopozal Yakınma ve Öz-Etkililik Algılarının Değerlendirilmesi*

Evaluation of Menopausal Complaints and Perception of Self-Efficacy among Middle-Aged Women

Araştırma



Research

Nurdan Aymelek Çakıl¹, Ayla Ünsal²

DOI: 10.17942/sted.633361

Geliş/Received : 15.10.2019
Kabul/Accepted : 03.04.2020

Öz

Giriş-Amaç: Menopoz; biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörleri kapsayan kadın yaşamındaki önemli bir geçiş dönemidir. Bu dönemde kadınların yaşayabilecekleri birçok sorun bireyin öz-etkililik algısını olumsuz etkileyebilir. Bu çalışma, orta yaş dönemi kadınların öz-etkililik algılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma, Kırşehir il merkezindeki 364 orta yaş dönemi kadın üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın verileri, anket formu ve Öz-Etkililik Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ) ile toplanmıştır.

Bulgular: Kadınların %38.5'inin 55-59 yaşları arasında, %42.3'ünün ilköğretim mezunu, %86'sının çalışmadığı, %78.8'inin evli olduğu saptanmıştır. Kadınların toplam ÖEYÖ puan ortalaması 76.08 ± 19.97 olarak belirlenmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Araştırmanın sonucunda; 50-54 yaşındaki, üniversite mezunu, çalışan, evli, eş üniversite mezunu, çocuk sahibi, sağlık güvencesi olan ve kronik bir hastalığa sahip olmayan kadınların öz-etkililik algıları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Menopoz normal zamanda giren, premenopozal dönemde olan ve menopozla yönelik tedavi alanların ÖE algıları diğerlerine göre yüksek çıkmıştır. Sıcak basması, gece terlemesi, boğulma hissi gibi vazomotor; hüzünlenme, ağlama nöbetleri gibi emosyonel; üriner enfeksiyon, üriner inkontinans gibi ürogenital sorun yaşamayan kadınların ÖE puan ortalamaları bu sorunları yaşayanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Anahtar sözcükler: Orta yaş dönemi, Menopoz, Öz-etkililik, Hemşirelik

Abstract

Introduction-Objective: Menopause is a significant transition period in women's life that includes biological, psychological, social and cultural factors. Several problems that women may experience during this period may negatively affect their perception of self-efficacy. This descriptive study was conducted to determine the perceptions of self-efficacy among middle-aged women.

Material-Method: The research was conducted among 364 middle-aged women in the city center of Kırşehir. The data of the research were collected using a questionnaire and the Self-Efficacy Sufficiency Scale (SESS).

Findings: It was determined that, of the women, 38.5% were aged between 55 and 59 years, 42.3% were primary school graduates, 86% did not work and 78.8% were married. The total mean score of the women on SESS was found to be 76.08 ± 19.97 .

Discussion-Conclusion: As a result of the research, the self-efficacy perception among the women who were aged between 50 and 54, university graduates, working, married, who had children, had social security coverage, did not have a chronic disease and whose spouses were university graduates, were determined to be higher than that among the other groups. The perception of SE (self-efficacy) among the premenopausal women and the women who have gone through menopause at the usual age, who have received treatment for menopause was higher compared to that among the others. The mean SE scores of women who did not experience vasomotor problems such as hot flush, night sweat, feeling of suffocation, emotional problems such as outbursts of crying and sadness and urogenital problems such as urinary incontinence, urinary infection were higher than those of the ones experiencing these problems.

Key words: Middle age, Menopause, Self-efficacy, Nursing

*Bu araştırma 2012 tarihinde Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak sunulmuştur.

1 Dr.; Öğr. Üyesi, Kırşehir Ahi Evran Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Kırşehir (ORCID No: 0000000257657359)

2 Prof Dr.; Kırşehir Ahi Evran Ü. Sağlık Bilimleri Fak., Kırşehir (ORCID No: 0000-0003-3319-1600)

Giriş

Orta yaş döneminde yaşlanma ile birlikte eşin ölümü, ebeveynlerin ölümü ya da bakımı ile ilgili sorumluluklar, emeklilik gibi pek çok değişiklikler yaşanmaktadır. Ayrıca orta yaş, kadın için menopozla bağdaşan bir dönemdir (1). Menopoz kadının tıpkı puberte gibi fizyolojik bir dönemdir ve bu dönemde doğurganlık sona erer. Menopoz dönemi, 40-45 yaşlarında başlayıp 60-65 yaşlarına kadar devam etmektedir (2,3). Ülkemizde kadınlar için ortalama yaşam süresi 76 yıl, menopoz yaş ortalaması ise 47.8'dir (4). Önceki yıllarda klimakterik döneme bile girmeden ölen kadınlar, günümüzde ömürlerinin yaklaşık 1/3'ini menopoz döneminde geçirmektedirler. Dolayısıyla pek çok kadın menopoz dönemine ulaşmakta ve yaşamının önemli bir bölümünü bu dönemde geçirmektedir (5). Menopozdaki kadınlar fiziksel ve duygusal bir takım yakınmalar yaşamaktadır. Ne türden yakınma yaşarlarsa yaşasınlar menopoz dönemindeki kadınların yaşam sürecinin olumsuz etkilendiği yapılan araştırmaların sonuçlarında belirtilmiştir (6). Kadınların menopozdan sonraki yaşam sürecinde belli bir davranışı başlatması, engellerle mücadele edebilmesi ve davranışı sürdürmesi açısından öz-etkililikleri (ÖE) bu anlamda önemlidir. ÖE, bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliktir. ÖE, harekete geçmek için güdülleri

engelleyebilir ya da artırabilir. Bu nedenle düşük ÖE algısı; depresyon, anksiyete ve çaresizliğe yol açabilmektedir. ÖE algısı sağlığı, sağlık durumu da ÖE'ği etkilemektedir (7,8). Ayrıca ÖE ile sağlığı geliştirici davranışların sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılması arasında pozitif bir ilişki olduğu da bilinmektedir (7). ÖE'ği yüksek olanlar olumsuz sağlık davranışlarını değiştirebilmek için daha fazla çaba harcar, bir engelle karşılaştıklarında daha uzun süre mücadele eder. Bu durumda kadın sağlığını etkileyen dönemsel bir durum olan menopozda ÖE algısı etkilenecektir. Ülkemizde ve yurt dışında orta yaş dönemi kadınların menopozla ilgili farklı konularda pek çok araştırma bulunmasına karşın menopoz dönemindeki ÖE algısına ilişkin hiç bir çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırma, böyle bir eksikliği gidermek üzere orta yaş dönemi kadınların ÖE algılarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olan bu araştırma, Kırşehir il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yapılmıştır. Kırşehir il merkezinde toplam 10 ASM bulunmaktadır. Kırşehir il merkezinin nüfusu 2010 verilerine göre 156.731'dir (4). Araştırmanın evreni, 2010 Mayıs verilerine göre Kırşehir il merkezinde yaşayan 50-65 yaşları arasındaki 6635 kadındır. Araştırmanın örneklemini,

Tablo 1. Örnekleme alınan kadın sayısının dağılımı

Tabaka no	Aile Sağlığı Merkezi	Kadın sayısı ni	Tabaka ağırlığı ai = ni / N	Örnekleme alınacak kadın sayısı (Evren Tabaka Ağırlığı x ni)
1	Ahi Evran ASM	1074	0.1621	59
2	Aşıkpaşa ASM	1711	0.2578	94
3	Kale ASM	538	0.0810	30
4	Bağbaşı ASM	478	0.0720	27
5	Medrese ASM	620	0.0934	34
6	Yenice ASM	653	0.0984	35
7	Terme ASM	540	0.0813	30
8	Bahçelievlerasm	350	0.0527	19
9	Özbağ ASM	367	0.0553	20
10	Cacabey ASM	304	0.0458	16
Toplam		6635		364

ni= Tabakadaki birey sayısı, ai=Tabaka ağırlığı, N=Örnekleme alınacak birey sayısı

evrendeki 10 ASM'ne kayıtlı 50-65 yaş dönemi kadın nüfustan, tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 364 kadın oluşturmuştur. Örneklemin büyüklüğü, evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda kullanılan formül ile hesaplanmıştır (9). $n = \text{Örnekleme alınacak birey sayısı}$, $N = \text{Evrendeki birey sayısı} = 6635$, $t = \text{Belirli bir serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer} = 1.96$, $p = \text{İncelenen olayın görülüş sıklığı} = 0.5$, $q = \text{İncelenen olayın görülmeiş sıklığı} = 0.5$, $d = \text{Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma} = 0.05$, $\text{Evren Tabaka Ağırlığı} = 364/6635 = 0.0548$.

Araştırma, sözü edilen ASM'lere başvuran, 50-65 yaş arası, çalışmaya katılmayı kabul eden menopozlu kadınlardan olasılıksız örnekleme yöntemi ile Tablo 1'de belirtilen sayıda kişi örnekleme alınmıştır. Veriler, konu ile ilgili literatür^{3,5,6} taranarak hazırlanan anket formu ve Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ) ile toplanmıştır.

Ölçek, 1982'de Sherer ve Madduks tarafından geliştirilmiş, likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir (10). ÖEYÖ, Gözüm ve Aksayan tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin davranışa başlama (2, 11, 12, 14, 17, 18, 20 ve 22. maddeler), davranışı sürdürme (4, 5, 6, 7, 10, 16 ve 19. maddeler), davranışı tamamlama (3, 8, 9, 15 ve 23. maddeler) ve engellerle mücadele (1, 13 ve 21. maddeler) alt boyutları ve 23 maddesi bulunmaktadır. Her madde için verilen puan esas alınır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puanlanır. Ölçekten en az 23, en fazla 115 puan alınır. Toplam puanın yüksekliği genel ÖE'nin yüksek, düşüklüğü ise ÖE'nin düşük olduğunu gösterir (11). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfası 0.93'dür. Anketin anlaşılabilirliğini belirlemek

için 10 menopoz dönemindeki kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında gerekli düzeltmeler yapılarak ankete son hali verilmiş ve buradan elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmemiştir. Kadınlar 15-20 dk içerisinde anketleri doldurmuşlardır. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan, Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve kadınlardan araştırma için yazılı izinler alınmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, ortanca, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testleri ile analiz edilmiştir.

Bulgular

Kadınların 27.4 ± 7.7 davranışa başlama, 23.0 ± 6.5 davranışı sürdürme, 16.1 ± 5.2 davranışı tamamlama, 9.5 ± 2.8 engellerle mücadele ve 76.1 ± 19.2 toplam ÖEYÖ puan ortalamaları olarak bulunmuştur. Sırasıyla ortancaları ise 29, 24, 17, 10 ve 79 bulunmuştur (Tablo 2).

Araştırmaya katılan kadınların menopoz yaş ortalaması 47.52 ± 5.13 olarak saptanmıştır. Kadınların yaşları, eğitim, çalışma durumları, eşinin eğitim düzeyi ve kronik hastalık varlığı ile ÖEYÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p < 0.001$).

Yapılan ileri analizler anlamlılığın tüm yaş gruplarından, kendi ve eşi üniversite mezunu olanlardan ve çalışan gruptan kaynaklandığını göstermiştir. Kadınların medeni durum ve sağlık güvencesi varlığı ile ÖEYÖ puan ortancaları arasında da anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların çocuk sahibi olma durumlarının ÖEYÖ puan ortancalarını etkilemediği saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Tablo 2. Kadınların ÖEYÖ Alt gruplarından aldıkları puan ortanca ve ortalamaları (N=364)

ÖEYÖ alt grupları	Ortanca (Min-Max)	$\bar{X} \pm SD$
Davranışa başlama	29 (10-40)	27.4 ± 7.7
Davranışı sürdürme	24 (9-35)	23.0 ± 6.5
Davranışı tamamlama	17 (5-25)	16.1 ± 5.2
Engellerle mücadele	10 (3-15)	9.5 ± 2.8
Toplam ÖEYÖ puanı	79 (31-113)	76.1 ± 19.2

Tablo 3. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre ÖEYÖ puan ortancaları (N=364)

Tanıtıcı Özellikler	n (%)	Ortanca (Min-Max)	KW/z	p
Yaş (47.52±5.13)				
50-54 yaş	132 (36.3)	82 (42-113)		
55-59 yaş	140 (38.5)	81 (31-107)	24.524	<0.001
60-64 yaş	92 (25.2)	71 (36-110)		
Eğitim düzeyi				
Okur-yazar değil	75 (20.6)	76 (31-113)		
Okur-yazar	42 (11.5)	78 (39-107)		
İlkokul mezunu	154 (42.3)	78 (36-112)	23.154	<0.001
Ortaokul mezunu	38 (10.4)	59 (35-106)		
Lise mezunu	38 (10.4)	95 (32-105)		
Üniversite mezunu	17 (4.8)	96 (42-108)		
Çalışma durumu				
Çalışmayan	313 (86.0)	78 (31-113)		
Çalışan	23 (6.3)	99 (47-108)	24.377	<0.001
Emekli	28 (7.7)	89 (38-105)		
Medeni durumu				
Evli	287 (78.8)	81 (32-113)	-2.388	<0.05
Dul/Boşanmış/Bekar	77 (21.2)	75 (31-104)		
Eşin eğitim düzeyi (n=287)				
Okur-yazar değil	7 (2.4)	79 (65-95)		
Okur-yazar	8 (2.8)	87 (79-107)		
İlkokul mezunu	148 (51.6)	77 (31-113)	23.646	<0.001
Ortaokul mezunu	56 (19.5)	79 (38-103)		
Lise mezunu	42 (14.6)	81 (32-106)		
Üniversite mezunu	26 (9.1)	97 (42-108)		
Çocuk sahibi olma durumu				
Olan	354 (97.3)	79 (31-113)		
Olmayan	10 (2.7)	46 (42-81)	-1.148	>0.05
Sağlık güvencesi				
Var	345 (94.8)	80 (31-113)	-2.435	<0.05
Yok	19 (5.2)	65 (38-94)		
Kronik hastalık varlığı				
Var	207 (56.9)	73 (31-113)	-4.884	<0.001
Yok	157 (43.1)	85 (38-108)		

z: Mann Whitney U Testi. KW: Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 4. Kadınların menopoza ilişkin özelliklerine göre ÖEYÖ puan ortancaları (N=364)

Menopoza ilişkin özellikler	n (%)	Ortanca (Min-Max)	KW/z	p
Menopoz yaşı				
Erken menopoz	23 (6.3)	78 (42-95)		
Normal	269 (73.9)	82 (831-113)	17.326	<0.001
Geç menopoz	72 (19.8)	70 (31-107)		
Menopoz dönemi				
Premenopoz	9 (2.5)	86 (52-96)		
Menopoz	225 (61.8)	79 (31-112)	1,470	>0.05
Postmenopoz	130 (35.7)	79 (36-113)		
HRT alma durumu				
Alan	84 (23.1)	85 (35-113)	-2.182	<0.05
Almayan	280 (76.9)	78 (31-112)		
Menopoza yönelik bilgi alma				
Alan	132 (36.3)	84 (32-113)		
Almayan	232 (63.7)	78 (31-107)	-1.787	>0.05

z: Mann Whitney U Testi, KW: Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Kadınların menopoza girme yaşı ($p<0.001$) ve HRT alma durumu ($p<0.05$) ile ÖEYÖ puan ortancaları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kadınların menopoz dönemi ve menopoza yönelik bilgi alma durumları ile ÖEYÖ puan ortancaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Kadınların %82.6'sı sıcak basması ve gece terlemesi, %74.9'u unutkanlık, %68.9'u eklem ve kemiklerde ağrı, %68.3'ü huzursuzluk-sinirlilik, %66.9'u hüzünlenme, %65.8'i çabuk heyecanlanma, %65.3'ü baş ağrısı, %65.6'sı saç ve tüylerde dökülme, %65.3'ü baş ağrısı, %62.8'i boğulma ve korku-panik hissi, %60.9'u vücutta uyuşma-karınalanma hissi, %59.2'i dikkat dağınıklığı, %43.5'i üriner inkontinans, %43'ü konstipasyon ve %31.7'si de üriner enfeksiyon sorunu yaşadığını belirtmişlerdir.

Menopozal yakınmalardan bazılarının ÖE algısını etkilediği saptanmıştır. Buna göre kadınların ÖEYÖ puan ortancaları ile hüzünlenme ve üriner inkontinans yakınmaları ($p<0.001$), korku-panik hissi, ağlama nöbetleri ve eklem/kemik ağrıları ($p<0.01$), boğulma hissi ve üriner enfeksiyon yakınmaları ($p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Tablo 5).

Tartışma

Kadınların menopoza ilişkin ÖEYÖ alt gruplarına ait puan ortancaları ve ortalamaları, ölçekten alınan ortalama değerlerin üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan bir araştırmada 18-64 yaş arası kadınların ÖEYÖ'nin alt gruplarından aldıkları puanlar ile bu çalışmanın bulguları paralel durumdadır (12). Bu sonuç, kadınlar için olumlu bir bulgudur. Kadınların menopoz yaş ortalaması 47.52 ± 5.13 'tür ve ÖEYÖ puan ortancalarının yaş ilerledikçe azaldığı saptanmıştır (Tablo 3). Bu bulgu konu ile ilgili çalışmalarda menopoz yaş ortalaması ile benzerlik göstermektedir (6,13). Bir çalışmada 18-64 yaş arasındaki bireylerin ÖEYÖ'den aldıkları toplam puanların 42 yaş ve üzeri bireylerde daha olumsuz yönde olduğu bulunmuştur (14). Kadınlarda yaş ile birlikte menopoz yakınmalarının da ÖE düzeyinde gerilemeye sebep olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların ÖEYÖ puan ortancaları, eğitim düzeyi arttıkça yükselmiş, aralarında anlamlılık bulunmuş ve bu anlamlılık üniversite mezunlarından kaynaklanmaktadır (Tablo 3). Koçoğlu'nun çalışmasında benzer biçimde eğitim düzeyi yüksek olanların daha olumlu özelliklere sahip olduğu ve ÖE algılarının arttığı görülmüştür (14). Yapılan

Tablo 5. Kadınların bazı menopozal yakınmalarına göre ÖEYÖ puan ortancaları (N=364)

Menopozal yakınmalar	n (%)	Ortanca (Min-Max)	z	p
Emosyonel yakınma-hüzünlenme				
Var	243 (66.9)	78 (31-110)	-3.694	<0.001
Yok		120 (33.1)	86 (39-1139)	
Ürogenital yakınma-üriner inkontinans				
Var	158 (43.5)	75 (31-110)	-5.136	<0.001
Yok		205 (56.5)	84 (38-113)	
Emosyonel yakınma-korku/panik hissi				
Var	228 (62.8)	77 (31-112)	-3.274	<0.01
Yok	135 (37.2)	82 (32-113)	—	
Emosyonel yakınma-ağlama nöbetleri				
Var	202 (55.6)	78 (31-110)	-2.851	<0.01
Yok		161 (44.4)	83 (32-113)	
Kas-iskelet sistemi yakınması- eklem/kemik ağrıları				
Var	250 (68.9)	77 (31-113)	-3.150	<0.01
Yok	113 (31.1)	84 (35-108)		
Gastrointestinal yakınma-konstipasyon				
Var	156 (43.0)	75 (31-107)	-2.944	<0.01
Yok		207 (57.0)	82 (31-113)	
Vazomotor yakınma-boğulma hissi				
Var	228 (62.8)	78 (31-112)	-2.880	<0.05
Yok		135 (37.2)	81 (32-113)	
Ürogenital yakınma-üriner enfeksiyon				
Var	115 (31.7)	73 (31-112)	-2.233	<0.05
Yok	248 (68.3)	81 (31-113)		

z: Mann Whitney U Testi.

başka bir çalışmada bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık sorumluluğu alma, ÖE ve beslenme değerlerinin yükseldiği saptanmıştır (15). Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada da benzer biçimde hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça ÖEYÖ puanlarının anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir (16). Yine benzer olarak meme kanserli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ile ÖE düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (17).

