

2014
TJOB TÜRKİYE
BİYOETİK DERGİSİ
TURKISH JOURNAL OF BIOETHICS

Cilt: 10 • Sayı: 2 • 2023 Yaz Sayısı

Volume 10 • Issue 2 • Summer Issue 2023

Turkish Journal of Bioethics (TJOB) published by Turkish Bioethics Association
Türkiye Biyoetik Derneği tarafından basılan Türkiye Biyoetik Dergisi (TJOB)

e-ISSN: 2148 - 5917

TÜRKİYE BİYOETİK DERGİSİ

HAKKINDA

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ'nin yayın organıdır.

Türkiye Biyoetik Dergisi Bahar, Yaz, Güz ve Kış sayıları olmak üzere yılda dört kez yayımlanır.

Türkiye Biyoetik Derneği Kongre ve Sempozyum bildirimlerini içeren veya tematik ek sayılar çıkarılabilir.

Özetlenme & Dizinlenme:

Google Akademik
DOAJ

AMAÇ ve KAPSAM

Türkiye Biyoetik Dergisinin amacı, ülkemizde ve başta yakın bölge coğrafyamız olmak üzere dünyada biyoetik alanında yapılan çalışmaları akademisyenlerle ve toplumla buluşturmanın yanı sıra, insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarına yönelik duyarlılık yaratmak, çeşitli alanlardaki biyoetik eğitimi için kaynak ve eğitim materyali sağlamak, ilgili konularda yapılacak hukuksal düzenlemelere yol gösterici olacak verileri sunmaktır. Derginin hedef kitlesi uygulamalı etik alanında çalışan akademisyenler ve lisansüstü öğrenciler ile meslek alanlarının değer sorunlarına ilgi duyan tüm profesyonellerdir.

Türkiye Biyoetik Derneği tarafından online yayınlanan Türkiye Biyoetik Dergisi, biyoetik kavramını en geniş tanımıyla, yani insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarının incelenmesi olarak benimser. Bu alanda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmaları Türkçe ve İngilizce olarak yayınlayan dergi, özgün araştırma ve derleme makalelerinin yanında, olgu sunumu, eleştirel anlatı okumaları, mevzuat değerlendirmeleri ve öğrencinin sesi bölümlerinden oluşmaktadır.

DERGİ KURULLARI

Derginin Sahibi

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ

Editörler

Prof. Dr. Selim KADIOĞLU
Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
turkiyebiyoetikdernegi@gmail.com

Doç. Dr. Şükrü KELEŞ
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
kelesukru@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Gülsüm ÖNAL
Trakya Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
gullsumo@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdai KÖKEN
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye
arifhudaikoken@hotmail.com

Dr. Filiz BULUT
Türkiye Biyoetik Derneği, Ankara, Türkiye
filizbulut.2816@gmail.com

Öğr. Gör. Gülay HALİDİ
Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
gulayhal@gmail.com

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Hasan ERBAY
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye

Prof. Dr. Şefik GÖRKEY
Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Cemal GÜVERCİN
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ
İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Prof. Dr. Gürkan SERT
Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Bilimsel Danışma Kurulu

Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR
Kocaeli Üniversitesi, İzmit, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Murat AKSU
Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye

Prof. Dr. Berna ARDA
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIKAN
Yeni Yüzyıl Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Rahime AYDIN ER
Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Banu BURUK
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Rana CAN ÖZDEMİR
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Prof. Dr. Murat CİVANER
Uludağ Üniversitesi, Bursa, Türkiye

Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU
Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Seyhan DEMİR KARABULUT
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Gülten DİNÇ
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Hanzade DOĞAN
Altınbaş Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Elif GÜLTEKİN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Mukadder GÜN
Ufuk Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa HAYIRLIDAĞ
Fırat Üniversitesi, Elazığ, Türkiye