Çalışan kadınların ÖE düzeyleri, diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 3). Literatür taramasında menopoz dönemindeki kadınların

çalışma durumu ile ÖE algıları arasındaki ilişkiyi açıklayan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Albal'ın yaptığı çalışmada çalışan bireylerin depresyonla başa çıkmada ÖE düzeylerinin çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (18). Akın'ın meme kanserli kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada emekli olan ve çalışan kadınlara kıyasla ev hanımı olan kadınların ÖE'lerinin düşük olduğu ve fiziksel belirtilerle baş etmelerinin daha yetersiz olduğu saptanmıştır (17). Ayrıca dış çevreyle ilişkileri kısıtlı olan, ev yaşamı dışında başka bir etkinliğe katılmayan kadınlarda menopoz döneminin daha sıkıntılı yaşandığı bildirilmiştir (19). Bandura'nın fiziksel

ve emosyonel yönden daha sıkıntılı olan bireylerin ÖE algılarının olumsuz etkileneneceği görüşü de göz önüne alındığında çalışan kadınların ÖE'lerinin yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur (20,21).

Eşi üniversite mezunu olanların ÖEYÖ puan ortancaları, diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 3). Eşin eğitim düzeyi evlilikteki iletişimi ve sosyal desteği güçlendirebilir. Okanlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebe kadınların eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça algılanan sosyal desteklerinin arttığı saptanmıştır (20). Dolayısı ile eğitilmiş bir eş kadının ÖE düzeyi artırabilir. Literatür taramasında ÖE ile eşin eğitim durumu arasındaki ilişkiyi açıklayan herhangi bir kaynağa rastlanmamıştır. Ancak çevreden alınan sosyal desteğin bireyin ÖE'ği üzerindeki olumlu etkisi literatürde belirtilmiştir (21).

Kronik hastalığı olmayan kadınların olanlara göre ÖEYÖ puan ortancaları daha yüksektir (Tablo 3). Bandura, bireyin gerginlik, depresyon, anksiyete, stres, yorgunluk, ağrı, hipoglisemi gibi fizyolojik ve emosyonel durumlarının ÖE düzeyini etkileyebileceğini belirtmiştir (20,21). Dolayısı ile menopoz dönemindeki kadınların yaşadığı fizyolojik ve psikolojik sıkıntılarının yanı sıra kronik bir/den fazla hastalığa sahip olmaları onların ÖE düzeylerini etkileyecektir. Aksi bir görüş olarak da klimakterik dönemdeki kadınlar ile yapılan bir araştırmada kronik hastalığa sahip olmanın menopozdan olumlu ya da olumsuz etkilenme durumu ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (22).

Evli kadınların ÖEYÖ puan ortancaları, diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda evli olanların ÖE'leri diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (14,16). Bandura'ya göre, davranışı sosyal çevre tarafından başarı ile desteklenen kişinin sonuca ulaşmada daha çok çaba sarf edeceği belirtilmiştir. Bu davranış sürecinde yalnız kalan kişiler çabuk yorulabilir ve o davranışı gerçekleştirmekten kaçınabilmektedir (23). Ayrıca yapılan bir çalışmada kadınların evliliklerindeki eş uyumları arttıkça menopozla ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (24). Bu anlamda evli olanların ÖE algılarının yüksek çıkması doğal bir durum olarak görülebilir.

Sağlık güvencesi olan kadınların ÖE'leri, olmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 3). Sosyal güvencesi olan bireyler olmayanlara göre sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilecekleri ve dolayısıyla ÖE algıları yükseleceği için bu, beklenen bir sonuçtur.

Çocuğu olan kadınların ÖE'leri, olmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 3). Bu sonuç için Bandura'nın belirttiği gibi sosyal desteğin öz-etkililiğe olan olumlu katkısının payı olduğu düşünülmektedir (23).

Menopoz yaşı normal olan kadınların erken ve geç olanlara göre ÖEYÖ puan ortancaları anlamlı bir farkla yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Menopoz dönemi beklenen ve hazırlık yapılan bir dönem olduğu için, beklenen yaştan erken yaşanmasının kadını ruhsal yönden etkileyeceği bildirilmektedir (1). Bu nedenle erken menopoz yaşayan kadınların ÖE'nin daha düşük olması beklenen bir sonuçtur. Ayrıca premenopozal dönemde yaşanan yakınmalar menopozal dönemdekinden daha hafif yaşanacağı için menopoz ve postmenopozal dönemdeki kadınlara göre ÖE'nin yüksek olması olasıdır (5).

Kadınların ÖEYÖ puan ortancaları ile HRT almaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4). Bu anlamlılık ile ilgili literatürde yeterli kaynak olmamasına karşın Amerika'da menopoz dönemindeki kadınlarla yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ve ÖE algısı yükseldikçe kadınların HRT almaya daha olumlu yaklaştığı saptanmıştır (25). Sözü edilen çalışmanın bulgusu ile bu araştırmanın konu ile ilgili bulgusu menopozla ilişkin tedavi alma ile ÖE arasında pozitif bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Yani menopozla ilişkin tedavi gören kadınların ÖE algıları yükselmekte ya da ÖE algısı yüksek olanların menopozla yönelik tedavi almaya yatkınlığı artmaktadır. Menopozla yönelik bilgi alanların ÖEYÖ puan ortancası almayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4). Yapılan bir çalışmada bilgi alan kadınların bazı yakınmaları daha az yaşadığı ve kadınların menopozla yönelik düşüncelerinin olumlu olarak değiştiği saptanmıştır (26).

Kadınların bu dönemde en sık yaşadıkları sorunlar; sıcak basması, gece terlemesi, unutkanlık, eklem ve kemiklerde ağrı, en az

yaşadıkları sorunlar ise; üriner enfeksiyon, konstipasyon ve üriner inkontinanstır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre menopozda en yaygın görülen yakınmaların eklem-kas ağrısı (%77-83), gece terlemesi-sıcak basması (%73-87), uykusuzluk-yorgunluk (%71-82), sinirlilik-gerginlik (%71-78) ve baş ağrısı-baş dönmesi (%62-73.6) olduğu belirlenmiştir (6,13). Bu çalışmanın bulguları konuyla ilgili olarak sözü edilen çalışmaların sonuçlarıyla benzer niteliktedir. Ancak ABD'de yapılan bir çalışmada menopoz dönemindeki kadınların %19-29'unun emosyonel sorunlar, %17'sinde üriner sistem sorunları, %6-13'ünün sıcak basması ve %3'ünün vajinal sorunlar yaşadığı belirtilmiştir (27). Saraçoğlu'nun belirttiğine göre, Hollanda'da yapılan bir çalışmada ise menopoz dönemindeki kadınların %41.1'inin terleme, %15.4'ünde ateş basması gibi vazomotor belirtilerin olduğu saptanmıştır. Menopoza yaklaştıkça bu yakınmalar artmakta erken postmenopoz döneminde ise hafifleyerek azalmaktadır (28). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar ile ülkemizde yapılan çalışmalardaki belirtilerin yaşanma sıklığındaki farklılıklar, kadınların menopoza ilişkin algıları ve yaşam standartları gibi durumlardan kaynaklanıyor olabilir.

Kadınların ÖEYÖ puan ortancaları ile hüzünlenme ($p<0.001$), ağlama nöbetleri ($p<0.01$) ve korku-panik hissi yaşama ($p<0.01$) durumları arasında anlamlılık bulunmuştur. Sözü edilen emosyonel sorunları yaşamayanların ÖE algıları yaşayanlara göre daha yüksektir (Tablo 5). Başa çıkma davranışlarının önemli belirleyicilerinden biri olan ÖE algısının depresyonun da dâhil olduğu duygusal durumları olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (7). Yani ÖE'ği düşük olan bireylerin menopozun getirdiği emosyonel sorunlarla etkin baş edememesi beklenen bir sonuçtur. Eklem ve kemik ağrısı yaşayan kadınların ÖEYÖ puan ortancası, yaşamayanlara göre daha düşüktür (Tablo 5). Kas-iskelet sistemine ait bozukluk/rahatsızlıklar sebebi ile fiziksel harekette bozulma tanısı konulan yetişkinlerin risk faktörleri arasında motor çevikliğinin ve kas gücünün azalması yer almaktadır (29). Bu nedenle menopoz dönemindeki kadınların kas-iskelet sistemine ait rahatsızlıklar nedeni ÖE'lerinin olumsuz etkilenmesi söz konusu olabilir. Kadınların ÖEYÖ puan ortancaları üriner enfeksiyon ve üriner inkontinans yaşayanlarda yaşamayanlara göre daha düşüktür

(Tablo 5). İdrar kaçırma yakınması olan kadınlar ile yapılan bir çalışmada idrar kaçırma tiplerine göre konforları azaldıkça depresyonun arttığı, depresyon ile yaşam kalitesinin de ilişkili olduğu görülmüştür (30). ÖE bir kişinin bir işi yapmada kendine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (8). Konfordaki değişimin bir işi yapmada kişinin kendisine olan inancını etkileyeceği düşünülebilir. Buradan yola çıkılarak kadınların yaşadığı sözü edilen sorunların konforlarını ve dolayısı ile ÖE algılarını olumsuz yönde etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

Sonuç

Sonuç olarak; menopoz dönemindeki kadınların ÖEYÖ puan ortalamaları ölçek ortalama puanının üzerindedir. Kadınların yaşı, eğitimi, çalışma, medeni ve eşlerinin eğitim durumları, sağlık güvence ve kronik hastalık varlığı, menopoz yaşı, HRT alma durumu ve menopoza ilişkin yaşadıkları bazı yakınmalar onların ÖE algılarını etkilediği saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- HRT alan kadınların ÖE'lerinin daha yüksek çıkması sonucu göz önüne alınarak menopoza yönelik tedavi ve hizmetlerin artırılması, daha ulaşılabilir hale getirilmesi,

- Menopoz dönemindeki kadınların ÖE algılarını artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması, bu doğrultuda bireylerin eğitilmesi,

- Ayrıca bu çalışmanın değişik sosyokültürel özelliklere sahip bölgelerde de tekrar yapılması önerilebilir.

İletişim: Nurdan Aymelek Çakıl

E-posta: nurdanaymelek@gmail.com

Kaynaklar

1. Tot Ş. Menopozun psikiyatrik yönleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2004;5:114-9.
2. Görgel EB, Çakıroğlu FP: Menopoz Döneminde Kadın, s.2-12, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara (2007).
3. Taşkın L: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, s.526-31, Sistem Matbaacılık, Ankara (2007).
4. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3714&sayfa=giris&metod=IlgiliGos%20terge>. Erişim Tarihi: 10.06.2010.
5. Atasü T: Menopoz Tedavisi ve Kanseri, s.5-211, Nobel Kitapevi, İstanbul (2001).

6. Özkan A. Cerrahi yolla menopoza giren kadınlara verilen eğitimin, menopozal yakınmaları algılamasına ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2006.
7. Bandura A: Self-efficacy: The Exercise of Control, p.35-38, Freeman, New York (1997).
8. Bandura A. Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavioral Change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.
9. Erefe İ, Bahar Z, Bayık A ve ark. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset Matbaacılık, İstanbul (2002).
10. Sherer M, Maddux JE. The self efficacy scale construction and validation. Psychological Reports. 1982;51:663-71.
11. Gözüm S, Aksayan S. Öz etkililik-yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliği. Atatürk Üniv HYO Derg. 1999;2(1):21-34.
12. Ergöl Ş. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin bilgi, uygulama ve tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2001.
13. Yahya S, Rehan N. Age, pattern and symptoms of menopause among rural women of Lahore. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2002;14(3):9-12.
14. Koçoğlu F. Sağlığı geliştirici yaşam tarzı ve öz etkililik-yeterlilik durumunun sosyo-ekonomik durum ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya, 2009.
15. Earvolino-Ramirez ME. Commentary on "the influence of basic conditioning factors on healthy behaviors, self-efficacy, and self-care in adults". J Holist Nurs. 2006;24(3):186-7.
16. Sergek E, Sertbaş G. SSK hastanesinde çalışan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve öz-etkililik, yeterlilik düzeyleri. Atatürk Üniv. HYO Derg. 2006;9(1):41-8.
17. Akın S. Meme kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve öz-etkililiklerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2007.
18. Albal E. Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2009.
19. Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Derg. 2002;3:108-12.
20. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Derg. 2003;4:98-105.
21. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Edu&Beh. 2004;31(2):143-64.
22. Özgür N. Klimakterium dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ve başa çıkma yolları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2007.
23. Bandura A. Self-efficacy: Encyclopedia of Human Behavior, p.71-81, Academic Press, New York (1994).
24. Çoban A, Nehir S, Demirci H ve ark. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. Fırat Üniv Sağ Bil Derg. 2008;22(6):345-9.
25. Torres RY, Marks R. Relationships among health literacy, knowledge about hormone therapy, self-efficacy, and decision-making among postmenopausal health. J Health Com.2011;14(1):43-55.
26. Oğurlu N. Kadınların menopozal yakınmaları ve başetme yöntemlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Aydın, 2008.
27. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and signifiante in women's lives. The Am J Med. 2005;118(12):14-24.
28. Saraçoğlu F. Menopoz ve HRT. Geriatri. 1998;1(2):76-88.
29. Birol L: Hemşirelik Süreci, s.356, 10. Baskı, Duman Ofset Matbaacılık, İzmir (2011).
30. Zengin N. İdrar kaçırın kadınlarda hemşirelik eğitimi ve davranışsal tedavinin konfor, pelvik taban kas egzersizi uygulaması öz-etkililik algısı ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2008.

HBsAg Pozitif Hastaların Trombosit/Lenfosit, Trombosit/Nötrofil, Nötrofil/Lenfosit ve PLT/MPV Düzeylerinin Araştırılması

Examination of Platelet/Lymphocyte, Platelet/Neutrophil, Neutrophil/Lymphocyte and PLT/MPV Levels among HBsAg-Positive Patients

Araştırma



Research

Arzu Şahin¹, Filiz Bayar², Eda Dokumacıoğlu³

DOI: 10.17942/sted.758363

Geliş/Received : 26.06.2020

Kabul/Accepted : 03.09.2020

Öz

Amaç: Hepatit B virüs (HPV) enfeksiyonu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de oluşturduğu tablolar ve sonuçlar bakımından önemli mortalite ve morbidite sebeplerinden biridir. Bu çalışmada, hepatit B yüzey antijen (HBsAg) pozitif hastalarda Trombosit/Lenfosit (TLO), Trombosit/Nötrofil (TNO), Nötrofil/Lenfosit (NLO) ve PLT/MPV oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Bu retrospektif çalışmaya; Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran, HBsAg pozitifliği olan, tam kan sayımı parametreleri çalışılmış 200 hasta, kontrol grubu olarak ise aynı hastaneye başvuran ve tam kan sayımı parametreleri çalışılmış HBsAg'si negatif olan 200 hasta dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada bulunan kontrol grubunun ortalama değerleri; Trombosit/Lenfosit $115,98 \pm 45,44$ Trombosit/Nötrofil $54,20 \pm 18,03$ Nötrofil/Lenfosit $2,18 \pm 1,09$ ve PLT/MPV ise $23,49 \pm 8,34$ olarak belirlenirken, HBsAg-pozitif grupta aynı parametrelerin ortalama değerleri sırasıyla; $116,98 \pm 50,15$; $57,56 \pm 16,41$; $2,21 \pm 1,55$; $23,86 \pm 8,62$ ($p > 0,05$) olarak belirlendi. HBsAg-pozitif grupta lenfosit değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,05$). HBsAg-pozitif grupta MPV değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$). Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda trombosit sayısı ile MPV arasında pozitif korelasyon vardı (sırasıyla $r = 0,34$, $p = 0,01$ ve $r = 0,32$, $p = 0,01$).

Tartışma ve Sonuç: HBV ile enfekte bireylerde inflamasyon düzeyinin belirlenmesi hastaların takibi yönünden önemlidir. Daha büyük sayıdaki hasta popülasyonları ile çok merkezli, prospektif olarak yapılacak çalışmalar hepatit B ile NLO, PLO, TNO ve PLT/MPV ilişkisi konusunda daha aydınlatıcı fikirler verebilir.

Anahtar sözcükler: Hepatit B virüs, Nötrofil/Lenfosit, Platelet/Lenfosit, MPV

Abstract

Objective: Hepatitis B virus (HPV) infection is one of the important causes of mortality and morbidity in our country in terms of the picture and results it creates as well as all over the world. The aim of the study was to evaluate the Platelet/Lymphocyte (PLR), Platelet/Neutrophil (PNR), Neutrophil/Lymphocyte (NLR) and PLT/MPV ratios in patients with positive Hepatitis B surface antigen (HBsAg).

Material and Methods: 200 HbsAg-positive patients, who have gone to the Uşak Training and Research Hospital outpatient clinics and whose complete blood count parameters have been studied participated in this retrospective study. 200 HbsAg-negative patients, who have gone to the same hospital and whose complete blood count parameters have also been analysed were included in the study as the control group.

Findings: The mean values of the control group included in the study were as follows: Platelet/Lymphocyte $115,98 \pm 45,44$, Platelet/Neutrophil $54,20 \pm 18,03$, Neutrophil/Lymphocyte $2,18 \pm 1,09$ and PLT/MPV $23,49 \pm 8,34$. The mean values for the same parameters in HBsAg-positive group were determined to be $116,98 \pm 50,15$, $57,56 \pm 16,41$, $2,21 \pm 1,55$, $23,86 \pm 8,62$ ($p > 0,05$), respectively. Lymphocyte values were significantly lower in the HBsAg-positive group compared to those in the control group ($p < 0,05$). MPV values were found to be significantly higher in the HBsAg-positive group than those in the control group ($p < 0,05$). There was a positive correlation between platelet count and MPV in both the patient group and the control group ($r = 0,34$, $p = 0,01$ and $r = 0,32$, $p = 0,01$, respectively).

Discussion and Conclusion: Determining the level of inflammation in HBV-infected individuals is important for the follow-up of patients. Multi-centred, prospective studies to be conducted among larger patient populations may provide a more insightful view about the relationship between hepatitis B and NLR, PLR, PNR and PLT/MPV.

Key words: Hepatitis B virus, Neutrophil/Lymphocyte, Platelet/Lymphocyte, Mean platelet volume

1 Dr.; Öğr. Üyesi, Uşak Ü. Tıp Fak. Fizyoloji AD, Uşak (ORCID No:0000-0002-8789-4582)

2 Uzm. Dr.; Uşak Ü. Eğitim ve Arş. Hast. Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Uşak (ORCID No:0000-0002-0182-244X)

3 Doç. Dr.; Artvin Çoruh Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Artvin (ORCID No:0000-0002-2223-1331)

Giriş

Hepatit B virüsü (HBV), en küçük zarflı DNA virüsleri olarak bilinen Hepadnaviridae ailesinin bir üyesidir. Yüksek doku ve tür özgüllüğüne ek olarak, benzersiz genomik organizasyonu ve asimetric replikasyon mekanizması HBV'nin karakteristik özellikleri olarak öne çıkmaktadır (1). HBV enfeksiyonları küresel halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde 2 milyar insanın HBV ile enfekte olduğu, her yıl yaklaşık 248 milyon HBV taşıyıcısı tespit edildiği ve HBV'nin siroz ve hepatosellüler kanserin en önemli nedenleri arasında yer aldığı ve yılda yaklaşık 600.000 kişinin öldüğü bildirilmektedir (2,3). HBV, dört ana yayılma tipine sahiptir. Bunlar; cinsel bulaşma, enfekte kan ya da vücut salgılarıyla parenteral (perkütan) bulaşma, enfekte anneden yenidoğana (perinatal-dikey) bulaşma, enfekte kişilerle cinsel olmayan (yatay) bulaşma (4).

Nötrofil / lenfosit oranı (NLR), Trombosit / Lenfosit oranı (PLR) ve ortalama trombosit hacmi (MPV), rutin bir tam kan sayımından elde edilebilen ucuz ve kolay erişilebilir belirteçlerdir. Nötrofil lenfosit oranının, akut ya da kronik viral hepatitte karaciğer yetmezliği olduğunda mortaliteyi tahmin etmede ve karaciğer transplantasyonundan sonra hepatosellüler

karsinom nüksünü belirlemede yol gösterebileceği belirtilmektedir (5,6).

PLR, NLR gibi, son zamanlarda ön plana çıkan bir enflamatuvar belirteçtir. Esas olarak tromboz ve enflamasyon arasındaki dengeyi gösterir (7). Literatürde PLR ve NLR belirteçlerinin kardiyovasküler hastalıkların ve tromboza bağlı hastalıkların prognozu ile ilişkili olduğu ve PLR ve NLR'nin sistemik enflamatuvar yanıtta önemli belirteçler olduğu bildirilmiştir (8).