Doç. Dr. Cumhuri İZGİ
Türk Tabipleri Birliği, Antalya, Türkiye

Dr. Sadik NAZİK
Türkiye Biyoetik Derneği, Antakya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Selda OKUYAZ
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Doç. Dr. Oya ÖGENLER
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Sibel ÖNER YALÇIN
Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, Türkiye

Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Levent ÖZGÖNÜL
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Türk Tabipleri Birliği, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Melike ÖZTÜRK ÇELİKTEKİN
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Şükran SEVİMLİ
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Bilge SÖZEN ŞAHNE
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Halil TEKİNER
Erciyes Üniversitesi, Kayseri, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Kemal TEMEL
İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Serap TORUN
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Barlas UZUN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Emine Elif VATANOĞLU
Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM
Ankara Üniversitesi (Emekli), Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Aşkın YAŞAR
Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye

Prof. Dr. Gülay YILDIRIM
Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Vedat YILDIRIM
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah YILDIZ
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Öğr. Gör. Dr. Şerife YILMAZ
Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

YAZIM KURALLARI

Metin Düzeni

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen yazıların hemen işleme konabilmesi için aşağıdaki kurallara uygun olarak hazırlanması gereklidir. Şekil şartlarını yerine getirmeyen makaleler işleme alınmaz.

Yazı Tipi

Yazılar Times New Roman, 12 punto, 1,5 satır aralıkla yazılmalı, sağ-sol, alt ve üstte 2,5 cm boşluk bırakılmalı, iki yana yaslanmalı, sayfa numarası verilmemelidir.

Rakam Kullanımı

Cümleye sayı ile başlamamalı, 1-10 arasındaki rakamlar yazı ile 11 ve üstü sayılar rakamla yazılmalıdır.

Dipnot Kullanımı

Yalnızca gerekli durumlarda roma rakamıyla sonnot kullanılabilir.

Alıntılar

Yalnızca gerekli durumlarda bir başka yazıdan metin aynen alınarak "tırnak içinde" gösterilmelidir. Aynen alıntılar 50 kelimeyi geçmemelidir.

Kaynaklar

Kaynak gösteriminde Vancouver stili kullanılır. Otomatik kaynak kullanımı olan "Word-kaynakları yönet" kullanılmamalıdır. Kaynaklar metinde yer aldıkları sırayla numaralandırılmalıdır. Metinde, tablolarda ve resim alt yazılarında kaynaklar parantez içinde Arap rakamları ile gösterilmelidir.

Tablo ve Şekiller

Tablo ve şekiller metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, metinde geçtiği yere göre tablo/şekil numarası ve adı yazılmalıdır. Tabloda verilen bilgiler metin içinde tekrarlanmamalı, başka kaynaktan alınan tablolar için izin alınmalıdır. Şekiller profesyonel olarak çizilmeli, fotoğraflanmalı veya fotoğraf kalitesinde dijital baskı olarak sunulmalıdır. Fotoğrafların ve resimlerin basılması gereken kısmı en az 9X13 cm boyutunda ve 300 dpi çözünürlüğünde olmalıdır.

Ön Yazı (Cover Letter)

Yazışma yazarı tarafından editöre yazılan ve gönderilen makalenin amaç ve yönteminin açıklandığı, sonuçların derginin okuyucu kitlesi için önemini özetlendiği mektuptur. Ayrıca makalenin daha önce bilimsel toplantılarda sunulup sunulmadığı ve yayınlanmak için bir başka yere gönderilmediği hakkında bilgi eklenmelidir.

Başlık Sayfası

Makale başlığı, kısa başlık, makale türü, yazar isimleri, yazarların akademik unvanı ve çalıştıkları kurum ve görevleri, yazışma yazarının adres, e-posta ve telefon bilgileri, mali desteklerin de açıklandığı teşekkür bölümü, daha önce bir bilimsel toplantıda sunulduysa veya kongre kitabında basıldıysa bildirildiği kısımdan oluşur.

Özet

Orijinal araştırmalarda (amaç / gereç ve yöntem / bulgular/ sonuç) bölümlü olmak üzere 400 kelimeyi aşmayan İngilizce ve Türkçe özet hazırlanmalıdır. **Özetler metin içinde yer almalı ve italik olmalıdır.**

Anahtar Kelimeler

En az üç en çok beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yazılmalıdır. İlk kelimenin baş harfi büyük diğeri küçük harfle yazılmalı, noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)"e uygun olarak yazılmalıdır.

Başlıklar

Araştırma makalelerinde yazılar konuyla ilgili literatürün değerlendirildiği ve araştırmanın gerekçe ve amacının sunulduğu GİRİŞ; Araştırmada kullanılan yöntemlerin sunulduğu GEREÇ VE YÖNTEM; araştırmanın yöntemleri ve uygulanmasına ilişkin sınırlılıkların sunulduğu ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI; elde edilen verilerin sunulduğu BULGULAR; bulguların literatüre dayanarak tartışıldığı TARTIŞMA bölümlerinden oluşur. Elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara dayalı öneriler TARTIŞMA bölümünün son paragrafında kısaca özetlenmelidir. Araştırma makaleleri dışındaki yazılarda ise yazarlar, gerekli ise makaleleri bölümlere ayırıp başlık verebilirler. Ancak başlıklar üç kademeyi geçmeyecek şekilde ve aşağıdaki düzene göre yerleştirilmeli, başlıktan sonra alt satıra geçilmelidir.

İLK KADEME BAŞLIK BÜYÜK HARF VE KOYU

İkinci Kademe Başlığın Yalnızca Baş Harfleri Büyük Harf ve Koyu

Üçüncü kademe başlık yalnızca ilk harf büyük ve koyu-italik

Yayın Türleri

1. Editoryal
2. Editöre Mektup
3. Araştırma Makalesi
4. Derleme
5. Yasa İncelemesi
6. Kitap İncelemesi
7. Sanat ve Edebiyat
8. Olgu Sunumu
9. Konferans Bildirisi
10. Kısa Bildiri
11. Toplantı Özeti
12. Rapor
13. Haber
13. Monografi
15. Biyografi

16. Bibliyografi

17. Çeviri

18. Not

19. Düzeltme

ETİK İLKELER ve YAYIN POLİTİKASI

Açık Erişim Politikası

Türkiye Biyoetik Dergisi tüm içeriğin kullanıcıya veya kurumuna ücretsiz olarak ulaşabileceği anlamına gelen açık erişimli bir dergidir.

Açık Erişim Politikası, Budapeşte Açık Erişim Girişimi [Budapest Open Access Initiative (BOAI)] kurallarına dayanmaktadır. Yazarlar makale başvurusu sırasında yayın hakkı devir formunu doldurmak zorundadır.

Creative Commons Lisansı: Türkiye Biyoetik Dergisi [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/) uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Bunları yapmakta özgürsünüz:

Paylaş – Makaleyi her ortam veya formatta kopyalayabilir ve yeniden dağıtabilirsiniz. Lisans şartlarını yerine getirdiğiniz sürece, lisans sahibi bu özgürlükleri (belirtilen hakları) iptal edemez.

CC BY-NC-ND lisansı yayımlanan eseri, ticari olmayan amaçlarla kullanmalarına, çoğaltmalarına, yaymalarına veya görüntülemelerine izin verir.

CC BY-NC-ND lisansı aşağıdaki unsurları içerir:

CC BY – Yayın sahibine atıfta bulunulmalıdır. Uygun bir biçimde referans vermelidir. Lisansla bağlantı sağlamalı ve değişiklik yapıldıysa bilgi vermelisiniz. Bunları uygun bir şekilde yerine getirebilirsiniz fakat bu, lisans sahibinin sizi ve kullanım şeklinizi onayladığını göstermez.