Trombositler (PLT), lokal ve sistemik enflamasyonla ilişkili bozuklukların patogenezinde önemli bir rol oynar. MPV trombosit fonksiyonunu gösterir ve trombosit aktivasyonunun arttığını gösterir (9). Trombosit indeksleri MPV, trombosit dağılım genişliği (PDW) ve "trombosit" (PCT) - kandaki trombosit yüzdesi, parametrelerden oluşur. Özellikle son zamanlarda trombosit indekslerinin bazı hastalıklarda risk göstergesi olarak kullanılabileceği ve aynı zamanda inflamasyonu yansıttığı belirtilmiştir (10,11).

Bu çalışmada pozitif hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) olan hastalarda Trombosit / Lenfosit, Trombosit/Nötrofil, Nötrofil / Lenfosit ve PLT / MPV oranı değerleri geriye dönük olarak değerlendirildi.

Tablo 1. Kronik hepatit B ve kontrol grubunun demografik bulguları ve laboratuvar değerleri

	Kontrol(n=200)	HBsAg –Pozitif (n=200)	p değeri
Yaş (yıl)	45,10±15,91	47,08±14,76	0.367
Cinsiyet (K/E)	102/98	111/89	
MPV (fL)	7,82±0,21	9,74±1,10	<0.05*
N/LO	2,18±1,09	2,74±1,54	0.651
PLT/LO	115,98±45,44	116,97±50,15	0.876
PLT/MPV	28,48±8,33	23,34±8,62	0.528
Hb (g/dL)	14,12±1,71	14,33±1,74	0.396
HCT (%)	42,06±4,59	42,84±4,51	0.672
PLT (10 ³ /μL)	224,95±67,48	227,36±69,98	0.401
Nötrofil (10 ³ /μL)	4,15±1,58	3,95±1,61	0.738
RBC (milyon/μL)	4,81±0,54	4,88±0,53	0.385
WBC (10 ³ /μL)	6,89±1,95	6,87±1,91	0.839
Lenfosit (10 ³ /μL)	2,09±0,68	1,42±0,52	<0.05*

MPV:Ortalama trombosit hacmi, N/LO:Nötrofil/Lenfosit, PLT:Trombosit sayısı, Hb:Hemoglobin, HCT:Hematokrit, RBC:Eritrosit sayısı WBC:Lökosit sayısı

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif çalışma için Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulundan onay alınmıştır. 1 Ocak 2018 ile 31 Aralık 2018 tarihleri arasında Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran, tam kan sayımı parametreleri incelenen HBsAg pozitifliği olan 200 hasta ve kontrol grubu olarak aynı hastaneye başvuran tam kan sayımı parametreleri incelenen HBsAg sonucu negatif olan 200 kişi çalışmaya alındı. Çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş aralığı 18-75'tir. Akut ve kronik böbrek yetmezliği, malignite, hemorajik inme, serebro vasküler hastalık, diabetes mellitus, sepsis ve iskemik inme hastalıkları olan kişiler çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan kişilerin verileri hastane elektronik veri tabanından retrospektif olarak incelendi ve son başvurudaki laboratuvar değerleri kaydedildi. Tam kandan hemoglobin, hematokrit, lökosit sayısı, nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, trombosit sayısı, MPV, Trombosit / Lenfosit (PLR), Trombosit / Nötrofil (PNR), Nötrofil / Lenfosit (NLR) ve PLT / MPV değerleri kaydedildi.

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizler SPSS (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) versiyon 18 yazılımı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogramlar ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov / Shapiro Wilk testleri) incelendi. Normal dağılım gösteren değişkenler için ortalama ve standart sapmalar kullanılarak tanımlayıcı analizler yapıldı. 2x2 tablolarda Pearson Chi Meydanı ve Fisher Kesin Testleri ile karşılaştırıldı. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizi ikiden fazla grupta Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirildi. Korelasyonlar incelenirken Spearman korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Hastaların demografik özellikleri ve laboratuvar verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. HBsAg-pozitif ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$). HBsAg-pozitif gruptaki hastaların yaş ortalaması 45.10 ± 15.91 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 47.08 ± 14.76 ($p > 0.05$) olarak hesaplandı. Hasta grubundaki kadın oranı %55.5 iken erkek oranı %44.5; kontrol grubundaki kadın oranı %51 ve erkek oranı %49 idi.

Hasta ve kontrol grupları nötrofil sayısı ve nötrofil / lenfosit oranı açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark yoktu (sırasıyla $p=0.738$, $p=0.851$). Lenfosit değerleri HBsAg-pozitif grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü ($p < 0.05$). MPV değerleri HBsAg-pozitif grupta kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p < 0.05$). Gruplar arasında hematokrit, hemoglobin, trombosit, RBC ve WBC değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırasıyla $p=0.672$, $p=0.396$, $p=0.401$, $p=0.385$, $p=0.839$).

Trombosit sayısı ile MPV arasında hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda pozitif korelasyon vardı (sırasıyla $r=0.34$, $p=0.01$ ve $r=0.32$, $p=0.01$). Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda NLR ve MPV arasında pozitif korelasyon vardı (sırasıyla $r=0.41$, $p=0.03$ ve $r=0.41$, $p=0.03$). Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda; lenfosit, tromboist ve MPV değerleri arasında pozitif korelasyon vardı (sırasıyla; $r=0.279$, $p=0.01$ and $r=0.169$, $p=0.043$ ve kontrol grubu için $r=0.192$, $p=0.21$ and $r=0.263$, $p=0.001$).

Tartışma

Hepatit B virüsü enfeksiyonu, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de oluşturduğu tablo ve sonuçlar açısından mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden biridir (12, 13). HBV prevalansı dünyada coğrafi bölgelere, nüfusa ve bulaşma türlerine göre değişiklik gösterir. HBsAg pozitifliğine göre pozitifliği $\geq 8\%$ olan ülkeler yüksek, $2-7\%$ arası olan ülkeler orta ve $< 2\%$ olan ülkeler düşük endemiklik bölgeleri olarak kabul edilmektedir (14,15).

HBV enfeksiyonu bağışıklığı genellikle normal yetişkinlerde viral klerens ile sonuçlanan geçici, kendini sınırlayan bir hastalıktır ve kronikleşme olguların yalnızca $5-10\%$ unda görülür (16). Trombositler hemostazda birincil rol oynar. Literatürde çeşitli hastalıkların klinik kararları için ortalama trombosit hacminin kullanımı ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (9,17). Henning ve arkadaşlarının bir çalışmasında, trombositlerdeki aktivasyonun MPV'deki artışla arttığı ve salgıladıkları bazı sitokinler ve diğer araçlarla daha kolay toplandıkları ve çeşitli hastalıklara neden olabildikleri bildirilmiştir (18). Başka bir çalışmada, kronik hepatit B hastalarında MPV

düzeylerinin kontrol grubuna göre arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (19). Turhan ve ark.'nın 260 inaktif hepatit B taşıyıcısı ile yaptığı çalışmada, inaktif taşıyıcılarda MPV değerlerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir (20).

HBsAg pozitif hastalar grubunda MPV düzeylerinin izlenmesi, trombosit aktivasyonunu düzenlemek için antitrombotik tedavinin etkinliğini değerlendirmek için yararlı bilgiler sağlayabilir. Atakan-Erkal ve ark. tarafından yapılan çalışmada HBsAg pozitif hasta grubunda MPV düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir (21).

Çalışmamızda literatür verilerine paralel olarak HBsAg-pozitif hastalarda MPV değerleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Düşük lenfosit sayısı, bu kan hücrelerinin bağışıklıktaki rolü nedeniyle enfeksiyon gelişme riskinin daha yüksek olduğunun bir göstergesi olabilir. Lenfositler bir tür beyaz kan hücresidir. Lenfositler, bakteri ve virüslerin yanı sıra vücuttaki toksinlerin ve kanserli hücrelerin yok edilmesinde rol oynar. Lenfosit sayısında azalma, bağışıklık sisteminin zayıflamasına neden olabilir (22).

Nötrofil / lenfosit oranı (NLR), tam kan testinde nötrofil değeri ile lenfosit değeri ve trombosit / lenfosit oranı (PLR) oranlanarak elde edilen orandır. NLR ve PLR, enflamatuvar hastalıkların prognozunu belirlemek için kullanılan yeni göstergelerdir. NLR genellikle subklinik enflamasyonun bir göstergesi olarak kabul edilir (23,24). Uluca ve arkadaşlarının inaktif hepatit B taşıyıcılarında yapılan çalışmada NLR ve MPV değerleri kontrol grubundan farklı bulunmamıştır (6). Çalışmamızda HBsAg-pozitif ve kontrol gruplarının NLR ve PLR düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı.

Güçlü bağışıklık yanıtı, hepatit B virüs enfeksiyonlarında virüsün ortadan kaldırılmasına katkıda bulunur. Zayıf bağışıklık, virüsün kolayca yayılmasına ve böylece kronik hepatit ve sirozun gelişmesine neden olabilir. HBV ile enfekte kişilerde enflamasyon düzeyinin belirlenmesi, hastaların izlemi için önemlidir. Bu nedenle, bu hastalarda kronikleşme düzeyini belirlemede basit,

ucuz ve non-invaziv yöntemlerin geliştirilmesi önemlidir. NLR, PLR ve MPV parametreleri bu amaçla kullanılabilir ve hızlı yöntemlerdir.

Sonuçlar

Çalışma sonuçlarımızda; NLR, PLR, PNR ve PLT / MPV değerleri gruplar arasında farklı bulunmadı. Yalnızca MPV değerlerinde anlamlı bir fark vardı. Bu çalışmanın sınırlayıcı faktörü; çalışmamızın geriye dönük ve tek merkezli olmasıdır. Daha büyük hasta popülasyonları ile yapılacak çok merkezli, prospektif çalışmalar, hepatit B ve NLR, PLR, PNR ve PLT / MPV arasındaki ilişki hakkında daha aydınlatıcı fikirler sağlayabilir.

İletişim: Dr. Arzu Şahin

E-posta: sahin-97@hotmail.com

Kaynaklar

1. Nassal M. Hepatitis B viruses: reverse transcription a different way. *Virus Res* 2008; 134:235-49.
2. Zafrin N, Sarkar MAS, Rahman M, Salma U, Mahbub T, Azhar MA. Hepatitis B virus infection: knowledge and awareness among the patients admitted in a tertiary care hospital in Bangladesh. *Viral Hepatit Dergisi*, 2019; 25(1):6-13.
3. Perz JF, Armstrong GL, Farrington LA, Hutin YJ, Bell BP. The contributions of hepatitis B virüs and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *J Hepatol* 2006; 4:529-38.
4. Baş B. Hepatit B prevalansı ve aile içi bulaşım yolları. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2017; 16(1):12-7.
5. Liu H, Zhang H, Wan G, Sang Y, Chang Y, Wang X, et al. Neutrophil-lymphocyte ratio: a novel predictor for short-term prognosis in acute-on-chronic hepatitis B liver failure. *J Viral Hepat* 2014; 21:499-507.
6. Uluca U, Sen V, Gunes A, Tan I, Aktar F, Cubuk E, et al. İnaktif hepatit B taşıyıcılarında nötrofil lenfosit oranı ve ortalama trombosit hacminin değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2015; 6(22): 8-13.
7. Oylumlu M, Yıldız A, Yüksel M, Korkmaz A, Aydın M, Bilik MZ, et al. Usefulness of platelet-lymphocyte ratio to predict stent thrombosis in patients with ST elevation myocardial infarction. *Koşuyolu Heart Journal* 2014; 17(2):81-5.
8. Chung JH, Lim J, Jeong JH, Kim KR, Park CW, Lee SH. The significance of neutrophil to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio in vestibular neuritis. *Laryngoscope* 2015; 125(7):257-61.

9. Atay K. Relationship between neutrophil-to-lymphocyte ratio, mean platelet volume, and fibrosis level in patients with chronic hepatitis B. *The Turkish Journal of Academic Gastroenterology*, 2019; 18:7-11.
10. Karabulut N, Namlı MN. HBsAg pozitif hastaların trombosit indekslerinin değerlendirilmesi. *ANKEM Derg* 2015; 29(2):73-8.
11. Ozer S, Yılmaz R, Sonmezgoz E, Karaaslan E, Taskin S, Butun I, et al. Simple markers for subclinical inflammation in patients with familial Mediterranean fever. *Medical Science Monitor*, 2015; 21:298-303.
12. European Association for the Study of the Liver. Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virüs infection. *J Hepatol* 2017; 67:370-98.
13. World Health Organization. Guidelines for The Prevention, Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis B Infection. WHO, Geneva, 2015:1-134.
14. Yamazhan T. HBV Enfeksiyonunun Epidemiyolojisi. İçinde: Kandemir Ö, Danalıoğlu A (Ed). *Hepatit B'den D'ye Hep Güncel Klinik El Kitabı*. Viral Hepatitle Savaşım Derneği, İstanbul, 2015:17-21.
15. Güçlü E, Geyik MF. Hepatit B enfeksiyonu ve korunma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012; 4(2):54-8.
16. Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B. *Hepatology*, 2007; 45:507-39.
17. Noris P, Melazzini F, Balduini CL. New roles for mean platelet volume measurement in the clinical practice? *Platelets*, 2016; 27(7):607-12.
18. Henning BF, Zidek W, Linder B, Tepel M. Mean platelet volume and coronary heart disease in hemodialysis patients. *Kidney Blood Press Res* 2002;25:103-8.
19. Ekiz F, Yüksel O, Koçak E, Yılmaz B, Altınbas A, Çoban Ş, et al. Mean platelet volume as a fibrosis marker in patients with chronic hepatitis B. *J Clin Lab Anal* 2011; 25:162-5.
20. Turhan O, Coban E, Inan D, Yalcin AN. Increased mean platelet volume in chronic hepatitis B patients with inactive disease. *Med Sci Monit* 2010; 16:202-5.
21. Atakan-Erkal F, Sepin-Özen N, Emek M, Tuğlu-Ataman Ş, Yalçınkaya M, Aksoy N, et al. Increased mean platelet volume, red blood cell distribution width and platelet / red blood cell distribution width in patients with Hepatitis B. *Turk Hij Den Biyol Derg* 2019; 76(1):53-8.
22. Lindsay BN. The immune system. *Essays Biochem* 2016; 60(3):275-301.
23. Zahorec R. Ratio of neutrophil to lymphocyte counts-Rapid and simple parameter of systemic inflammation and stress in critically ill. *Bratisl Lek Listy* 2001; 102:5-14.
24. Li C, Wen TF, Yan LN, Li B, Wang WT, Yang JY, et al. Postoperative neutrophil-to-lymphocyte ratio plus platelet-to-lymphocyte ratio predicts the outcomes of hepatocellular carcinoma. *J Surg Res* 2015; 198:73-9.

Gebelerin Grip Aşısı Yaptırmama Nedenleri Üzerine Kesitsel Çalışma

A Cross-sectional Study on the Reasons Why Pregnant Women Do Not Get Flu Vaccine



Görker Sel¹, Sibel Balçr², Büşra Aynal³, Konul Navruzova⁴,
Adile Yeşim Akdemir⁵, Müge Harma⁶, Mehmet İbrahim Harma⁷

DOI: 10.17942/sted.746876

Geliş/Received : 02.06.2020
Kabul/Accepted : 03.09.2020

Öz

Amaç: İnfluenza her yaşta insanı etkileyebilse de çoğu zaman kendi kendini sınırlayan bir enfeksiyondur. Ancak epidemilere ve pandemiye yol açabilmesi, iş ve okula devamı aksatması, özellikle risk gruplarında ciddi morbidite ve mortaliteye yol açması gibi nedenlerden dolayı önem ve dikkate değer bir hastalıktır. İnfluenza özellikle gebeler gibi risk gruplarında yaratabileceği ölümcül komplikasyonların yanı sıra sosyal ve ekonomik açılardan da kayıplara neden olabilir. Bu gözlemden hareketle çalışmamızda, kliniğimize başvuran gebelere rutin olarak sorduğumuz immünizasyon öyküsünün komponentlerinden olan grip aşısı olup olmama ve olmadırsa da neden olmadıkları bilgisini içeren cevapların geriye dönülerek dosyadan taranması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine 01.09.2019-01.02.2020 tarihleri arasında başvuran 18-50 yaş aralığındaki gebelere, herhangi bir özelliğe bakılmaksızın eğitim durumu ve gebelikte grip aşısı yaptırap yaptırmadığı soruldu. Aşı yaptırmayanlardan ise aşıyı neden yaptırmadığı yani bilmediğinden mi, gerek duymadığından mı yoksa bebeğine zarar verir düşüncesiyle mi yaptırmadığı öğrenilmek istendi. Bu biçimde toplamda 267 gebenin bilgileri not edildi.

Bulgular: Çalışmamıza 216'sı (%80,9) 35 yaş altı, 51'i (%19,1) 35 yaş ve üstü olmak üzere toplam 267 gebe dahil edildi ve gebelerin yaş ortalaması 29,03±6,11 olarak bulundu. Gebelerden 6'sı (%2,2) grip aşısı olmuş, 261'i (%97,8) ise grip aşısı olmamıştı. Grip aşısı olmama nedeni olarak toplam 261 gebeden 164'ü (%62,8) "Bilmiyordum", 30'u (%11,5) "Gerek duymadım", 67'si (%25,7) ise "Zarar verebilir" cevabını verdi. Aşı olma bakımından eğitim durumu ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=1,000). Buna göre temel sorunun yaş ve eğitim durumundan bağımsız bir biçimde, gebelerin yeterince bilgilendirilmemiş olması göze çarpmaktadır.

Sonuç: Aşının kanıtlanmış etkinliğine rağmen, mevsimsel influenza aşısı ile aşılanma oranı halen dünyada ve ülkemizde düşüktür. Aslında literatür incelendiğinde dünyadaki farklı bölgelerde benzer durumların olduğu göze çarpmaktadır. Bizim çalışmamızda gebelerde influenza aşısının yapıma oranının %2,2 gibi düşük değerde olmasının sebepleri benzer çalışmalar ile ortak yönler taşımaktadır. Gebelerin büyük kısmı aslında grip aşısı yaptırmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmemiştir. Bu konuda aile hekimlerine ve ikinci basamakta olan hekimlere büyük görev düşmektedir. Bu bilgiler ışığında gebe okullarında ve aile hekimliklerinde de gebelere aşı olması konusunda bilgilendirme mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Grip, Aşı, Gebe, İnfluenza

Abstract

Objective: Influenza, even though it can affect people of any age, is usually a self-limiting infection. However, it is an important and remarkable disease due to the reasons such as leading to epidemics and pandemics, disrupting work and school attendance, and causing serious morbidity and mortality, especially in risk groups. Influenza may cause social and economic losses as well as fatal complications especially in the risk groups such as pregnant women. On the basis of this observation, our study aimed at retrospectively reviewing the answers of the pregnant women, who have visited our clinic, to the questions we routinely asked them as a component of their history of immunization, about their flu vaccination status and, if they have not been vaccinated, about the reason of this choice.

Method: The pregnant women in the 18-50 age range, who have visited the Hospital of Zonguldak Bülent Ecevit University Medical School between 1st September 2019 and 1st February 2020, regardless of any other criterion, were asked about their educational status and whether they have had a flu vaccine during pregnancy. Those who have not been vaccinated were asked about the reason for not receiving the vaccine; whether they did not know about the vaccine, whether they thought that they did not need it or that the vaccine might do harm to their babies. Thus, the information about the 267 pregnant women in total was recorded.

Findings: A total of 267 pregnant women, of whom 216 (80,9%) were under 35 years of age, and 51 (19,1%) aged 35 and over were included in our study and the mean age of the pregnant women was found to be 29,03 ± 6,11. Of the pregnant women six (2,2%) have received the flu vaccine and 261 (97,8%) have not been vaccinated against flu. Of the 261 pregnant women, 164 (62,8%), 30 (11,5%) and 67 (25,7%) answered "I did not know", "I did not need" and "It might cause harm", respectively, as a reason for not having a flu vaccine. There was no statistically significant difference between the educational status and age groups in terms of being vaccinated (p = 1,000). Accordingly, it is noteworthy that pregnant women, regardless of their age and educational status, have not been informed sufficiently about the influenza vaccine.