NC – Bu makaleyi ticari amaçlarla kullanamazsınız.

ND - Makaleyi karıştırdınız, aktardınız ya da makalenin üzerine inşa ettiyseniz, değiştirilen materyali dağıtamazsınız.

Ek sınırlamalar yoktur – Lisansın sağladığı izinlerin kullanımını kanunen kısıtlayacak yasal koşullar ya da teknolojik önlemler uygulayamazsınız.

Lisans: **CC BY-NC-ND 2.0**

Okuma, çıktı alma ve indirme: EVET

Atıfta bulunma: EVET

Makaledeki bölümlerin başka çalışmalarda kullanılması: HAYIR

Ticari amaçlarla kazanç elde etmek ya da yeniden kullanmak: HAYIR

Önemli not: Yazarlar devir haklarını devretmiş olsalar bile makaleleri aynı CC BY-NC-ND lisansı altında üçüncü şahıslar altında kullanılmalarına ve yeniden kullanılmalarına izin verildiğini lütfen unutmayın. Daha geniş bilgi için lütfen bakınız: [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/)

Aşırma politikası

TJOB editör değerlendirmesinde aşırma veya kendinden aşırma tespit edilen yayınları değerlendirmeye almaz.

Yazar(lar)

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen makalelerin biyoetik alanı ile ilgili özgün çalışmalar olması gerekmektedir.

- Makalelerde yararlanılan tüm kaynaklar (yazarlar, çevrimiçi sayfalar, kişisel görüşmeler, vb.) için doğru ve uygun bir şekilde kaynak gösterilmelidir.
- Dergiye gönderilen makalelerin başka bir dergiye gönderilmediği belirtilmeli ve telif hakkı devir formu doldurulmalıdır.
- Makaleye fikren katkıda bulunmayan kişiler yazar olarak belirtilmemelidir.
- Gönderilen makaleye ilişkin çıkar çatışmaları belirtilmeli ve nedeni açıklanmalıdır.
- Yazarların, hakem sürecindeyken çalışmalarına ilişkin ham verileri editörler kuruluna iletmesi istenebilir, bu durumda yazarların ham verilerini editörler kuruluyla paylaşmaları beklenmektedir. Yazarlar, yayımlanan bir makaleye ilişkin verileri/kullanılan kaynakları editör tarafından istendiğinde sunulması için saklamak ile yükümlüdür.
- Yazarlar çalışmalarında bir hata tespit ettiklerinde editörü ve editörler kurulunu bilgilendirmeli, düzeltme ya da geri çekme süreci için işbirliği kurmalıdırlar.

Hakem Değerlendirme Süreci

Yazım kuralları ve derginin kapsamı açısından uygun olduğuna karar verilen makaleler hakemlere gönderilir. Hakemler değerlendirme formunu aşağıdaki temel ölçütlere göre doldurur:

- Yazım ve içerik kalitesi
- Orijinalliği ve alana katkısı
- Akademik standartlar

ÜCRET POLİTİKASI

Hiçbir ad altında yazar veya kurumundan ücret alınmaz.

Hiçbir ad altında yazardan veya kurumundan ücret alınmaz.

EDİTÖRDEN

- 1. Editörden** 43
Editorial
Prof. Dr. Selim KADIOĞLU

EDİTÖRE MEKTUP

- 2. Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavi ve Bakıma İlişkin Karar Verme Süreci: Türkiye ve Almanya Örnekleri Üzerinden Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme** 44
Decision-Making Process regarding Medical Treatment and Care in the End-of-Life Period: A Comparative Evaluation amongst Turkey and Germany
Dr. Setenay Sinefin BAŞAR

ARAŞTIRMA MAKALESİ

- 3. Meme Kanseri Hastalarının Tanı ve Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Zorlukların İncelenmesi: Pilot Çalışma** 47
A Qualitative Research Investigation of the Experiences of Breast Cancer Patients with the Diagnosis and Treatment Process: Pilot Study
Asistan Hekim Şükran Peker, İtern Hekim Bengisu Pınar Acat, İtern Hekim Bedirhan Kahraman, İtern Hekim Habat Allah Khasawneh, İtern Hekim Lina Elmughrabi, İtern Hekim Ali Aljubori, Prof. Dr. Seyhan Hıdıroğlu, Prof. Dr. Gürkan Sert
- 4. Mental Hastalığı Olan Bireylere Karşı Klinisyenlerin (Tıp Öğrencileri) Tutum Ölçeğinin (MICA 2) Türkçe Versiyonu Psikometrik Özellikleri** 58
Psychometric Properties of the Turkish Version of the Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (Medical Student Version)(MICA 2)
Dr. Öğretim Üyesi Murat AKSU, Prof. Dr. Semra AY

DERLEME

- 5. Tıbbi Olmayan Cinsiyet Seçimi: Yeni Teknolojiler–Teknolojik Gelişmeler ve Etik Tartışmalar** 68
Non-medical Gender Selection: New Technologies-Technological Developments and Ethical Discussions
Prof. Dr. Sebahat ATAR, Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU

KİTAP İNCELEMESİ

- 6. Yad Ellerin Klinik Dış Hekimliği El Kitabı** 79
A Far Foreign Manual of Dentistry
Dt. Süleyman DİLEK

Editörden;

Merhaba,

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin onuncu cildinin ikinci sayısında ilginizi çekeceğini umduğum beş değerli çalışma yer alıyor. Onları kısa kısa takdim etmeye geçmeden önce derginin eski sayılarına ulaşma konusunda yaşanmakta olan geçici sıkıntı konusunda hoşgörünüze sığınmak ve tam arşivimizin kısa süre içinde **DergiPark** bünyesinde erişime açılacağını haber vermek istiyorum.

Setenay Sinefin Başar “Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavi ve Bakıma İlişkin Karar Verme Süreci: Türkiye ve Almanya Örnekleri Üzerinden Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme” başlıklı editöre mektubunda üzerinde yoğun biçimde çalışılan bir konuyu örneklerinin giderek artacağını düşünebileceğimiz bir ikili karşılaştırma çerçevesinde ele alıyor.

Yaygın bir sağlık sorununa yönelik hasta bakış açısını yansıtan düşündürücü bir araştırma olan “Meme Kanseri Hastalarının Tanı ve Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Zorlukların İncelenmesi: Pilot Çalışma”nın imza sahipleri **Şükran Peker, Bengisu Pınar Acat, Bedirhan Kahraman, Habat Allah Khasawneh, Lina Elmughrabi, Ali Aljubori, Seyhan Hıdıroğlu ve Gürkan Sert.**

Murat Aksu ve Semra Ay tarafından yürütülen bir araştırmaya dayanan “Mental Hastalığı Olan Bireylere Karşı Klinisyenlerin (Tıp Öğrencileri) Tutum Ölçeğinin (MICA 2) Türkçe Versiyonu Psikometrik Özellikleri” başlıklı makale, hassas bir konuyu gündeme getirmenin ötesinde dilimize o konuyla ilgili bir ölçek kazandırma özelliğini de taşıyor.

Toplumsal ve tıbbi unsurların sorunlu zeminde buluşmasına dair bir çalışma olan “Tıbbi Olmayan Cinsiyet Seçimi: Yeni Teknolojiler – Teknolojik Gelişmeler ve Etik Tartışmalar” başlıklı geniş kapsamlı ve iyi sistematize edilmiş derleme **Sebahat Atar ve Serap Şahinoğlu** tarafından hazırlanmış.

Süleyman Dilek, incelediği bir örnek üzerinden klinisyenlere yönelik el kitaplarında etik-legal konulara ayrılmış bölüm bulunmasının önemini “Yad Ellerin Klinik Dış Hekimliği El Kitabı” başlıklı çalışmasında dile getiriyor.