Conclusion: In spite of the proven effectiveness of the vaccine, the seasonal influenza vaccination rates are still low around the world and in our country. In fact, when the literature is examined, it is striking that there are similar situations in different regions of the world. The reasons why the influenza vaccination rate among pregnant women was found to be as low as 2,2% in our study have common aspects with those in similar studies. The majority of pregnant women have not been informed that they should receive the flu vaccine. In this regard, family physicians and physicians providing secondary healthcare have a great duty. In the light of this fact, pregnant women should definitely be informed at pregnancy schools and family health centers about the necessity for vaccination.

Key words: Flu, Vaccine, Pregnant, İnfluenza

1. Dr. Öğr. Üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum AD, Zonguldak (Orcid No: 0000-0001-8653-5687)
- 2 Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Ü. Tıp Fak. Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi AD, Kocaeli (Orcid No:0000-0002-5875-7546)
- 3 Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum AD, Zonguldak (Orcid No:0000-0001-6342-8088)
- 4 Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum AD, Zonguldak (Orcid No:0000-0002-5655-1149)
- 5 Dr. Öğr. Üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum AD, Zonguldak (Orcid No:0000-0002-8574-5065)
- 6 Prof. Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum AD, Zonguldak (Orcid No:0000-0002-4327-674X)
- 7 Prof. Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum AD, Zonguldak (Orcid No:0000-0002-9734-5253)

Giriş

Batı Karadeniz Bölgesindeki 3. basamak üniversite hastanesine başvuran gebelerin bahar ayları öncesinde Sağlık Bakanlığı tarafınca da rutin olarak önerilen grip aşısı hakkında doktorlarından tavsiye alıp almadığı ve aşı olmama nedenleri üzerine tanımlayıcı bir araştırma.

İnfluenza her yaşta insanı etkileyebilen ancak neyse ki çoğu zaman kendi kendini sınırlayan bir enfeksiyondur. Ancak epidemilere ve hatta güncel olarak da bilindiği ve gözlemlendiği gibi pandemiye yol açabilmesi, iş ve okula devamı aksatması, özellikle risk gruplarında ciddi morbidite ve mortaliteye yol açması gibi nedenlerden dolayı önem ve dikkate değer bir hastalıktır (1). İnfluenza özellikle gebeler gibi risk gruplarında yaratabileceği ölümcül olabilen komplikasyonlarının yanı sıra sosyal ve ekonomik açılardan da kayıplara neden olabilir. Hamile kadınlar hamile olmayan kadınlardan daha sık pnömoni olmasa da, gebeliğin fizyolojik adaptasyonları nedeniyle daha fazla morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilir (2). Gripe bağlı 2. ve 3. trimesterde ciddi komplikasyonlar; sekonder pnömoni, ölü doğum, akut solunum yetmezliği riski, erken doğum görülebilmektedir ve gribe bağlı mortalite gebelerde %2-3 civarındadır ve en riskli dönem 3. trimesterdir (3). Grip aşısının gebelik sırasında son derece etkili ve güvenli olduğu kanıtlanmıştır ve tüm gebelere tavsiye edilmelidir. Sağlık Bakanlığı da kasım ve mart aylarından önce olmak üzere gebelere grip aşısı yapılması hakkında aile hekimliklerine ve kadın doğum hekimlerine bilgilendirme yazısı göndermektedir. Ancak bu konuda hekimlerin isteksiz ve gebelere bu yönde tavsiye vermekten çekindiği gözlenmektedir. Bu gözlemden hareketle çalışmamızda, kliniğimize başvuran gebelere rutin olarak sorduğumuz immünizasyon öyküsünün komponentlerinden olan grip aşısı olup olmama ve olmadıysa da neden olmadıkları bilgisini içeren cevapların geriye dönülerek dosyadan taranması amaçlanmaktadır. Hastalıktan ve epidemilerin oluşmasından korunmada en etkin yöntem grip aşısıdır. İnfluenza yüksek derecede bulaşıcı solunum yolu enfeksiyonudur. Ateş, yorgunluk, kas ağrısı ve öksürük gibi üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları ile karakterize olup en ağır

komplikasyonu sekonder bakteriyel pnömonidir. Gebelikte komplikasyon oranları 4-5 kat artar (4). Yenidoğanlar ve infantlar da ciddi komplikasyonlar ve hospitalizasyon açısından riskli gruptur. İnaktif ve canlı attenüe olmak üzere iki çeşit aşı bulunmaktadır. Canlı aşı gebelerde tercih edilmezken, Amerikan Kadın Doğum Cemiyeti-American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ve Sağlık Bakanlığı grip sezonunda gebe olacak tüm kadınlara inaktive aşı önermektedir (5). Aşılama hem anneyi korurken hem de yenidoğanda pasif korunma sağlamaktadır (6). Özellikle ayında aşılanma aşının etkinliği ve koruyuculuk açısından en uygun zamandır (4). Bugüne kadar birçok çalışmada inaktif aşısının gebelikte kullanımının güvenli olup olmadığı araştırılmış, maternal komplikasyonlarda artış ya da fetal herhangi bir olumsuz etki ile karşılaşılmamıştır (7). Ancak bu bilgiler ışığında dahi gebelerde yeterli aşılanma düzeyine ulaşamadığı kanısındayız. Aşılanma oranlarını ve aşıya engel olabilecek durumları saptamada başlangıç çalışması olarak eski verileri incelemek gerektiği ve bu veriler ışığında prospektif çalışma yapılabileceği düşüncesindeyiz. Bu sebeple gebelerin daha önceki dosya bilgileri ışığında influenza aşısı olup olmadıkları, olmadıysa da temel belirttikleri neden (zararlı olacağı düşüncesi, gereksiz bulmaları gibi) not edilerek tanımlayıcı bir çalışma gerçekleştirdik.

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra (2020/07-4 Protokol no) Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine 01.09.2019-01.02.2020 tarihleri arasında başvuran 18-50 yaş aralığında, herhangi bir özelliğe bakılmaksızın gün içinde rastgele olarak 5-10 gebeye, daha önce bu sorular sorulmamış olmak şartıyla, eğitim durumu ve gebelikte grip aşısı yaptırıp yaptırmadığı soruldu.

Aşı yaptıranlara ilaveten başka soru sorulmadı. Aşı yaptırmayanlardan ise aşığı neden yaptırmadığı yani bilmediğinden mi, gerek duymadığından mı yoksa bebeğine zarar verir düşüncesiyle mi yaptırmadığı öğrenilmek istendi. Dosyaya kaydedilen bilgiler daha sonra retrospektif olarak tarandı. Bu biçimde toplamda 267 gebenin bilgileri not edildi.

Tablo 1. Çalışmada yer alan gebelerin özellikleri (n=267)

	n (%)
Yaş	
<35	216 (80,9)
≥35	51 (19,1)
Eğitim	
İlköğretim	140 (52,4)
Lise	79 (29,6)
Üniversite	48 (18,0)
Aşı olma	
Evet	6 (2,2)
Hayır	261 (97,8)
Aşı olmama nedenleri	
Bilmiyordum	164 (62,8)
Gerek duymadım	30 (11,5)
Zarar verebilir	67 (25,7)

İstatistiksel analiz

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Nümerik değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) olarak verildi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile değerlendirildi. İki yönlü hipotezlerin testinde $p < 0,05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamıza 216'sı (%80,9) 35 yaş altı, 51'i (%19,1) 35 yaş ve üstü olmak üzere toplam 267 gebe dahil edildi ve gebelerin yaş ortalaması $29,03 \pm 6,11$ olarak bulundu. Gebelerin 140'ı (%52,4) ilköğretim, 79'u (%29,6) lise ve 48'i

Tablo 2. Yaş ve eğitim durumuna göre aşı olma

	Aşı olma		p*
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Yaş			
<35	5 (83,3)	211 (80,8)	1,000
≥35	1 (16,7)	50 (19,2)	
Eğitim durumu			
İlköğretim	3 (50,0)	137 (52,5)	1,000
Lise	2 (33,3)	77 (29,5)	
Üniversite	1 (16,7)	47 (18,0)	

*Ki-kare Testi

(%18,0) üniversite mezunuydu. Gebelerden 6'sı (%2,2) grip aşısı olmuş, 261'i (%97,8) ise grip aşısı olmamıştı. Grip aşısı olmama nedeni olarak toplam 261 gebeden 164'ü (%62,8) "Bilmiyordum", 30'u (%11,5) "Gerek duymadım", 67'si (%25,7) ise "Zarar verebilir" cevabını verdi (Tablo 1).

Yaş ve eğitim durumu ile aşı olma durumu arasındaki ilişkiler Çizelge 2'de verildi. Buna göre aşı olan 6 gebeden 5'i (83,3) 35 yaş altı, 1'i (16,7) 35 yaş ve üzerinde iken aşı olmayan 261 gebeden 211'i (80,8) 35 yaş altı, 50'si (19,2) 35 yaş ve üzerindedir. Aşı olanların 3'ü (50,0) ilköğretim, 2'si (33,3) lise, 1'i (16,7) üniversite mezunu iken aşı olmayanların 137'si (52,5) ilköğretim, 77'si (29,5) lise, 47'si (18,0) üniversite mezunuydu. Aşı olma bakımından eğitim durumu ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=1,000$). Buna göre temel sorunun yaş ve eğitim durumundan bağımsız bir biçimde, gebelerin yeterince bilgilendirilmemiş olması göze çarpmaktadır.

Tablo 3. Yaş ve eğitim durumuna göre aşı olmama nedenleri

	Bilmiyordum n (%)	Gerek duymadım n (%)	Zarar verebilir n (%)	p*
Yaş				
<35	127 (60,2)	26 (12,3)	58 (27,5)	0,198
≥35	37 (74,0)	4 (8,0)	9 (18,0)	
Eğitim durumu				
İlköğretim	84 (61,3)	17 (12,4)	36 (26,3)	0,958
Lise	51 (66,2)	8 (10,4)	18 (23,4)	
Üniversite	29 (61,7)	5 (10,6)	13 (27,7)	

*Ki-kare Testi

Yaş ve eğitim durumu ile aşı olmama nedeni arasındaki ilişkiler ise Çizelge 3'te verildi. Buna göre 35 yaş altında olan gebelerin 127'i (60,2) aşı olmama nedeni olarak "Bilmiyordum", 26'sı (12,3) "Gerek duymadım", 58'i (27,5) "Zarar verebilir" cevabını verdi. Otuz beş yaş ve üzerinde olan gebelerin 37'i (74,0) "Bilmiyordum", 4'ü (8,0) "Gerek duymadım", 9'u (18,0) "Zarar verebilir" cevabını verdi. İlköğretim mezunu olan gebelerin 84'ü (61,3) aşı olmama nedeni olarak "Bilmiyordum", 17'si (12,4) "Gerek duymadım", 36'sı (26,3) "Zarar verebilir" cevabını verdi. Lise mezunu olan gebelerin 51'i (66,2) "Bilmiyordum", 8'i (10,4) "Gerek duymadım", 18'i (23,4) "Zarar verebilir" cevabını verdi. Üniversite mezunu olan gebelerin ise 29'u (61,7) "Bilmiyordum", 5'i (10,6) "Gerek duymadım", 13'ü (27,7) "Zarar verebilir" cevabını verdi. Aşı olmama nedeni bakımından yaş grupları ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,198$; $p=0,958$).

Tartışma

Grip mevsimi olarak bilinen ekim-mayıs ayları arasında gebe olan kadınların inaktive influenza aşısı ile aşılanmaları önerilmektedir (4). İnaktive influenza aşısı gebeliğin herhangi bir zamanında uygulanabilir. Bu yönde de Sağlık Bakanlığının tebliği her yıl hekimlere iletilmektedir.

2006 yılında yapılan gebelerin influenza açısından bilgi düzeyini ölçen bir çalışmaya göre çalışmaya katılan gebelerin %90'ı kendilerinin diğer nüfusa göre daha riskli olduklarının bilincinde olmadığı ve katılımcılarının ancak yarısının aşılanma hakkında bilgi sahibi olduğu bulunmuştur (8). Aslında aşılanma konusunda bilgilendirilmemiş olmak bu yönüyle bakıldığında global bir sorun olarak gözükmemektedir, zira bizim çalışmamızda da aynı seviyede bir bilgi düzeyi mevcuttur.

Gebeler dışındaki nüfusta da benzer bir yaklaşım söz konusudur. Örneğin Çiftçi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar arasında influenza aşısı endikasyonu olan hastalarda aşılanma oranı düşük ve aşılanmayan hastaların ise influenza aşısı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı bulunmuş ve hekimler tarafınca yapılacak gerekli bilgilendirmeler ile bu rakamların artacağı düşünülmüştür (9).

2009 yılındaki H1N1 pandemisi sırasında ele alınan bir çalışmada gebelerin influenza aşısını yaptırma durumları araştırılmış ve mevcut engeller tahlil edilmiştir. O dönemdeki yoğun bilgilendirmeye sekonder hastaların %81'i aşılanmayı kabul etmiş, kabul etmeyenlerde ise ana sorun aşının zararlı olabileceği düşüncesi olmuştur (10). Doğru bilgilendirme olunca



Fotoğraf erişim: <https://www.canva.com/design/DAEIDKpB27Q/-MLizV55G8fsshV03-PDEA/edit?category=tADonkd1dwU>

hastaların çoğunda ikna olma ve aşılama oranlarında artış olduğu göze çarpmaktadır. Ancak bizim çalışmamızda gözlemlediğimiz kadarıyla hastaların geneli aşı konusunda doktorundan bilgi alabilmiş değildi. Bu da ne yazık ki büyük bir eksiklik.

Ülkemizde risk grubunda olanlar influenza aşısını ücretsiz alabilmektedir. Ancak aşının kanıtlanmış etkinliğine rağmen, mevsimsel influenza aşısı ile aşılama oranı halen dünyada ve ülkemizde düşüktür (9). Elbette burada yukarıda da vurgulandığı gibi sağlık çalışanlarının bilgi verme ve tutumları önem arz etmektedir. Örneğin Kanada'daki gebe sağlığı ile ilgili çalışan sağlıkçıların bilgi ve tutumunu inceleyen kesitsel çalışmada, gebelerin bir sağlık çalışanı tarafınca influenza aşısı olması yönünde öneri almanın en büyük etmen olduğu bulunmuştur (10). Yine benzer biçimde yapılmış bir başka çalışmada Almanya'da da özellikle kadın doğum hekimlerinin gebelere influenza ve boğmaca aşılama üzerine verdiği önerilerin gebeler tarafınca kabul edildiği, bu sebeple hekimlere büyük görev düşmektedir (12).

Suudi Arabistan'da yapılan yakın zamanlı bir çalışmada ise yine gebelerin influenza aşısına bakış açıları genel itibariyle bebeğime zarar verebilir düşüncesi yaygın olmakla beraber araştırmanın ilginç kısmı olarak ise çalışmaya katılan yalnızca %3 gebeye doktorları tarafından influenza aşısı önerilmiş olmasıydı, çünkü çoğu sağlık çalışanı bu konuda tereddüt duymakta ve risk almamak adına da öneride bulunmamayı seçmekte olduğu saptanmıştır, bu yönüyle ülkemizin profiline de benzemektedir (13). Bizim çalışmamızda da gebelerde influenza aşısının yapılma oranının %2,2 gibi düşük değerlerde olmasının sebepleri bu çalışma ile benzerlik taşımaktadır.

Aslında literatür incelendiğinde dünyadaki farklı bölgelerde benzer durumların olduğu göze çarpmaktadır. Bir başka çalışmada, bizim çalışmamıza da benzer biçimde, Tayland'da gebelerin yüzde beşinden azının influenza aşısını yaptırdıkları saptanmıştır ve bu çalışma neticesinde çıkarım olarak en çok sağlık çalışanları ve gebenin yakınlarının tavsiyesinin gebenin aşılama konusunda önem arz ettiği belirtilmiştir (10).

Çalışmamızın eksikliği olarak daha çok ayırt edici soru eklenip bu çalışma genişletilebilirdi, ancak bu sefer de asıl yoklamak istediğimiz noktadan, yani hastaların influenza aşısı olması gerektiğini bilip bilmedikleri noktasından çalışmanın uzaklaşabileceğini de göz ardı etmedik. Çünkü bu çalışma ile asıl vurgulamak istediğimiz husus hekimler tarafından hastalara grip aşısı olması gerektiği bilgisinin yeteri kadar verilmemesi ve bilgilendirilen hastaların aşılarının zararlı olabileceği ya da aşığı gereksiz bulmaları gerekçesiyle aşı olmadıklarıdır.

Sonuç

Gebelerin büyük kısmı aslında grip aşısı yaptırmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmemişti. Bu konuda aile hekimlerine ve ikinci basamakta olan hekimlere büyük görev düşmektedir. Ne yazık ki bilindiği üzere grip gebelerde ağır geçmekte ve ölümcül komplikasyonlara da sebebiyet verebilmektedir. Bu bilgiler ışığında gebe okullarında ve aile hekimliklerinde de gebelere aşı olması konusunda bilgilendirme mutlaka yapılmalıdır. Bununla birlikte unutulmamalıdır ki grip aşısı önerilen bir gebeye mutlaka bir yakını, eczacı kalfası, eczacı ve hatta başka bir hekim tarafınca aşı karşıtı bir tavsiye de verilecektir. Bu sebeple de hastalara tekrar tekrar aşı olma vurgulanmalı ve gripin olası komplikasyonları hakkında bilgi verilmelidir.

İletişim: Dr. Görker Sel

E-posta: gorkersel@gmail.com

Kaynaklar

1. Ferguson NM, Cummings DA, Fraser C, Cajka JC, Cooley PC, Burke DS. Strategies for mitigating an influenza pandemic. *Nature*. 2006;442(7101):448-452. doi:10.1038/nature04795
2. Laibl VR, Sheffield JS. Influenza and pneumonia in pregnancy. *Clinics in perinatology*. 2005;32(3):727-738. doi:10.1016/j.clp.2005.04.009
3. Skowronski DM, De Serres G. Is routine influenza immunization warranted in early pregnancy? *Vaccine*. 2009;27(35):4754-4770. doi:10.1016/j.vaccine.2009.03.079
4. Melekoğlu R, Keskin U, Tarım E, Şen C. Gebelikte influenza enfeksiyonu. *Perinatal Journal/Perinatoloji Dergisi*. 2017;25(3). doi:10.2399/prn.17.0253005
5. Committee on Obstetric Practice. Immunization Expert Work Group; Centers for Disease Control

- and Prevention's Advisory Committee on Immunization. United States; American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 608: influenza vaccination during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2014;124(3):648-651.
6. Steinhoff MC, Omer SB. A review of fetal and infant protection associated with antenatal influenza immunization. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2012;207(3 Suppl):21-27. doi:10.1016/j.ajog.2012.06.071
 7. Duran N. Mevsimsel influenza ve bağışıklama. *Türk J Immunol.* 2010;15:1.
 8. Yudin MH, Salaripour M, Sgro MD. Pregnant women's knowledge of influenza and the use and safety of the influenza vaccine during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2009;31(2):120-125.
 9. Çiftçi F, Şen E, Demi N, Kayacan O. Hastaların influenza aşısına karşı düşünce ve tutumlarını hangi faktörler etkiler. *Tüberk Toraks.* 2017;65(4):308-316. doi:10.5578/tt.66324
 10. Goldfarb I, Panda B, Wylie B, Riley L. Uptake of influenza vaccine in pregnant women during the 2009 H1N1 influenza pandemic. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2011;204(6):112-115. doi:10.1016/j.ajog.2011.01.007
 11. Tong A, Biringir A, Ofner-Agostini M, Upshur R, McGeer A. A cross-sectional study of maternity care providers' and women's knowledge, attitudes, and behaviours towards influenza vaccination during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2008;30(5):404-410. doi:10.1016/s1701-2163(16)32825-0
 12. Bödeker B, Walter D, Reiter S, Wichmann O. Cross-sectional study on factors associated with influenza vaccine uptake and pertussis vaccination status among pregnant women in Germany. *Vaccine.* 2014;32(33):4131-4139. doi:10.1016/j.vaccine.2014.06.007
 13. Mayet AY, Al-Shaikh GK, Al-Mandeel HM, Alsaleh NA, Hamad AF. Knowledge, attitudes, beliefs, and barriers associated with the uptake of influenza vaccine among pregnant women. *Saudi Pharmaceutical Journal.* 2017;25(1):76-82. doi:10.1016/j.jsps.2015.12.001
 14. Ditsungnoen D, Greenbaum A, Praphasiri P, Dawood FS, Thompson MG, Yoocharoen P, et al. Knowledge, attitudes and beliefs related to seasonal influenza vaccine among pregnant women in Thailand. *Vaccine.* 2016;34(18):2141-2146. doi:10.1016/j.vaccine.2016.01.056



Şükrü Keleş¹, Meral Demirören², Sevgi Turan³, İskender Sayek⁴

DOI: 10.17942/sted.730054

Geliş/Received : 03.04.2020

Kabul/Accepted : 01.09.2020

Öz

Giriş: Eğitim ve öğretim etiği, değerlerden köken alır. Sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticilerin eğitim ve öğretim ortamında öne çıkan değerleri tanımaları ve bu doğrultuda eğitim faaliyetlerini yürütmeleri onların etik sorumlulukları arasında yer almaktadır. Temelde ahlaki bir duygu olan sorumluluk, eğiticilerin yaptıkları ya da yapmadıkları, kendilerinden yapmaları beklenen ödevler söz konusu olduğunda etik bir boyut kazanır. Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticilerin etik sorumlulukları hakkında genel bir çerçeve çizmek amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bu makale geleneksel derleme (narrative) çalışmasına dayalıdır. Bu bağlamda eğitim ve öğretim etiğinin değersel içerikli temel sorunları, ilgili literatür ışığında belirlenmiş ve yorumlanmıştır.

Bulgular: Geçtiğimiz on yılda eğitim sistemleri geliştirilirken mesleğin ya da toplumun değerlerinin merkeze alındığı, günümüzde ise özerkliğin yaygın olarak temel bir etik değer olarak kabul edilmesiyle birlikte, eğitim ortamında öğrenenin değerlerinin merkeze alındığı dikkati çekmektedir.

Sonuç: Eğitimde hangi değerlere öncelik verileceği ve benimseneceği, eğitim sisteminin hedef ve amaçları, toplumun nasıl bireyler yetiştirmek istediğiyle yakından ilgilidir. Günümüzde sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticilerden, eğitim ve öğretim etiği çerçevesinde yer alan temel değerleri benimsemeleri ve eğitim ortamında yaşanan değersel sorunların farkına varabilmeleri beklenmektedir. Bu beklenti, eğiticilerin etik ilkeleri gözeterek davranmaları ve bu doğrultuda eğitici sorumluluklarını yerine getirmeleri, hatta kendilerini sorumlu hissetmeleri ile olanaklıdır.

Anahtar sözcükler: Eğitim ve öğretim etiği, Etik eğitimi, Sağlık profesyonelleri, Tıp eğiticileri, Etik sorumluluk

Abstract

Background: The concept of educational ethics is rooted in the values. So, knowing the values which are prominent in the educational environment and conducting educational activities accordingly are among the ethical responsibilities of the educators teaching health professionals. Responsibility, which is essentially a moral emotion, takes on an ethical aspect when it comes to the tasks that educators fulfil or do not fulfil and they are required to perform. This study aims at providing a general framework for the ethical responsibilities of the educators taking part in the education of health professionals.

Method: This study was based on a conventional narrative model. Within this context, the main value-related problems in education ethics were defined and interpreted in the light of related literature.

Findings: It is remarkable that while it was the profession itself or the social values that played a key role in the development of the educational systems in the last decade, today it is the values of the learner that is central to the educational setting as autonomy is widely considered as a basic ethical value.

Conclusion: The values to be prioritized and embraced in education is closely related to the aims and objectives of the education system and to the type of individuals the society wants to raise. Today, the educators taking part in the education of health professionals are expected to embrace the basic values that are present in educational ethics and to be aware of the value-related problems that may arise in the educational environment. This expectation can only be met when the educators take ethical principles into consideration while developing their behaviours, fulfil their responsibilities as educators and, in fact, feel responsible.

Key words: Educational ethics, Ethics education, Health professionals, Medical educators, Ethical responsibility

1 Dr. Öğr. Üyesi, Karadeniz Teknik Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD, Trabzon (Orcid No: 0000-0003-2867-4608)

2 Doç. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara (Orcid No:0000-0001-7415-9602)

3 Prof. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara (Orcid No:0000-0001-9287-0641)

4 Prof. Dr.; Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (Orcid No:0000-0001-5951-3511)

Giriş

Akademik etik, akademi ile ilgili hem betimleyici hem de normatif etik sorunların niteliksel ve niceliksel açıdan araştırıldığı bir alandır (1). Akademi ile ilgili olan hemen her konu, akademik etiğin çalışma alanına girmektedir. Bu çalışmada yükseköğretim kurumlarında sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğitimcilerin etik sorumluluklarına odaklanılmıştır. Bu sınırlandırmanın temel nedeni, eğitim ve öğretim etiği kavramının akademik etiğin önemli bir parçası olmasına rağmen araştırma ve yayın etiği ya da bilim etiği alanları kadar tartışmalarda öne çıkmaması, hatta gözardı edilmesidir.

Eğitim ve öğretim etiği, eğitim etkinliklerinin yürütülebildiği her ortamda eğitici ile öğrenen, eğitici ile öğrenci, eğitici ile toplum ve ilgili diğer paydaşlar arasında ortaya çıkan değer sorunlarının saptanması ve bu sorunların çözümüne yönelik önerilerin sunulması biçiminde ifade edilebilir. Bu bağlamda, öne çıkan değerlerin neden önemli olduğuna, mesleğin oluşumuna ve gelişimine etkisini tartışmak esastır. Öte yandan, eğitim ve öğretim ortamlarında yaşanan değersel içerikli hangi sorunların eğitim ve öğretim etiği ile ilgili olduğunun belirlenmesi de eğitim ve öğretim etiğinin çalışma kapsamında yer almaktadır. Bu makalede eğitim öğretim etiğinin sağlık profesyonellerinin eğitimindeki yeri ve önemine ilişkin bir açıklama getirilmeye çalışılacaktır.

Sağlık alanında yaşanan değersel sorunlar, ileri teknolojilerin sağlık alanında kullanılmasının yaygınlaşması ve toplumun zaman içinde değişip dönüşmesi gibi nedenlerle çeşitlilik göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık eğitimcilerinin sağlık profesyonellerinin eğitiminde üstlendikleri sorumlulukların gözden geçirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık alanında yaşanan gelişmeler ve toplumun beklentilerinin değişmesi akademideki tüm paydaşları yakından ilgilendirmektedir. Bu nedenle, eğitim ve öğretim sürecindeki değersel sorunların saptanması ve etik açıdan kuşku duyulmayacak bir bakış açısıyla sorunlara yaklaşılması önemli görünmektedir.

Eğitim ve öğretim etiği denildiğinde değerler, gündelik yaşamdan ayrıştirılmayacak bir biçimde eğitim ortamının temel belirleyicileri arasında yer almaktadır. Eğitim ve öğretim etiğinin anlam

içeriğinin oluşturulması değersel açıdan anlamlı bazı soruların sorulması ve bu soruların yanıtlanmaya çalışılması ile yakından ilişkilidir. Eğitim öğretim etiğinin öznelere, sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğitimciler ve yöneticiler, öğrenenler, sağlık çalışanları, sağlık hizmetine başvuran/hasta ve hasta yakınları, sivil toplum kuruluşları, ulusal ve uluslararası bilim topluluğunun üyeleridir.

Yukarıda tanımlanan çerçeve kapsamında bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

Sorumluluk, hukuksal sorumluluk bağlamından farklı olarak etik ile ilişkili olan bir kavramdır (2). Bu bağlamda bir eğitimcinin etik sorumlulukları nelerdir?

Ödev, belirli bir biçimde davranma gerekliliğidir; bir eylemin yapılmasının gerekli olduğu düşüncesidir (2). Bir tutumun ya da davranışın eğitim ve öğretim etiği açısından ödev olduğunu söylemenin anlamı nedir?

Bu soruların yanıtlanması sağlık profesyonellerinin eğitimi hakkında ve bu bağlamda etiğin eğitim ve öğretimdeki yeri ve önemi üzerine düşünmeyi zorunlu kılmaktadır. Bu konu ile ilgili farklı kurumlarda yürütülmekte olan çalışmalar, Türkiye’de Yüksek Öğretimde kabul edilen temel değerler çerçevesinde ele alınmıştır. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğitimcilerin eğitim ve öğretim sürecindeki etik sorumluluklarının neler olabileceği tartışmaya açılmış ve öneriler sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem

Sağlık profesyonellerinin eğitiminde hangi değerlerin öne çıktığını saptamak ve eğitim çalışmalarında neyin değer olduğunu belirlemek amacıyla, geleneksel derleme (narrative) yöntemi temel alınmıştır (3). Bu bağlamda eğitim ve öğretim etiği ile ilgili makaleler ve kuramsal kitaplar incelenmiş, bu tür kaynaklardan elde edilen bilgilere eleştirel bakış açısıyla yaklaşılmış ve yorumlanmıştır. Diğer yandan, eğitim ve öğretim etiğinin değersel içerikli temel sorunları, Yüksek Öğretim Kurumlarında varolan etik sorumluluklar dikkate alınarak incelenmiş ve ilgili paydaşlara konunun çerçevesine ilişkin öneriler sıralanmıştır.

Bulgular

Etiğin eğitim ve öğretimdeki yeri ve önemi

Etik (ahlak felsefesi) değerlerden köken almaktadır. Değerler, insana ait varlık yapısı olanakları olarak kabul edilmektedir (4). Değerlerin ne'liğine ilişkin sorulara yanıt arayan etik, 'iyi ve kötü nedir?', 'doğru ve yanlış nedir?', 'insan için iyi olan nedir?' biçiminde yapılandırılmış sorulara yanıt arayan bir alandır (2). Genel anlamda etik, insanın davranışlarını konu edinir (5). Eğitimin insan davranışını değiştirme amacıyla olması, eğitim etkinliklerinin etik açıdan temellendirmesini de zorunlu kılmaktadır.

Etiğin 'uygulamalı felsefe' alanına yönelmesiyle birlikte sağlık alanı başta olmak üzere uğraş alanlarında ortaya çıkan etik sorunlar üzerine ilgili literatürde verimli tartışmalar yürütüldüğü dikkati çekmektedir. Bu çalışmalarda, sağlık gibi uygulamalı alanlarda gözlenen bu türden bir odaklanmanın eğitim ve öğretim etiğinde de olması gerektiği ve etiğin, eğitimin önemli bir bileşeni olduğu ifade edilmektedir (6,7). Diğer yandan, eğitim ortamındaki etik sorumlulukların belirlenmesi, eğitimin niteliğini artırdığı gibi eğitimde hesap verilebilirliğe de katkı sunduğu kabul edilmektedir (8).

Günümüzde eğitim ve öğretim etiğinde yürütülen çalışmaların genel olarak eğitimdeki tutum ve davranışları iyi-kötü ya da doğru-yanlış gibi kavram çiftleri üzerinden değerlendirme çabası devam etmektedir. Ayrıca, eğitim ortamında izin verilen iyi ve doğru davranışların hangileri olduğu ya da bir eğiticinin etik değerlendirme sürecini nasıl yöneteceği cevaplandırılması gereken sorular arasındadır. Eğitim öğretim ortamındaki mevcut etik sorunların belirlenmesi, ilgili tarafların hassasiyetlerinin gözetilerek değerlendirilmesi, etik sorunlara yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve olası eylemlere yönelik öneriler sunulması bakımından dikkate alınmalıdır.

Sağlık profesyonelleri eğitiminin özellikleri

Sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi görevini üstlenen kurum ve kişiler, toplum için 'nitelikli' meslek üyeleri yetiştirme sorumluluğunu da üstlenmiş durumdadır. Sağlık profesyonellerinin sahip olması istenen niteliği belirleyen bu özellikler ulusal ve uluslararası birçok yetkinlik/yeterlik belgesinde tanımlanmıştır ve

etik değerlere sahip olunması bu belgelerde uzlaşılan ortak noktalardan biri olarak dikkati çekmektedir (9-11).

Sağlık profesyonellerinin eğitimi, gerçekleştirildiği çok çeşitli öğrenme ortamları ve süreçleri nedeniyle örgütlenmesinde ve yürütülmesinde genel eğitime göre farklılık göstermektedir. Yaşantı ürünü, görel olarak kalıcı davranış değişikliği ya da değişiklik potansiyeli olarak tanımlanan öğrenmeyi öğrenenin nitelikleri, eğiticinin nitelikleri, öğrenilecek konunun nitelikleri ve öğrenmenin gerçekleştiği ortam gibi çok sayıda faktör etkilemektedir (12). Sağlık profesyonelleri için tanımlanan koşullarda öğrenmeyi etkileyen faktörlerin daha karmaşık yapıda olduğu ifade edilebilir. Derslik, amfiler, küçük grup ortamları ve öğretim amaçlı tasarlanmış laboratuvarların yanında hastaların bulunduğu klinikler, ameliyathaneler ve laboratuvarlar gibi gerçek yaşam koşullarında eğitim yürütülmektedir. Öğrenme ortamları açısından yarattığı çeşitlikle birlikte bu eğitimin bir diğer farklılığı ise sağlık profesyonellerinin çeşitliğidir. Klinik ortamda hizmet, işin niteliğine göre değişen özellikte sağlık ekipleri ile yürütülmektedir. Bu sebeple eğitim, sağlıklı bireyler ve hastalar, sağlık profesyonelleri ve çalışanları, eğiticiler ve öğrenenlerin yer aldığı, gerçek yaşam koşullarında hizmetin devam ettiği karmaşık öğrenme ortamında verilebilmektedir.

Bu ortamda öğretime rehberlik etme görevini üstlenen eğiticilerin önemli rolü bulunmaktadır. Harden ve Crosby (2000), tıp eğiticisinin rollerini 'yönlendirme', 'rol model olma', 'bilgi sağlama', 'kaynak geliştirme', 'planlama ve değerlendirme' ana eksenini içeren 12 başlıkta tanımlamaktadır (13). Hızla değişen bilgi ve teknoloji, yeni eğitici rollerinin tanımlanmasına yönelik tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Yeni tartışmalar ile tanımlanan rollerde teknoloji kullanımının ve uygulamasının yanısıra, 'içeriğin yönetimi' ile ilgili değişiklikler öngörülmekle birlikte, klinik rol modellik ve koçluğun önemli olduğu vurgusunun devam ettiği de dikkati çekmektedir (14).

Günümüzde eğiticinin rolü geleneksel olarak bilgi aktarımından öğrenmeyi yönlendirmeye doğru dönüşmektedir. Hizmet sunmanın yanında eğitimin tüm aşamalarında eğiticinin etik ilkelere uygun davranması ve örnek olması

gerekmektedir. Etiğin her bireyin özel ve profesyonel yaşamına yön vermesi gereken bir değerler topluluğu olduğu düşünüldüğünde, “etik eğitici kimdir?” sorusunun yanıtlanması önemli görünmektedir. Aydın, etik eğiticini, her şeyden önce, “adalet, saygı, güvenilirlik, dürüstlük ve nezaket gibi temel erdemleri, öğrenciyle olan her etkileşiminde ortaya koyan etik bir kişi” olarak tanımlamaktadır (15,16). Yazarın aynı çalışmalarında eğiticinin uymakla yükümlü olduğu etik kuralların eğiticinin görevlerini, sorumluluklarını, yaklaşımını, bakış açısını yansıtması ve tüm bunların üzerinde adalet değerini içermesinin gerekli olduğu belirtilmektedir. İyinin ve doğrunun ne olduğu ve insanın bu iyiyi ve doğruyu ayırt etme ve davranışlarını buna göre yönlendirme çabalarının eğitimden bağımsız düşünülemediğinin de altı çizilmektedir (15,16).

Öğretim ve etiğin ortaklaşan yönleri bulunmaktadır. Her öğrenenin potansiyelini en üst düzeyde geliştirilebilmesi istenilir bir durumdur. Bu bağlamda öğretimin düzenlenmesini gerektiren “iyi öğretim”, öğrenenlerin en iyiyi elde etmesi için ne yapılması gerektiği konusunda etik açıdan analitik bir karar vermeyi de içermektedir. Sağlık profesyonellerinin eğitiminde bu karmaşık yapı ve süreçlerin anlaşılması için öğrenme ve öğretimin açıklanmasına yönelik geliştirilmiş çok sayıda kuramın yol gösterici olduğu ifade edilebilir. Bu nedenle aşağıda öğrenme ve öğretimin açıklanmasına katkı sağladığı düşünülen kuramlar kısaca açıklanmıştır.

Ortamında öğrenme

Ortamında öğrenme kuramı, geleneksel olarak deneyim kazanmış birini izleyerek öğrenmeyi “uygulama ve öğrenme toplulukları”na uyarlamaktadır. Bu kuramda öğrenenlerin gerçek etkinlikler ve sosyal etkileşimler aracılığıyla gerçek uygulamalarda kültürlenmesinin olanaklı olduğu iddia edilmektedir. Son konusu kuramın savunucuları, öğrenmeyi bireysel deneyimin içselleştirilmesi sürecinden öte sosyal deneyimin ayrılmaz ve bütünlüğü bir parçası olarak görmektedir (17). Öğrenenlerin uygulama topluluklarına katılması ve profesyonel uygulamalarda yetkinleşebilmesi için sosyokültürel uygulamaların tümüne katılımı önemlidir. Böylece, kültürel değerler ve normlar öğrenilerek topluluğun gerçek bir üyesi konumuna gelmek

olanak dahilindedir. Kuramın temel kavramlarından biri “Onaylanan Çevresel Katılım”dır. Onaylanan çevresel katılım, topluluğa yeni girenlerin çekirdek topluluk üyelerinden topluluğun değerlerini, kimliğini, becerilerini onaylanarak merkeze yansıttığı süreç biçiminde açıklanmaktadır (18). Ortamında öğrenme sürecinde görev ve olayları yansıtan içerik; içeriği kazanan, kullanabilen ve bu içeriğin yöneticisi olan kişiye ait ortam; durum, değerler ve inançları içeren bağlam; öğrenenin bir grup ile işbirliği içinde duruma ilişkin anlamı tartışacakları ve oluşturacakları topluluk; öğrenenin gerçek yaşamın içinde problemleri uzmanlar ile birlikte çalışacakları süreç, yani katılım yer almaktadır (19).

Sosyal-bilişsel öğrenme

Bandura’ya göre, birçok insan davranışı modeli gözlemlenme yoluyla öğrenilir (20). Bu kurama göre insanlar yalnızca deneme-yanılma ile değil, başkalarının davranışlarını gözleyerek de öğrenirler. Gözleyerek öğrenme, yalnızca bir kişinin diğer kişilerin etkinliklerini basit bir biçimde taklit etmesi değil, çevredeki olayların bilişsel olarak işlenmesi ile kazanılan bilgidir.

Öğrenmenin etkili bir biçimde gerçekleşmesi, öğrenenin model aldığı kişide gözlemlediği davranışı taklit edebilme yeteneğine bağlıdır. Modelin davranış sonunda aldığı ödül ya da ceza gözlemleyen o davranışı taklit edip etmemesini etkilemektedir. Model ve gözlemcinin özellikleri öğrenmeyi etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Modelin özellikleri gözlemcinin ilgisini etkilemekte ve davranışın taklit edilebilirliğini önemli ölçüde belirlemektedir. Gözlemcinin sembolleştirme, öngörü, dolaylı öğrenme, öz-düzenleme ve öz-yeterlik kapasitelerinin önemli bir yere sahip olduğu ifade edilmektedir (21).

Deneyimsel öğrenme

Deneyimsel öğrenmenin temel vurgusu deneyimin bilgiye dönüştürülmesidir. Bu modelde bireylerin bilinçli olarak farkına varma ve deneyim dönüşümlerini birleştiren dört aşamalı döngüsel bir çerçevede öğrenme açıklanmaktadır; somut deneyim, yansıtıcı gözlem, soyut kavramsallaştırma ve etkin yaşantı. Öğrenme, bu dört öğrenme aşaması arasındaki yaratıcı gerginliğin çözümünden meydana gelmektedir. Bu süreçte deneyimleme, yansıtma, düşünme

(kavramsallaştırma) ve yapma döngünün temel eylemleri arasında yer almaktadır (22). Bu süreçler boyunca, öğrenen hem bilgiyi hem de bireysel anlamı oluşturur. Profesyonel öğrenmenin bilimsel bilgi kadar uygun bir kimlik oluşturmayı da içerdiği kabul edilmektedir (23).