Saygılarımla

Selim Kadıoğlu

Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavi ve Bakıma İlişkin Karar Verme Süreci: Türkiye ve Almanya Örnekleri Üzerinden Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme

Decision-Making Process regarding Medical Treatment and Care in the End-of-Life Period: A Comparative Evaluation amongst Turkey and Germany

Setenay Sinefin BAŞAR^a

Sayın Editör,

Yaşamın başlangıcı ve sonu hakkında teknolojinin gelişmesiyle kavramlar ve tıbbi beklentiler değişime uğramaktadır. Bu dinamik süreç hastaların tedavisi ile ilgili karar almayı zorlaştırmakta ve hastanın kendisine, yakınlarına ve başta hekimler olmak üzere sağlık hizmeti sunucularına ek sorumluluklar yüklemektedir. Bu hususta özellikle hekimlerin tutumları ve yaklaşımları açısından bazı ortak yaklaşımların belirlenmesi hekimlik mesleği açısından önem taşımaktadır.

Almanya'da, 1979'dan beri yayınlanan ve en son 2011 yılında güncellenen "Hekim Olarak Ölüm Sürecine Eşlik etmek ile ilgili Alman Tabipler Birliğinin Prensipleri Bildirisi" (Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung) başlıklı metin ile ölüme hekim olarak eşlik etme kavramı (ärztliche Sterbebegleitung) hastanın yaşamıyla ilgili isteği doğrultusunda sistematik bir zemine oturtulmaya çalışılmaktadır. Bu bildiri metninde hekimin asıl sorumluluğunun hastayı hayatta tutmak, onun sağlığını korumak, acılarını dindirmek ve ölmekte olana ölüme kadar eşlik etmek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca Bildiri'de bir hastayı öldürmenin cezaya tabi olduğu ve hekiminin hastanın kendini öldürmesi işlemine dahil olmasının hekimin görevleri arasında olmadığına dikkat çekilmiş ve yaşamın son dönemindeki hasta için hekimin görevinin kişinin insanca ölmesini sağlamak olduğu, bunun da temel refakat ve palyatif bakım ile mümkün olacağı vurgulanmıştır.

Bildiri'de altı konu başlığına yer verilmiştir:

- 1) Ölmekte olan kişi için hekimin görevleri
- 2) Prognozu belirsiz (ölüm sürecinde olmayan ancak yakın zamanda ölmesi muhtemel olan) hastaya yaklaşım
- 3) Ağır beyin hasarında tedavi
- 4) Hastanın isteğinin tespiti
- 5) Ağır derecede hasta veya ölmekte olan çocuk ve ergenlerin bakımı
- 6) Hasta isteğinin tedbir amaçlı önceden öğrenilmesi

Bildiri metninde yer alan açıklamaların bazıları bildirin ilk yayımlandığı zamandan itibaren aynen varlığını korumuşken bazıları da zaman içinde Federal Yüksek Mahkeme kararı da dikkate alınarak güncellenmiştir.

^aTıp Doktoru, Almanya ORCID: 0000-0002-5412-4450.
Gönderim Tarihi: 04.06.2023 • Kabul Tarihi: 25.06.2023

Gerek Türkiye’de iki yıl acil serviste pratisyen hekimlik yaparken gerekse iki yıldır Almanya’da anestezi asistanı olarak görev yaparken her iki ülkede de yaşamın sonuna dair karar verme sürecini yakından gözlemleme şansım oldu. Bu yazıdaki amacım da özellikle hekimlerin ölmekte olan hastaya yaklaşımı konusunda Bildiri’de yer verilen kurallar hakkında bilgi vermektir. Bu amaçla yazıda özellikle “Hekim Olarak Ölüm Sürecine Eşlik etmek ile ilgili Alman Tabipler Birliğinin Prensipleri Bildirisi” başlıklı metnin giriş bölümü ile ölmekte olan kişi için hekimin görevlerini ele alan birinci bölümün içeriği hakkında bilgi vermenin yararlı olacağı kanısındayım.

Bildiri’nin Giriş Bölümü

Bildirinin giriş bölümünde hekimin görevinin hastanın kendini gerçekleştirme hakkını gözeterek yaşamını sürdürmek, sağlığını korumak ve devam ettirmek, acısını dindirmek ve ölmekte olan hastaya ölüm anına kadar eşlik etmek olduğu belirtilmiş ve hekimin yaşamı devam ettirme yükümlülüğünün her şart altında geçerli olmadığına işaret edilmiştir.

Tanı veya tedavinin daha fazla yapılamadığı veya sınırlamaların olduğu durumlarda palyatif bakımın devreye girmesi gerektiğine dikkat çekilmiş ancak bu kararın ekonomik sebepler ile ilişkilendirilmeden verilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Tıbbi tedavinin diğer amaçlarından bağımsız olarak hekimin hastaya temel bakım (Basisbetreuung) sağlamakla yükümlü olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda hastaya insana yaraşır barınma sağlanmasının, ilgi gösterilmesinin, vücut bakımının yapılmasının, acı, nefes darlığı ve bulantının dindirilmesinin, açlık ve susuzluğun giderilmesinin gereklilik olduğu vurgulanmıştır.

Bildiri’nin giriş bölümünde endikasyon çerçevesinde uygulanacak tedavinin ve kapsamının hekimin sorumluluğunda olduğu, bunun yanı sıra hastanın isteklerinin önemsenmesi gerektiği belirtilmiştir. Aynı hususla ilgili açıklamalarda hekimin karar verirken diğer hekimlerle ve hastaya bakım sağlayan çalışanlarla (pflgende Mitarbeiter) iş birliği yapması gerektiğine de vurgu yapılmıştır.

Açıkça belli olan bir ölüm sürecinin yaşamı idame ettirici tedavilerle yapay olarak uzatılmaması gerektiği ve hastanın talebi ile örtüşüyorsa başlanan tedavinin azaltılabileceği, sınırlandırılabilceği veya sonlandırılabilceği de belirtilmiştir. Yapay beslenme ve sıvı tedavilerinin de bu kapsamda olduğu da ayrıca vurgulanmıştır. Buna karşılık, hastanın talebi üzerine öldürülmesinin cezaya tabi olduğu, hekimin hastanın kendini öldürme eylemine dahil olma görevinin bulunmadığı hususu belirtilmiştir.

Bildiri’nin giriş bölümünde bu prensiplerin (Grundsätze) hekimlerin ölmekte olana (Sterbend) refakat/eşlik ederken somut durumlarda aldıkları sorumluluğu ortadan kaldırmadığını ve ancak onlara yol göstermeyi amaçladığı, bütün kararların her hasta özelinde tüm koşullar değerlendirilerek verilmesi gerektiği ifade edilmiş ve arada kalınan durumlarda etik kurullara (Ethikberatung) danışmanın yararlı olacağına altı çizilmiştir.

Bildiri Metninin Birinci Bölümü

Bildiri’nin birinci bölümünde, ölmekte olan hasta için hekimlik görevlerinden söz edilmektedir. Bu bölümde ölmekte olan ifadesi ile “bir veya daha fazla vital fonksiyonu geri dönüşü olmayan yetmezliğe girmiş, ölüm başlangıcı kısa sürede beklenen hasta veya yaralı kişi” tarif edilmiş ve hekimin ölmekte olanların insanca ölebilmesi için bu kişilere yardım etmekle yükümlü olduğu belirtilmiştir.

Bu yardımın palyatif bakımı, refakati (Beistand) ve temel bakımın sağlanmasını kapsadığına vurgu yapılmıştır. Ayrıca beslenme ve sıvı takviyesinin hastayı zorladığı durumların buna dahil olmadığı da hatırlatılmış, yine de subjektif hissedilen açlık ve susuzluğun giderilmesi gerektiği de vurgulanmıştır.