Refleksiyon (yansıtma), deneyimsel öğrenmenin önemli bir parçasıdır. Gelecekte yapılacakların belirlenmesinde kişinin kendisi ve konumu hakkında daha geniş anlayışa sahip olmasını sağlayan üstbilişsel süreçtir. Deneyimlerden öğrenmek için deneyimin incelemesi ve analiz edilmesi gerekmektedir. Refleksiyon, 'bir eylem devam ederken gerçekleşen eylemde refleksiyon', 'eylem sonlandıktan sonra geriye dönüp değerlendirme yapma' ve 'eylemler üzerine tekrar düşünmeyi içeren eylem üzerine refleksiyon' olarak ayrılmaktadır (23).

Sağlık profesyonelleri eğitiminde öğrenme ve öğretimin açıklanmasına yönelik geliştirilmiş kuramlar, eğitim sürecinin değerlendirilmesinde bir bakış açısı kazandırmaktadır. Etik alanında öne çıkan ödev etiği, erdem etiği ve yararçı etik gibi geleneksel etik kuramlar yanında vaka temelli etik, anlatsal etik ve feminist etik gibi görececi yaklaşımlar da meslek etiklerinin değer sorunlarının ele alınmasında birbirinden farklı bakış açıları sunmaktadır. Kimi normlar ve davranış kuralları geliştirmek konusunda hem eğitim hem de etik alanının bilgi birikimi, eğitim mesleğinin temel değerlerini ve etik ilkelerini oluşturmak amacıyla birarada düşünce üretebilmelidir.

Eğitim ve öğretim etiği ile ilgili yapılan çalışmalar

Sağlık alanında görev alan eğitimcilerin etik sorumluluklarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda yalnızca eğitimciler odaklanılmadığı dikkati çekmektedir ve akademik kurumların eğitim programlarında genel etik ilkeler geliştirmeye çabaladıkları görülmektedir. Örneğin, Kanada'da "Yüksek Öğretimde Öğretme ve Öğrenme Birliği" tarafından "Üniversite Eğitiminde Etik İlkeler" geliştirilmiştir. Bu çalışma kapsamında yükseköğretimde aktif görev alan eğitimcilerin etik yükümlülükleri;

1. İçerikte yeterlik,
2. Pedagojik yeterlik,

3. Duyarlı olunması gereken konularla açık, dürüst ve pozitif bir biçimde baş etme,
4. Öğrenenin gelişimine katkı sağlama,
5. Eğitimcilerin öğrenenlerle ilişkisinde pedagojik ve akademik odaklanma,
6. Gizlilik,
7. Çalışma arkadaşlarına saygı duyma,
8. Öğrenenleri öğretim hedefleriyle uyumlu, geçerli, açık ve adil değerlendirme,
9. Kurumun politikalarını, eğitimsel amaçlarını ve standartlarını bilme ve saygı duyma, olmak üzere dokuz başlık altında toplanmıştır (24). Bu ilkeler çerçevesinde öğrenenlerin yararının öncelendiği dikkati çekmektedir; bununla birlikte rolleri ya da yetki düzeylerinden bağımsız olarak yüksek öğretimdeki tüm öğretim elemanlarının bu ilkelere uymaları önerilmektedir (25).

Tıp eğitimcilerinin etik sorumluluklarına yönelik yapılan çalışmalarda tıp eğitimcilerinin öğretmen, yönetici, idareci, araştırmacı ve hekim olarak çeşitli rollerinin olduğu kabul edilmektedir. Söz konusu eğitimci rolleri için 'bireye saygı', 'yarar sağlama' ve 'dağıtıcı adalet' olmak üzere üç temel etik ilke üzerinde ortaklaşabileceği ifade edilmektedir (26). Başka bir çalışmada ise Sawant (2017), tıp eğitimcileri etiğinde iki düzeyin göz önünde bulundurulmasını önemli görmektedir (27). Birinci düzey, idari düzey olup üniversite ya da kurumların düzenlemelerine göre biçimlenen, tıp eğitimcisinin yürüttüğü öğretim ve değerlendirme süreç ve işlemlerini kapsamaktadır. Diğer ise, kişisel düzey olarak kabul edilmekte ve tıp eğitimcisinin tutum ve davranışlarını içermektedir. Bu çalışmada tıp eğitimcisinin öğrenenlerle etkileşimde saygılı, güvenilir ve dürüst olması, öğrenenlere nezaket göstermesi gibi ahlaki erdemlere sahip olmasının önemine değinilmektedir. Ayrıca, eğitim topluluğunun bir üyesi olarak kabul edilen tıp eğitimcisinin medya ya da uygunsuz ilişkiler yoluyla öğrenenlerle fiziksel temastan ve iletişimden kaçınması; kasıtlı olarak öğrenenler arasında ayrımcılık yapmaması; farklılıklara saygı göstermesi; cinsiyet, ırk, din, dil ya da öğrenenlerin farklı ihtiyaçları ya da yeteneklerinden bağımsız olarak eşitliği savunması; her öğrenen ile özenli ve adil bir yaklaşımla ilgilenmesi; öğrenenlerin potansiyellerine ulaşmalarını sağlamak amacıyla onların gereksinimlerini anlama sorumluluğunu

üstlenmesi gerektiği ifade edilmektedir. Tıp eğitimcilerinin öğrenme, sağlık ya da güvenlik açısından zararlı olabilecek durumlardan öğrenenleri korumak için çaba göstermesi; öğrenme ve öğretme, sınıf yönetimi, öğrenen başarılarının ölçülmesi ve değerlendirilmesi, öğretim programlarının uygun bir biçimde yürütülmesi ile ilgili yüksek standartları sağlaması ve sürdürmesi de önerilmektedir. Tıp eğitimcileri ile ilgili olarak, mesleki bilgi ve becerilerini sürekli mesleki gelişmelerinin bir parçası olarak güncel tutmalarının önemine dikkat çekilmekte ve onlardan öğretim uygulamalarına yönelik yapıcı geribildirimlere olumlu yanıt vermeleri ve gerektiğinde tavsiyeler almaları beklenmektedir.

Konu ile ilgili yapılan çalışmaların bir bölümünde ise, bazı eğitim kurumlarının eğitimcileri için tanımladıkları mesleki yükümlülükleri ve etik kodları şeffaf bir biçimde kamuoyuna duyurdukları dikkati çekmektedir. Örneğin, Harvard Tıp Okulu (2019), eğitimcileri için tanımladığı mesleki sorumluluklar kapsamında öğrenenlere önyargısız davranılması, öğrenenlerin soru sormalarının teşvik edilmesi, öğrenenlerle materyal-bilgi-öğretim etkinliklerinin paylaşılması, geribildirim verilmesi, çıkar çatışmalarının dikkate alınması, süpervizyon ve değerlendirme konuları yer almaktadır (28). Diğer bir tıp fakültesinin web sayfası üzerinden yayınladığı eğitimci yükümlülüklerinde, tıp eğitimcilerin birincil yükümlülüğünün bir eğitim kurumunun "varolma nedeni" olan öğrenenlere yönelik olduğunu, diğer tüm yükümlülüklerinin ise ikincil olduğunu belirtmektedir (29). Söz konusu fakültenin tıp eğitimcisi için tanımladığı etik kuralların, tıp eğitimcilerinin üstlendikleri öğretim sorumluluklarını vurguladığı ve özellikle öğrenenlerle, okuldaki diğer bireylerle, kurumla ve toplumla olan ilişkilerinde nasıl bir performans göstermelerinin uygun olduğu yönünde bir rehber işlevi gösterdiği de ifade edilmektedir.

İlgili literatürde etik davranan tıp eğitimcilerinin yetiştirilmesinde başvurulacak stratejiler arasında kurumsal politika ve düzenlemelerin, teşvik ve ödüllerin, gerektiğinde yaptırımların, düzenli olarak eğitimcilerle öğrenenlerden geribildirim alınmasının önemi üzerinde de durulmaktadır (26). Diğer yandan, tıp eğitimcisi ile asistan arasındaki ilişkide sınırların nasıl

çizileceğini deneyimlerden yola çıkarak açıklamaya çalışan Mohamed ve arkadaşları (2005), öğretim üyeleri ve asistanlar arasında güç, gizlilik, fikir hakkı, rol değişimi ve iletişimden kaynaklanan etik sorunlara dikkat çekmişler ve bu türden sorunların kişisel ve mesleki anlamda asistanları etkileme ve eğitim ortamlarına zarar verme potansiyeline sahip olduğunu ortaya koymuşlardır (30).

Rosenkoetter ve Milstead (2010), 1983 yılında yayınlanan hemşirelik eğitimcilerine yönelik etik kuralları hemşirelik uygulamaları ve eğitim alanındaki gelişmeleri dikkate alınarak yeniden değerlendirmişlerdir (31). Yazarlar tarafından hemşirelik eğitimcisi, kişisel eylem ve hemşirelik eğitimi uygulamalarında yeterliliğini korumak ve sürdürmek için sorumluluk üstlenen ve hesap verebilirliği dikkate alan bir profesyonel olarak tanımlanmıştır. Aynı yazarlar, profesyonel hemşirelik uygulamalarında öğrenenlerin yeterli kazanımları için öğrenmelerini kolaylaştırma ve yönlendirme; hastayı ve öğreneni diğer kişilerin yetersiz, yasadışı ya da etik dışı uygulamalarından koruma; akademik ve sağlık kurumlarındaki meslektaşlarının yanı sıra öğrenenler, hastalar ve aileleri ile ilgili konularda gizliliğe saygı göstermenin önemine dikkat çekerek hemşirelik eğitimcisi tarafından beklenen etik davranışları belirlemeye çalışmışlardır. Ayrıca, hemşirelik eğitimcisinin araştırma, eğitim faaliyetleri ve hemşirelik uygulamalarında teknolojiyi uygun biçimde kullanması, kendisini sürekli geliştirmesi, akademik ve eğitim uygulamaları ile öğrenenlere, akademik topluluğa, mesleğe ve topluma karşı hesap verebilirliği göstermesine de vurgu yapılmıştır.

Boozaripour ve arkadaşları (2018), hemşirelik eğitimindeki etik değerleri İranlı hemşirelik öğrencileri ve eğitimcileri açısından incelemişler ve hemşirelik eğitiminde öne çıkan etik değerleri yedi temada tanımlanmıştır (32):

- 1. İnsanlık onuru:** Bu tema hastaya saygı duymak; öğrenenlere saygı göstermek ve onları onurlandırmak; eğitimcilerle ve meslektaşlara saygı göstermek alt temalarını içermektedir.
- 2. Yetkinlik geliştirme:** Hemşirelik eğitiminde etik-manevi yeterlik, bilimsel-teknik yeterlik, kültürel-

dini yeterlik olmak üzere üç alanda yeterliğin önemli olduğu düşünülmektedir.

3. Yapıcı insan ilişkileri: Bu tema nezaket, güven, esneklik ve anlayışın insan ilişkilerindeki yeri ve önemine dikkat çekmektedir.

4. Eğitimde adalet: Eğitimde adalet, farklı yetenek sahiplerine eşit fırsatlar sağlamak ve öğrenenlerin tümünü güçlendirmek için eşit çaba sarf etmek biçiminde tanımlanmaktadır.

5. Bilgelik: Bilgelik, bilginin, eleştirel düşünme becerisinin, yaratıcı problem çözenin ve insancılığın yardımıyla elde edilebilecek entelektüel gelişim hedeflerinden biri olarak değerli görülmektedir.

6. Mükemmellik arayışı/görüşü: Bu tema ile ilgili temel değerler arasında öngörü, yenilikçilik, çok yönlü gelişim ve mesleklerarası ilişkiler yer almaktadır.

7. Taahhüt ve hesap verebilirlik: İyi dinleyici olmak, problemleri çözmek ve eğitim programını uygulama taahhüdünün bu temayı temsil eden değerler arasında olduğu bildirilmektedir.

Bir başka çalışmada ise, rehabilitasyon eğiticilerinin öğretim sorumluluklarını yerine getirirken karşılaşılabilecekleri etik konular incelenmiş ve saptanan sorunlar, öğrenenlerle ikili ilişkiler; öğrenen seçimi; öğrenen yeterliliğinin ölçülmesi; öğrenenlerin denetimi; öğrenen bilgileri hakkında gizlilik; eğiticinin yetkinliği; kültürle ilgili konular olmak üzere yedi başlık altında tanımlanmıştır. Bu sorunların ortaya konulmasının etik kuralların tanımlanmasına temel oluşturması açısından önemli olduğu düşünülmektedir (33).

Yapılan çalışmalarda eğitim ve öğretim etiği ile ilgili benimsenen değerler, evrensel kabul görebilecek etik ilkeler üzerine temellendirilmektedir. Diğer yandan, coğrafi bölgeler arasında varolan kültürel farklılıkların da yapılan çalışmalara yansıdığı dikkati çekmektedir. Geçmişten günümüze taşınan insani değerlerin korunarak eğitim öğretim faaliyetlerinin organize edilmeye çalışıldığı söylenebilir. Sağlık alanında görev alan eğiticilerin etik sorumluluklarının ve

çağın gereksinimlerine cevap verebilecek bir biçimde mesleki ödevlerinin yeniden tanımlanması, eğitim alanında tartışılması gereken güncel sorunlar arasında yer almalıdır. Bir sonraki bölümde eğitim öğretim etiği açısından ülkemizdeki mevcut duruma ilişkin bir değerlendirme yapılmaktadır ve konu ile ilgili öneriler sunulmaktadır.

Tartışma

Türkiye’de Yüksek Öğretimde kabul edilen temel değerler

Türkiye’de “Yüksek Öğretim Kurumları Etik Davranış İlkeleri”nde beş temel değer tanımlanmıştır (34). Sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticilerin etik sorumluluklarının da aşağıda ifade edilen bu beş temel değer üzerinde yapılandırılacağı düşünülmektedir.

i) Akademik özgürlük ve özerklik: Akademik personelin bireysel olarak kendi özgür tercihlerini yapabilmesi, bu açıdan hiçbir dayatma ve baskı ile karşılaşmaması anlamını taşımaktadır. Akademik özerklik, akademi ve akademisyenlerin kurumsal yapı içinde bir üst otoriteye ve/veya dışarıdan gelen emir ve talimatlara bağlı olmaksızın, akademik ve bilimsel çalışma alanlarını ve yöntemlerini özgürce belirleyebilme ve uygulayabilme durumlarını ifade etmektedir.

ii) Akademik dürüstlük: Akademik topluluğun üyeleri arasındaki güven ve dürüstlüğe dayalı bağları güçlendiren, toplumun bilime ve bilim insanına güvenini sağlayan, akademik çevrede uyulması gereken etik ilke ve standartlara uygun davranılmasına vurgu yapmaktadır. Akademik dürüstlük, akademik standartları içtenlikle yerine getirmek ve her türlü akademik etkinlikte dürüst, açık ve sorumlu davranışların korunmasını da içermektedir.

iii) Sorumluluk ve hesap verebilirlik: Her türlü eğitsel, bilimsel ve akademik davranış ve faaliyet nedeniyle, kişisel ve mesleki sorumluluğun üstlenilmesi ve bu bağlamda üstlenilen görevlerin gerekli nitelikte ve yeterli sayıda yerine getirilmesi anlamına gelmektedir. Ayrıca, üniversitenin kurumsal kimliğinin ve itibarının zarara uğratılmaması, maddi kaynaklarının en verimli biçimde kullanılması, diğer kişi ve birimlerle

uyumlu ve etkili biçimde çalışılmasını da kapsamaktadır.

iv) Temel hakların korunması ve

güçlendirilmesi: Yükseköğretim kurumları, üyelerinin ve toplumun tüm bireylerinin temel insan haklarını korur ve destekler. Eğiticiler, eylemlerinin ve aldıkları kararların her zaman bu hakları güçlendirip desteklediğini garanti etmelidir.

v) Başkalarına saygı: Yükseköğretim kurumları insanların farklılıklarına saygı duyar ve onlara değer verir, ayrımcılık ve taciz gibi olumsuz davranışlara izin vermez. Başkalarına saygı duymak ile kastedilen meslektaşlar, çalışanlar, öğrenenler, paydaşlar ve kurum dışı birimler ve şahıslara saygı ve nezaket çerçevesinde davranmak, ilişki içerisinde olunan tüm şahısların onuru ve ihtiyaçlarını gözetmektir.

Sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticilerin etik sorumluluklarına yönelik öneriler

Sorumluluğun hukuksal sorumluluk bağlamından farklı olarak etik ile ilişkili olan bir kavram olduğu düşüncesinden hareketle, eğitim ortamlarında ilgili paydaşların etik sorumlulukları pek çok boyutta değerlendirilebilir. Uygulama alanında sorumluluk üstlenen bir eğiticiden mesleğin temel etik ilkelerine göre davranması beklenir, bu bakış açısıyla benimsenen tutum ve davranışlar desteklenir. Bu doğrultuda yapılan davranışlar sonucunda o meslek kişinin ödevini uygun bir biçimde yerine getirdiği kabul edilebilir.

Eğiticilerin, öğretim sürecindeki sorumluluklarının ve ödevlerinin yanı sıra öğrenenlere, kendi mesleki alanlarına ve topluma karşı da etik sorumluluklarının bulunduğu dikkate alınmalıdır. Sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticilerin etik sorumluluklarına yönelik bir dizi sorumluluk önerilmektedir. Bu çalışmada eğiticilerin öğretim sürecindeki etik sorumluluklarına yönelik öneriler yukarıda özetlenen literatür çerçevesinde yapılan çalışmalar gözden geçirilerek yazarlar tarafından tartışılarak geliştirilmiştir. Aşağıda yer alan taslak öneriler, Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) 15-16 Aralık 2018 tarihlerinde düzenlediği Etik Bildirgeler Çalıştayı'nda sunulmak amacıyla hazırlanmıştır (35).

Eğiticilerin öğrenenlere yönelik etik sorumlulukları

Sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticiler;

- Öğrenenlere uygulama olanağı sunmalı; öğrenenlere zamanında, açık ve temellendirilebilir geri bildirimlerde bulunmalı, öğrenme çıktılarını açık biçimde ifade etmeli ve bu doğrultuda öğrenenleri nesnel bir biçimde değerlendirmelidir.

- Mesleki istihdamı sağlamak amacıyla öğrenenlere uygun kariyer fırsatları için nesnel ve doğru rehberlik yapmalıdır.

- Kariyer fırsatlarını da içerecek biçimde, öğrenenlerin mesleki gelişimlerine katkı sağlayacak olanakları değerlendirmeleri konusunda, öğrenenlere uygun ve yeterli rehberlik hizmeti sağlamalıdır.

- Öğrenenlerin kişisel özelliklerine saygılı davranmalı, her bir öğrenenin özerkliğini, haysiyetini ve mahremiyetini korumalıdır.

- Değerleri, tutumları ve görüşleri farklı olan öğrenenlerin haklarına saygı duymalı ve kendilerini ifade etmelerine olanak yaratmalıdır.

- Tüm öğrenenlere ve öğrenme sürecine katkı sağlayanlara adil ve tarafsız bir eğitim hizmeti sunmalıdır.

- Ayrımcılıktan kaçınmalı ve bu doğrultuda iyi bir model olmalıdır.

- Öğrenenlerin biyopsikososyal ve öğrenme gereksinimlerinin farkında olmalı ve bu gereksinimlerinin karşılanmasına destek olacak ortamlar ve fırsatlar oluşturmalıdır.

- Öğrenenlerin öğrenme ve bilgiye ulaşma becerilerini geliştirerek, kendilerini geliştirmeleri ve gerçekleştirmelerinde teşvik edici ve cesaretlendirici olmalıdır.

- Öğrenenlerin mesleki kimliklerinin gelişimine destek olmalıdır.

- Öğrenenlerin öğrenme ortamlarında bağımsız düşünmeye teşvik etmelidir.

- Öğrenenleri istismar etmemeli, kişisel çıkarları için manipüle etmemeli ve onları yönlendirmemelidir.
- Öğrenenlerle ilişkilerinde profesyonel sınırları aşmamalı ve öğrenenlerin tümüne eşit uzaklıkta olmalıdır.
- Taciz, istismar ve şiddet uygulamamalıdır.
- Eğitim ortamında baskıcı, aşağılayıcı, rahatsız edici davranışları görmezlikten gelmemeli, onaylamamalı ve geçici çözümlerle sorunları geçiştirmemelidir.
- Öğrenenlerden gelen hediyeleri kabul etmemelidir.
- Ders materyallerini ve kaynaklarını öğrenenler ile paylaşmalıdır.
- Mesleki uygulamalarında ve öğrenme ortamlarında profesyonel davranışları ile öğrenenlere rol model olmalıdır.

Eğiticilerin topluma karşı etik sorumlulukları Sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticiler;

- Öğrenme ortamlarında başvuranların, hastaların, ailelerin ve toplulukların sağlığını olumsuz etkileyebilecek durumların farkında olmalı ve bu etkilerin ortadan kaldırılması için sorumluluk üstlenmelidir.
- Mesleki uzmanlık alanı, yetkinlikleri ve yeterlikleri ile uyumlu ve uzmanlık alanına ait sınırların farkında olarak hizmet sunmalıdır.
- Bireylerin ve toplumun sağlığının korunmasına destek olmalıdır ve sağlığı etkileyen eğitim, kültür, ekonomi ve benzeri sosyal belirleyicilerin geliştirilmesine katkı sunmalıdır.
- Topluma karşı sosyal sorumluluğunun farkında olarak, eğitim ve öğretim ile ilgili tüm hazırlık, yürütme, değerlendirme ve yönetim süreçlerini şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri çerçevesinde sürdürmelidir.

Eğiticilerin meslek alanlarına karşı etik sorumlulukları

Sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticiler;

- Mesleğin gelişimi ve korunması amacıyla eleştirel düşünme yaklaşımını desteklemeli ve kabul etmelidir.
 - Uzmanlık alanı ve bu alanın öğrenilmesi ile ilgili yaptığı çalışmalarını, süreçlerini ve sonuçlarını paylaşarak mesleğin gelişmesine katkıda bulunmalıdır.
 - Meslektaşlararası çıkar çatışmalarının farkında olmalı, çıkar çatışması durumlarında etik akıl yürütme sürecine uygun davranmalı ve çatışmaya taraf olan kişilerin değerlerini korumak için çaba göstermelidir.
 - Mesleki sorumluluklarını yerine getirirken uygun standartları, bilimsel bilgi ve rehberleri kullanmalıdır.
 - Mesleki uygulamalarını toplumun değişen yapısını dikkate alarak yürütmelidir.
 - İleri teknolojilerin tıpta yaygın bir biçimde kullanılmaya başlamasının yol açabileceği değersel içerikli sorunların farkında olmalıdır.
 - Uzmanlık alanı ile ilgili meslek örgütlerine üye olarak etkin katılım sağlamalıdır.
- #### **Eğiticilerin öğretim sürecindeki etik sorumlulukları**
- Sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticiler;
- Alanında yetkin kişiler olarak, mesleki yetkinliklerini sürekli mesleki gelişim ile sürdürmeli ve geliştirmelidir.
 - Eğitim programlarının planlama ve uygulama aşamalarında sosyal ve kültürel çeşitliliğe duyarlı olmalıdır.
 - Çalışma alanlarıyla ilgili güncel bilimsel gelişmeler ve uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmalı; mesleki standartların ve bilimsel bilginin geliştirilmesine katkıda bulunmalıdır.

- Eğitim programını tamamlayan öğrenenlerin kazanması beklenen yeterliklerin kazandırılmasına odaklanmalı, bu yeterliklerin kazandırılmasında ve değerlendirilmesinde uygun öğretim ve ölçme yöntemlerini belirlemeli, özgün ve tutarlı eğitim programları hazırlanmasını desteklemeli ve uygulamalıdır.

- Öğrenme süreçlerinde bilimsel olarak doğru ve güncel materyaller hazırlamalı ve kullanmalıdır.

- Uygulanan eğitim programının sonuçlarının ve etkililiğinin değerlendirilmesi konularında çalışmalar yürütmeli ve bu doğrultuda hazırlanan programların devamlılığını sağlamalıdır.

- Öğrenenlerin üst düzey (analiz, sentez, değerlendirme) düşünme becerisini geliştirecek eğitim program ve materyalleri geliştirmelidir.

- Öğrenenleri destekleyecek olumlu ve güvenli öğrenme ortamları oluşturmalıdır.

- Öğrenme ortamında yaşanan değersel içerikli sorunları tanımalı ve bu sorunların çözümüne yönelik öneriler sunmalıdır.

- Eğitimde fırsat eşitliğini gözetmeli, eğitime erişim ve eğitimini sürdürmede dezavantajlı durumda bulunan öğrenenleri desteklemelidir.

- Ders planlarına ilkesel olarak bağlı kalmalı, dersi yürütme sorumluluğunu üstlenmeli, zorunlu durumlar dışında bir başka eğitimciye dersi devretmemelidir.

- Sağlık profesyonellerinin eğitiminin önemli bileşenleri arasında yer alan sağlıklı bireyler, sağlık kurumlarına başvuranlar, hastalar olduğunun farkında olarak, tüm öğrenme süreçlerinde bu grupların zarar görmemesi amacıyla eğitim ortamını düzenlemeli, onların haklarının korunması için en üst düzeyde çaba göstermeli ve bu kapsamda öğrenenlere örnek olmalıdır.

- Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve araştırılması kadar eğitimin sürdürülmesinin bir ekip çalışması olduğunun farkında olmalı, tüm sağlık ekibinin bu süreçteki katkısını önemsemeli ve onların çalışma alanlarına saygı duymalıdır.

- Sağlık alanında hizmet, eğitim ve araştırmanın karşılıklı etkileşim ile mümkün olduğunun farkında olmalı, bu alanların bütününde etik davranışlar sergilemelidir.

- Eğitim ortamında dürüstlüğü korumalı, bilimsel bilgi birikimini olduğundan eksik ya da fazla göstererek kimseyi yanıltmamalıdır.

Eğiticilerin öğrenenlere, topluma, meslek alanlarına ve öğretim sürecine yönelik etik sorumlulukların neler olabileceği yukarıda sıralanmıştır. Eğitimde hangi değerlere öncelik verileceği ve benimseneceği, eğitim sisteminin hedef ve amaçları ile ilgili olduğu kadar toplumun nasıl bireyler yetiştirmek istediğiyle yakından ilgili olduğu düşünülmektedir. Günümüzde sağlık profesyonellerinin eğitiminde görev alan eğiticilerden, hiç olmadığı kadar eğitim ve öğretim etiği çerçevesinde yer alan temel değerleri benimsemeleri ve eğitim ortamında yaşanan değersel sorunların farkına varabilmeleri beklenmektedir. Bu beklenti, eğiticilerin etik ilkeleri gözeterek davranmaları ve bu doğrultuda eğitici sorumluluklarını yerine getirmeleri ile karşılanabilir.



Sonuçlar

Eğitim ve öğretim etiği çalışmalarında eğitim ortamlarının önemli bir bileşeni etik değerlerdir. Eğitim ve öğretim etiğinin anlam içeriğinin oluşturulması değersel açıdan anlamlı bazı soruların sorulması ve yanıtlanmasıyla yakından ilişkilidir. Bu çalışmada, eğitici sorumluluğu kaçınılmaz olarak etik alanı ile bir arada düşünülmüştür. Diğer yandan, bir eğiticinin ödevini yerine getirdiğinin kabul edilmesi için ön koşul, o meslek üyesinden beklentilerin karşılanması ve etik açıdan kuşku duyulmayacak tutum ve davranışlar sergilemesidir. Ülkemiz genelinde eğitim ve öğretim etiğine yönelik tüm paydaşlar tarafından kabul görecektir etik ilkelerin belirlenmesine gereksinim olduğu açıktır. Etik ilkelerin anlam içeriklerinin uygulamada karşılık bulması, farklı disiplinlerin sahip olduğu bilgi birikimiyle konuya yaklaşması ile olanaklı olduğu düşünülmektedir.

Son olarak, sağlık profesyonellerinin eğitiminde sorumluluk üstlenen paydaşların katılımıyla eğitim ve öğretim etiğindeki önceliklerin ülke genelinde tartışmaya açılması önemli görünmektedir. Bu bağlamda sağlık alanında eğitim ve öğretim etiğine yönelik, i) Ulusal ve uluslararası ölçekte var olan ilkelerin incelenmesi ve raporlanması; ii) Üniversitelerin ve sivil toplum örgütlerinin katılımı ile konu hakkında yöntem tartışması ile başlanarak bir yol haritası belirlenmesi amacıyla çalıştaylar düzenlenmesi; iii) Eğitim ve öğretim etiği temel ilkelerinin belirlenmesi kadar uygulamaya aktarılmasının da önemi vurgulanarak, mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitimine devam eden tıp öğrencilerinin yanı sıra eğitimciler ve yöneticilere ulaşabilecek niteliksel ve niceliksel araştırmalar planlanması önerilmektedir.

İletişim: Dr. Şükrü Keleş

E-posta: kelesukru@gmail.com

Kaynaklar

1. Corlett JA. The Role of Philosophy in Academic Ethics. *J Acad Ethics*. 2014; 12:1–14.
2. Oguz NY, Tepe H, Ornek Buken N, Kırımsoy Kucur D. *Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara*. 2005.
3. Hemingway, P., & Brereton, N. (2009). What is a systematic review? Accessed April 30, 2020 at <http://www.whatisseries.co.uk/whatis/>.
4. Kucuradi İ. *İnsan ve Değerleri, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara*. 2003.
5. Pieper A. *Etik*. Çev: Veysel Atayman ve Gonul Sezer. Ayrıntı Yayınları, İstanbul. 1999.
6. Reiser SJ. The ethics of learning and teaching medicine. *Acad Med*. 1994; 69(11):872-6.
7. Gülcan NY. Discussing the importance of teaching ethics in education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015;174:2622 – 2625.
8. O'Neill J and Bourke R. Educating teachers about a code of ethical conduct, *Ethics and Education*, 2010; 5(2):159-172.
9. CanMEDS. Accessed April 30, 2020 at <http://canmeds.royalcollege.ca/guide>
10. Tomorrow's Doctors (2009). General Medical Council. Accessed April 30, 2020 at http://www.ub.edu/medicina_unitatededucaciomedi ca/documentos/TomorrowsDoctors_2009.pdf.
11. Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP). Accessed April 30, 2020 at <https://www.yok.gov.tr/kurumsal/idari-birimler/egitim-ogretim-dairesi/ulusal-cekirdek-egitimi-programlari>.
12. Senemoğlu, N. *College of Education Students' Approaches to Learning and Study Skills Education and Science* 2011;(36):160.
13. Harden, R. M., & Crosby, J. R. The good teacher is more than a lecturer—The twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*. 2000; 22:334- 347.
14. Simpson D, Marcdante K, Souza KH, Anderson A, Holmboe E. Job Roles of the 2025 Medical Educator. *Journal of Graduate Medical Education*. 2018; 10 (3): 243-246.
15. Aydın İ. Öğrenmenlik Meslek Etiği. Accessed April 30, 2020 at <http://inayetaydin.blogspot.com/2011/09/ogretmenlik-meslek-etigi.html>.
16. Aydın İ. *Eğitim ve Öğretimde Etik*. 9. Baskı Pegem Akademi Yayıncılık, 2018.
17. Lave, J., & Wenger, E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press. 1991.
18. Sadideen H, Kneebone R. Practical skills teaching in contemporary surgical education: how can educational theory be applied to promote effective learning? *The American Journal of Surgery*. 2012; 204: 396–401.
19. Kılıç E. Durumlu Öğrenme Kuramının Eğitimdeki Yeri ve Önemi GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004; 24 (3): 307-320.
20. Bandura, A. *Social learning theory*. New York: General Learning Press. 1971.
21. Senemoğlu, N. *Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya*, Pegem Akademi, 21. Baskı, Ankara, 2012.

22. Kolb, D. A. *Experiential Learning*, Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall. 1984.
23. Yardley S, Teunissen P.W. & Dornan T. *Experiential learning: AMEE Guide No. 63, Medical Teacher*.2012; 34:2 e102-e115.
24. Murray, H., Gillese, E., Lennon, M., Mercel, P., Robinson, M. *Ethical Principles for College and University Teaching. New Directions for Teaching and Learning*. 1996; 66:57-63.
25. McGinn, M.K. *Teaching and Researching Ethically: Guidance for Instructor-Researchers, Educational Developers, and Research Ethics Personnel. The Canadian Journal for the Scholarship of Teaching and Learning*. 2018; 9(1): Article 2 Accessed April 30, 2020 at https://ir.lib.uwo.ca/cjsotl_rcacea/vol9/iss1/2.
26. Singh A. *Ethics for Medical Educators: An Overview and Fallacies. Indian Journal of Psychological Medicine*.2010; 32(2): 83–86.
27. Sawant, S.P. *Ethics for Medical Educators. Anatomy & Physiology: Current Research*. 2017; 7:257.
28. Harvard Tıp Okulu. *Eğitici ve Öğrencilerin Etik Sorumlulukları*. Accessed April 30, 2020 at <https://medstudenthandbook.hms.harvard.edu/401-responsibilities-teachers-and-learners#teachers>.
29. East Ramon Magsaysay Üniversitesi, Memorial Tıp Merkezi. Accessed April 30, 2020 at <https://uerm.edu.ph>.
30. Mohamed, M., Punwani, M., Clay, M., Appelbaum, P. *Protecting the Residency Training Environment: A Resident's Perspective on the Ethical Boundaries in the Faculty-Resident Relationship. Academic Psychiatry*. 2005; 29:368–373.
31. Rosenkoetter, M. M. & Milstead, J. A. *A code of ethics for nurse educators: Revised. Nursing Ethics*. 2010; 17(1):137–139.
32. Boozaripour, M., and Abbaszadeh A., Shahriari, M., Borhani, F. *Ethical values in nurse education perceived by students and educators. Nursing Ethics*. 2018; 25(2): 253–263.
33. Falvo D. R., Parker R. M. *Ethics in Rehabilitation Education and Research. Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2000; 43:197-202, 214.
34. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) (2014) . *Etik Davranış İlkeleri*. Accessed April 30, 2020 at <https://www.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/6/2015/01/etik-davranis-ilkeleri.pdf>.
35. *Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı*, Accessed April 30, 2020 at https://www.ttb.org.tr/yazisma_goster.php?Guid=1ae6744e-f4ad-11e8-a887-6c865b380675.

Funda Işık¹, Alev Keser²

DOI: 10.17942/sted.744105

Geliş/Received : 28.05.2020
Kabul/Accepted : 03.09.2020

Öz

Tarihi geçmişi 12 bin yıl öncesine dayanan buğday, insanların temel besin kaynaklarından biridir. Besin ve beslenme ile ilişkili sağlık sorunlarının görülme sıklığındaki belirgin artış nedeni ile, ilkel buğday türlerinin besin ögesi içeriği ve sağlık üzerine etkileri merak konusu olmuştur. Siyez buğdayı yüksek protein, doymamış yağ asitleri, fruktan ve antioksidan içeriği ile besin değeri yüksek ilkel buğdaylardan biridir. Siyez buğdayının kan glukoz düzeyi, iştah, kardiyovasküler hastalıklar ve çölyak hastalığı üzerine etkileri çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu derleme makalesinde, siyez buğdayının sağlık üzerine etkilerine yönelik yapılan çalışmaların sonuçlarının tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Siyez buğdayı, İlkel buğday, Sağlık, Beslenme

Abstract

Wheat, which dates back 12 thousand years, is one of the main food sources of human beings. Due to the significant increase in the prevalence of food and nutrition-related health problems, the nutritional content of primitive wheat species and their effects on health have been a matter of curiosity. Einkorn wheat is one of the nutrient-dense primitive kind of wheat with the high protein, unsaturated fatty acids, fructan and antioxidant content. The effects of einkorn wheat on blood glucose level, appetite, cardiovascular diseases and celiac disease have been shown in various studies. In this review article, it was aimed to discuss the results of studies conducted on the effects of einkorn wheat on health.

Key words: Einkorn, Ancient wheat, Health, Nutrition

1. Arş. Gör., Kastamonu Ü. Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Kastamonu, (Orcid No: 0000-0002-9077-0636)
2 Doç. Dr., Ankara Ü. Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara (Orcid No:0000-0003-2620-6747)

Giriş

Buğday, milyarlarca insanın temel besin ve enerji kaynağıdır. Buğdayın atası olarak kabul edilen *Triticum monococcum* (2n=14, AA), halk arasındaki adı ile siyez buğdayı, diploid kromozom sayısına sahip ilkel bir buğday türüdür (1). Siyez buğdayı, ilk kez 10-12 bin yıl önce Güneydoğu Anadolu bölgesinde (Urfa-Karacadağ) kültüre alınmıştır. Daha sonra İran, Irak, Türkiye, Suriye, Lübnan, İsrail ve Filistin'in içinde bulunduğu "Bereketli Hilal" denilen bölgeden tüm dünyaya yayılmıştır. Ülkemizde en fazla Kastamonu'nun İhsangazi ilçesinde (2) olmak üzere çok kısıtlı bir alanda (Türkiye, Balkan Yarımadası, Orta ve Güney-Batı Avrupa ve Fas) yetiştirilmektedir (3).

Son yıllarda beslenmenin neden olduğu hastalıklar daha fazla görülmektedir. Bu durum geçmiş dönemlerde tüketilen, besin değeri yüksek ilkel buğdaylardan biri olan siyez buğdayına olan ilgiyi artırmış ve sağlık üzerine etkileri merak konusu olmuştur (4,5). Siyez buğdayı protein, doymamış yağ asitleri, fruktan, çinko ve demir gibi bazı eser elementler açısından zengindir. Karotenoidler, tokoller, konjuge fenolikler, alkilresorsinoller ve fitosteroller gibi biyoaktif bileşenleri de önemli miktarda içermektedir. Ancak amilaz ve lipoksigenaz enzim aktivitesi düşüktür (6).

Siyez buğdayında, 33 mer peptidi kodlayan D genomunun bulunmaması, α gliadinlerde bulunan 33 mer peptid toksisitesine duyarlı olan çölyak hastaları için toksik etkisinin olmadığı ya da toksisitesinin daha az olduğunu düşündürmektedir (7). Benzer biçimde siyez buğdayının ekmeklik buğday ile kıyaslandığında intestinal epitelde morfolojik değişikliklere neden olmadığı belirtilmektedir (8). Ancak immün yanıtlara neden olması ve hastalık belirtilerini artırması nedeni ile çölyak hastalarının kullanımı için güvenli olup olmadığı konusu henüz netlik kazanmamıştır (9). Siyez buğdayının içeriğinde bulunan biyoaktif bileşenler sağlık üzerine olumlu etkiler göstermektedir. Bu nedenle derleme olarak hazırlanan bu makalede, siyez buğdayının sağlık üzerine etkilerinin ulusal ve uluslararası literatüre dayalı olarak tartışılması amaçlanmıştır.

Antioksidan etkisi

Buğday, antioksidan özelliğe sahip tokoferol, tokotrienol, karotenoid, fenolik asit, flavonoid ve fitosterol gibi bazı biyoaktif bileşenler içermektedir (10). Biyoaktif bileşen içeriği buğdayın türüne göre değişiklik göstermektedir (6,11-13).

Siyez buğdayı diğer buğday türlerine kıyasla, karotenoidlerden (özellikle luteinden) zengin bir buğday türüdür. Karotenoidler, yüksek antioksidan kapasiteye sahip olup, lipid peroksidasyonu sonucu oluşan serbest radikallere karşı koruyucu etki gösterir. Karotenoidlerden α karoten, β karoten ve β kriptoksantin provitamin A özelliği gösterir. Bu nedenle, vücut için gerekli olan A vitamininin sentezi açısından önemlidir. Diğer yandan zeaksantin ve lutein, retinanın makula bölgesinde bulunan temel karotenoidlerdir (10). Siyez buğdayının karotenoid içeriğinin yüksek, lipoksigenaz aktivitesinin düşük olması sonucunda bu buğday unundan üretilen ürünler, durum ve ekmeklik buğday unundan üretilenlere kıyasla daha fazla karotenoid içerir (12). Abdel-Aal ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, siyez buğdayının bir oksikarotenoid olan luteini (yaklaşık 8,5 mg/kg KM) ekmeklik buğdaya kıyasla yaklaşık dört kat daha fazla içerdiği saptanmıştır (11).

Antioksidan özellik gösteren fenolik bileşikler, reaktif oksijen türlerinin neden olduğu dejeneratif hastalıklara karşı koruyucudur (10). Tahıllar, bitkisel kökenli fenoliklerin iyi kaynaklarıdır. Fenolik asitler (özellikle ferulik asit) tahıllarda en yaygın bulunan fenolik bileşiktir. Ticari buğday unlarının fenolik asit içeriği genellikle düşüktür. Bu durum öğütme sırasında yaşanan kayıplardan kaynaklanmaktadır. Kepekli unlarda polifenollerin miktarı buğdayın türüne göre değişiklik gösterir. Siyez buğdayında konjuge fenolik asit konsantrasyonu, durum ve ekmeklik buğdaylarına kıyasla daha fazla iken durum ve ekmeklik buğdayda en fazla unkonjuge fenolik asitler bulunmaktadır (12).

Özellikle endospermde ve embriyoda bulunan sırası ile tokotrienoller ve tokoferoller de antioksidan özelliğe sahip olup serum kolesterol konsantrasyonunu azaltır ve çeşitli kanser hücrelerinin büyümesini engeller (10,13). Siyez

buğdayında beta tokotrienol ve alfa tokoferol fazla miktarda bulunur. Ayrıca, siyez buğdayının tokotrienol/tokoferol oranı ekmeklik buğdaya kıyasla daha yüksektir (13). Siyez buğdayı, tokotrienolün hipokolesterolemik etkisi ile kardiyovasküler hastalıklara ve yüksek antioksidan içeriği ile kansere karşı koruyucu özelliklere sahiptir (14). Triticum türleri içerisinde fitosterol konsantrasyonu en yüksek olan buğday türü siyez buğdayıdır. Buğdayın fitosterol içeriği en yüksek olan kısmı rüşeym ve kepek kısmıdır. Siyez buğdayın olumlu sağlık etkilerine, yapısal olarak kolesterole benzeyen ve böylece plazmada toplam kolesterol ve LDL kolesterol düzeyini azaltabilen bitki sterollerini olan fitosteroller de katkıda bulunmaktadır (6). Epidemiyolojik ve deneysel çalışmalar, fitosterollerin kolon, meme ve prostat kanseri gibi yaygın olarak görülen kanser türlerine karşı koruyucu etkisinin olabileceğini de göstermektedir (15-17).

Sonuç olarak, siyez buğdayı içerdiği biyoaktif bileşenler sayesinde anti-aterojenik etkiye sahiptir ve kalp sağlığının korunmasında önemlidir.

Anti-Inflamatuar etkisi

İlkel buğday türlerinin sağlık üzerine potansiyel faydaları ile ilgili yapılan çalışmalarda, kalp sağlığı üzerine olumlu etkilerinin olduğu (18), inflamasyonu (19) ve böylece inflamasyon ile ilişkili irritabl bağırsak sendromu (İBS) (20) gelişme riskini azalttığı yönünde bulgular elde edilmiştir. İlkel buğday türleri yüksek polifenol, tokol, karotenoid ve lutein içeriğinden dolayı anti-inflamatuar ve pro-inflamatuar sitokinlerin artmasına neden olur (21). Antagoni ve arkadaşları, siyez ve ekmeklik buğday unundan yapılan geleneksel fermentasyon ve ekşi hamur fermentasyonu ile yapılan ekmeklerin sindirimi sonucunda oluşan ürünlerin, Caco-2 bağırsak epitel hücreleri üzerindeki anti-inflamatuar etkilerini değerlendirmiştir. Siyez ekmeğinin sindirimi sonucunda Caco-2 bağırsak epitel hücrelerinde interlökin-6 üretiminde anlamlı bir azalma olduğu saptanmış, bu etkinin siyez buğdayın anti-inflamatuar özelliğinden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (22). Ekmek yapımında ekşi hamurun kullanılması anti-inflamatuar etkiye katkı sağlar. Ekşi hamur fermentasyonu sonucunda anti-inflamatuar peptidler ve antioksidan bileşikler oluşur (22).

Ayrıca siyez buğdayının anti-inflamatuar etki gösteren fitosterol (6) ve tokollerden (13) zengin olması bu sonuca etki eden bir diğer faktör olabilir.

Kan glukoz regülasyonu ve iştah üzerine etkisi

Ekmek, temel karbonhidrat kaynaklarından biridir. Ekmeğin yapımında kullanılan buğday türü, ekmeğin hazırlanışı ve üretimi post-prandiyal glisemiyi, insülin yanıtını, tokluk durumunu, iştahı ve besin alımını düzenleyen hormonların salınımını etkilemektedir. Post-prandiyal glukoz ve insülin düzeyi; oksidatif stres, metabolik sendrom, diyabet, aterosklerotik plak ve kardiyovasküler hastalıklar gibi sağlık sorunlarının oluşumunda önemli risk faktörüdür (23).

Yapılan bir çalışmada, siyez buğday ekmeği ve modern buğday ekmeği tüketen sağlıklı bireylerde, glukoz-bağımlı insülinotropik polipeptid (GIP), glukagon benzeri peptid 1 (GLP-1), glukoz ve insülin yanıtları ile ekmek üretiminde kullanılan metotların bu yanıtlara olan etkisi değerlendirilmiştir. On saatlik açlık sonrasında katılımcıların 50 gram karbonhidrat içeren 127 gram bal-tuz mayalı siyez ekmeği, 129 gram siyez tam tahıllı ekmek, 127 gram mayalı siyez ekmeği ve 118 gram mayalı modern buğday ekmeği dört hafta boyunca her hafta aynı gün farklı bir ekmeği tüketmeleri sağlanmıştır. Katılımcıların kan glukoz, insülin, GIP ve GLP-1 düzeyleri ölçülmüştür. Çalışma sonucunda ekmeğin yapıldığı buğday türünün GIP, GLP-1, glisemik ve insülin yanıtı açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı ancak, ekmek üretim metodunun GIP yanıtlarını etkilediği belirlenmiştir. Bal-tuz mayalı siyez ekmeği ve siyez tam tahıllı ekmek tüketiminden sonra geleneksel mayalı ekmeğe kıyasla GIP yanıtlarının daha az olduğu saptanmıştır (24).

Başka bir çalışmada, dört farklı ekmek türünün (dondurulmuş hamur ile kısmi pişmiş ticari buğday ekmeği, ticari buğday unu, organik buğday unu ve organik siyez unu ile hazırlanan ekşi mayalı ekmekler) tüketimi sonrası glukoz, insülin, serbest yağ asitleri (FFA), trigliserid (TG), ghrelin ve tokluk eğrisi altında kalan alan (AUC) değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, ekşi mayalı organik buğday unu ve organik siyez

unundan yapılan ekmeğin tüketilmesinden sonra, kan glukozu AUC ve insülin AUC'nin ticari ekmeğe kıyasla daha az olduğu saptanmıştır. Ancak, FFA ve TG AUC, ekmeğin türüne göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Organik siyez ekmeği tüketildikten sonra medyan ghrelin AUC değeri, ticari ekmeğin tüketimi sonrası medyan ghrelin AUC değerine kıyasla daha düşük olmuştur, ancak bu farklılık diğer ekşi mayalı ekmeğin tüketilmesinde görülmemiştir. Sonuç olarak siyez buğday ekmeğinin kan glukoz ve insülin düzeyinde daha az artışa neden olduğu ve daha uzun süre tokluk sağladığı belirtilmiştir (23).

Bir diğer çalışmada Zucker, diyabetik şişman sıçanlara (Zucker Diabetic Fatty Rats-ZDF rats) dokuz hafta boyunca beş farklı diyet (siyez, spelt, emmer, çavdar tam tahıllı unları ve rafine un) uygulanmıştır. Diyet müdahale çalışması sonucunda, ilkel buğday diyetleri glukoz ve yağ metabolizmasında görevli olan düzenleyici genlerin down regülasyonunu sağlayarak, diyabetin gelişmesini önlediği ya da geciktirdiği saptanmıştır (25).

Siyez buğdayının amilaz (26) ve lipoksigenaz aktivitesinin (6) düşük olması, peroksizom proliferatör-aktive edici reseptör gamma koaktivatör 1 alfa (PGC-1α) ekspresyonunu down regüle etmesi (25) düşük glukoz ve insülin yanıtına neden olabilir. Siyez buğdayının kan glukoz, insülin ve iştah üzerine olan etkileri obezite, insülin direnci, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi sağlık sorunlarının önlenmesinde ve tedavisinde önemli potansiyel faydalar sağlayabilir. Bu nedenle tüketiminin yaygınlaştırılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Mikrobiyota üzerine etkisi

Bağırsak mikrobiyotası, doğal bağırsıklıktan iştah ve enerji metabolizmasına kadar pek çok metabolik yolak ile ilişkilidir. Bağırsak sağlığının önemli bir göstergesi mikrobiyal çeşitliliktir. Bağırsak mikrobiyotasında çeşitliliğin azalması sonucu disbiyozis olarak adlandırılan mikrobiyal dengesizlik ortaya çıkar. Antibiyotikler, pestisitler ve bazı beslenme alışkanlıkları disbiyozise neden olabilmektedir. Disbiyozis obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve otoimmün hastalıklar gibi bazı sağlık sorunları ile ilişkili bulunması nedeni ile istenmeyen bir durumdur (27).

Diyet bileşenlerinin mikrobiyota üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bağırsak mikrobiyotasında bakteriler sindirilemeyen karbonhidratları fermente ederek kısa zincirli yağ asitleri (bütirat, asetat ve propionat) ve gaz oluşumunu sağlar. Fermente edilen karbonhidratlar mikrobiyal çeşitliliği artırır. Diyet posası açısından zengin bir diyet, mikrobiyal çeşitlilik ve mikrobiyota bileşimi üzerine önemli etkiler gösterir (27). Ayrıca fruktanlar, kalsiyum ve demir gibi mikro besin öğelerinin biyoyararlılıklarının artmasında rol oynar. Bunun yanı sıra konstipasyonu ve diyareyi engeller, karaciğer fonksiyonlarını korur, kolesterol ve kan basıncının azalmasını sağlar ve anti-karsinogenik etki gösterir (6). Siyez buğdayı fruktan içeriği yüksek bir buğday türüdür. Ziegler ve arkadaşları, farklı buğday türlerinden (ekmeklik buğday, durum, spelt, emmer ve siyez buğdayı) elde edilen tam buğday unlarının içerisinde en yüksek fruktan içeriğine sahip buğdayın siyez buğdayı olduğunu saptamıştır (28).

Barone ve arkadaşlarının domuzlarda siyez ekmeğinin mikrobiyota üzerinde etkisini gözlemlemek amacıyla yaptıkları 30 günlük diyet müdahale çalışmasında, siyez buğday ekmeği tüketiminin bağırsak mikrobiyotasında kısa zincirli yağ asitleri üreten bakteri sayısında (*Blautia*, *Faecalibacterium* ve *Oscillospira*) ve metabolik çeşitlilikte artışa neden olduğu belirlenmiştir. Gözlenen bu değişimler, siyez unundan yapılan ekmeğin tüketiminin bağırsak ekosisteminde sağlığa olumlu etkiler gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır (29).

Siyez buğdayı olumlu birçok özelliğe sahip olmakla birlikte özellikle İBS hastalarında yüksek FODMAP içeriği nedeni ile kullanılmasında dikkat edilmesi gerekmektedir (28). Bağırsak sağlığının korunmasında ve İBS hastalığının belirtilerinin azaltılmasında düşük FODMAP içerikli diyetlerin olumlu etkilere sahip olduğu öne sürülmektedir (30).

Sonuç

Siyez buğdayının zengin besin ögesi içeriği ve sağlık üzerine potansiyel etkileri yapılan bazı araştırmalarla saptanmıştır. Özellikle antioksidan içeriğinin zengin olması diğer buğday türlerine kıyasla üstünlük sağlamaktadır. Bu anlamda besin sanayinde ürünlerin sağlığa yararlı etkilerini artırmak için antioksidan içeriği yüksek siyez

buğdayı ile zenginleştirme yapılabilir. Tüketiminin yaygınlaştırılması beslenme ile ilişkili bazı sağlık sorunlarının önlenmesinde ve tedavisinde katkı sağlayabilir.

İletişim: Dr. Funda Işık

E-posta: fndsk_92@hotmail.com

Kaynaklar

1. Shewry PR, Hey S. Do "ancient" wheat species differ from modern bread wheat in their contents of bioactive components?. *Journal of Cereal Science*. 2015;65: 236-43.
2. Ünal VZ. İhsangazi İlçe Analizi. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı. 2013. Erişim Tarihi:26.05.2020. https://www.kuzka.gov.tr/Icerik/Dosya/www.kuzka.gov.tr_16_ZM3H78CK_ihsangazi_ilce_analizi.pdf.
3. Zaharieva M, Monneveux P. Cultivated einkorn wheat (*Triticum monococcum* L. subsp. *monococcum*): the long life of a founder crop of agriculture. *Genetic Resources and Crop Evolution*. 2014;61(3):677-706.
4. Arzani A, Ashraf M. Cultivated Ancient Wheats (*Triticum* spp.): A Potential Source of Health-Beneficial Food Products. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*. 2017;16(3):477-88.
5. Shewry PR. Do ancient types of wheat have health benefits compared with modern bread wheat?. *Journal of cereal science*. 2018;79: 469-76.
6. Hidalgo A, Brandolini A, Nutritional properties of einkorn wheat (*Triticum monococcum* L.). *J Sci Food Agric*. 2014; 94(4):601-12.
7. Schalk K, Lang C, Wieser H, Koehler P, Scherf KA. Quantitation of the immunodominant 33-mer peptide from alpha-gliadin in wheat flours by liquid chromatography tandem mass spectrometry. *Sci Rep*. 2017;7:45092.
8. Pizzuti D, Buda A, D'Odorico A, D'Inca R, Chiarelli S, Curioni A, Martines D. Lack of intestinal mucosal toxicity of *Triticum monococcum* in celiac disease patients. *Scand J Gastroenterol*. 2006;41(11):1305-11.
9. Vaccino P, Becker HA, Brandolini A, Salamini F, Kilian B. A catalogue of *Triticum monococcum* genes encoding toxic and immunogenic peptides for celiac disease patients. *Molecular Genetics and Genomics*. 2009;281(3):289-300.
10. Giambanelli E, Ferioli F, Koçaoglu B, Jorjadze M, Alexieva I, Darbinyan N, D'Antuono LF. A comparative study of bioactive compounds in primitive wheat populations from Italy, Turkey, Georgia, Bulgaria and Armenia. *J Sci Food Agric*. 2013;93(14):3490-501.
11. Abdel-Aal ESM, Young JC, Wood PJ, Rabalski I, Hucl P, Falk D, Fregeau-Reid J. Einkorn: a potential candidate for developing high lutein wheat. *Cereal Chem*. 2002;79(3):455-7.
12. Brandolini A, Castoldi P, Plizzari L, Hidalgo A. Phenolic acids composition, total polyphenols content and antioxidant activity of *Triticum monococcum*, *Triticum turgidum* and *Triticum aestivum*: A two-years evaluation. *Journal of Cereal Science*. 2013;58(1):123-31.
13. Hidalgo A, Brandolini A, Pompei C, Piscozzi R. Carotenoids and tocopherols of einkorn wheat (*Triticum monococcum* ssp. *monococcum* L.). *Journal of Cereal Science*. 2006; 44(2):182-93.
14. Hejtmánková K, Lachman J, Hejtmánková A, Pivec V, Janovská D. Tocopherols of selected spring wheat (*Triticum aestivum* L.), einkorn wheat (*Triticum monococcum* L.) and wild emmer (*Triticum dicoccum* Schuebl [Schrank]) varieties. *Food Chemistry*. 2010;123(4):1267-74.
15. Huang J, Xu M, Fang YJ, Lu MS, Pan ZZ, Huang WQ, et al. Association between phytosterol intake and colorectal cancer risk: a case-control study. *British Journal of Nutrition*. 2017;117(6):839-50.
16. Ifere GO, Barr E, Equan A, Gordon K, Singh UP, Chaudhary J, et al. Differential effects of cholesterol and phytosterols on cell proliferation, apoptosis and expression of a prostate specific gene in prostate cancer cell lines. *Cancer Detection and Prevention*. 2009;32(4):319-28.
17. Alvarez-Sala A, Attanzio A, Tesoriere L, Garcia-Llatas G, Barberá R, Cilla A. Apoptotic effect of a phytosterol-ingredient and its main phytosterol (β -sitosterol) in human cancer cell lines. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*. 2019;70(3):323-34.
18. Sereni A, Cesari F, Gori AM, Maggini N, Marcucci R, Casini A, Sofi F. Cardiovascular benefits from ancient grain bread consumption: Findings from a double-blinded randomized crossover intervention trial. *International journal of food sciences and nutrition*. 2017;68(1):97-103.
19. Benedetti S, Primiterra M, Tagliamonte MC, Carnevali A, Gianotti A, Bordoni A, Canestrari F. Counteraction of oxidative damage in the rat liver by an ancient grain (Kamut brand khorasan wheat). *Nutrition*. 2012;28(4):436-41.
20. Sofi F, Whittaker A, Gori AM, Cesari F, Surrenti E, Abbate R, et al. Effect of *Triticum turgidum* subsp. *turanicum* wheat on irritable bowel syndrome: a double-blinded randomised dietary intervention trial. *British Journal of Nutrition*. 2014;111(11):1992-9.

21. Dinu M, Whittaker A, Pagliai G, Benedettelli S, Sofi F. Ancient wheat species and human health: Biochemical and clinical implications. *J Nutr Biochem*. 2017;52:1-9. doi:10.1016/j.jnutbio.2017.09.001.
22. Antognoni F, Mandrioli R, Bordoni A, Di Nunzio M, Viadel B, Gallego E, et al. Integrated evaluation of the potential health benefits of einkorn-based breads. *Nutrients*.2017;9(11):1232.
23. Bo S, Seletto M, Choc A, Ponzio V, Lezo A, Demagistris A, et al. The acute impact of the intake of four types of bread on satiety and blood concentrations of glucose, insulin, free fatty acids, triglyceride and acylated ghrelin. A randomized controlled cross-over trial. *Food Research International*. 2017;92:40-7.
24. Bakhøj S, Flint A, Holst JJ, Tetens I. Lower glucose-dependent insulinotropic polypeptide (GIP) response but similar glucagon-like peptide 1 (GLP-1), glycaemic, and insulinaemic response to ancient wheat compared to modern wheat depends on processing. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2003;57(10):1254-61.
25. Thorup AC, Gregersen S, Jeppesen PB. Ancient wheat diet delays diabetes development in a type 2 diabetes animal model. *The Review of Diabetic Studies: RDS*. 2014;11(3):245-57.
26. Abdel-Aal ESM, Young JC, Rabalski I, Hucl P, Fregeau-Reid J. Identification and quantification of seed carotenoids in selected wheat species. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*. 2007;55(3):787-94.
27. Valdes AM, Walter J, Segal E, Spector TD. Role of the gut microbiota in nutrition and health. *BMJ*. 2018;361:k2179.
28. Ziegler JU, Steiner D, Longin CFH, Würschum T, Schweiggert RM, Carle R. Wheat and the irritable bowel syndrome–FODMAP levels of modern and ancient species and their retention during bread making. *Journal of Functional Foods*. 2016;25:257-66.
29. Barone F, Laghi L, Gianotti A, Ventrella D, Saa T, Laure D, et al. In Vivo Effects of Einkorn Wheat (*Triticum monococcum*) Bread on the Intestinal Microbiota, Metabolome, and on the Glycemic and Insulinemic Response in the Pig Model. *Nutrients*. 2019;11(1):16.
30. Rao SSC, Yu S, Fedewa A. Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2015;41(12):1256-70.



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 alınmayacaktır.

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş, ili, adı soyadı ve ORCID numarası (<https://orcid.org/>) belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazımadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amacı (objective), gereç ve yöntem (material and method), bulgular (results), ve sonuç (conclusion) bölümleri ayrı ayrı bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 175-200 sözcükten oluşmalıdır. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır. Özün altında üç ile beş anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gereç belirtilmelidir.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

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

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir.

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

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

9. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt

yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla otuz (30) kaynak kullanılabilir (30 kaynaktan fazla kullanımda çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır).

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

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

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

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

Web Sitesi: Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

10. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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