Ölümün başlangıcını geciktirecek önlemlerin ihmal edilebileceği veya sonlandırılabilceği bu bölümde de hatırlatılmıştır. Ölmek üzere olan bir kişinin acısının dindirilmesinin çok önemli olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu nedenle acı dindirmenin yol açtığı kaçınılmaz yaşam kısalmasının kabul edilebilir olduğu belirtilmiştir.

TTB Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge

Ülkemizde 24 Kasım 2019 tarihinde TTB Olağanüstü 71. Büyük Kongresi'nde kabul edilen Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge'de "Yaşamı destekleyen tedavilerin bir insanın yaşamak istemeyeceği bir hayatı dayatması ya da hastanın ağrı, acı çekme sürecini uzatması etik açıdan savunulamaz." ifadesi yer almaktadır. Yaşamın sonuna ilişkin karar verme sürecinde bilimsel kurul ve kuruluşların belirli durumlarda tıbbi sınırlar oluşturma konusunda belirleyici olması gerektiği vurgulanmaktadır. Tedaviyi ret hakkına saygı gösterilmesinin ötanazi uygulaması olarak kabul edilemeyeceği belirtilmektedir.

Ek olarak bildiriye göre "boşuna tedavi" terimi ile ifade edilen, hastaya önerilen ya da durumu için mümkün olabilen tedavinin yararsız ya da etkisiz olduğu, yaşamın niteliğine çok az katkı sağladığı, beklentilere cevap verme olasılığı taşımadığı ve makul yaşam şansı tanımadığı durumlarda tedavi ya da uygulama tıbbi açıdan yararsız olarak değerlendirilmektedir. Bu tedavi ya da uygulamaların yapılmaması etik açıdan savunulabilir.

Hastanın ağrı, acı çekme süresinin uzamasına, beklenen ölümün ertelenmesine yol açan yapay beslenme/sıvı desteği de sonlandırılabilir. Ancak hasta bakımı hiçbir biçimde boşuna tedavi kapsamında değerlendirilemez. Boşuna tedavi kararı ile uygulamaların sonlandırılması hastaya verilen bakımın sonlandırılması anlamına gelmez.

Hekim, mesleki bilgiler doğrultusunda boşuna tedavi olarak değerlendirdiği bir uygulamayı yapmaya zorlanamaz.

Ölme hakkı ile ilgili ise bildiriye herkesin onuruyla ölme hakkı olduğu ve TTB'nin onurlu ölüm hakkını benimsediği belirtilmektedir. Ayrıca ölmek için yardım isteyen hastaya psikolojik ve sosyal danışmanlık sağlanmalı; hastaların onurlu ölüm tercihine bağlı olarak tedaviyi reddetmelerine saygı gösterilmelidir.

Değerlendirme

Her iki ülkede de yaşamın sonu ile ilgili karar verme sürecine hem hasta hem hasta yakınları dahil olmakta, hastanın akıl sağlığı yerindeyken bir beyanı mevcutsa geçerli sayılmaktadır.

Diğer yandan, Almanya'da hasta veya hasta yakınlarına gerekli durumlarda hekim tarafından imzalatılmak üzere hazırlanmış terapi sınırlandırma formları (Therapiebegrenzung Dokumentationsbogen) bulunmakta ve hastaya hangi müdahalelerin yapılmayacağı açıkça işaretlenip imzalatılmaktadır. Bu sayede hekimler hem hasta ve yakınlarının isteğine saygı gösterebildiği için hastanın özerkliği korunmakta hem de hekimler yaptıkları/yapmadıkları müdahalelerden tek başına sorumlu olmamaktadır.

TTB Olağanüstü 71. Büyük Kongresi'nde kabul edilen Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge'de ve Hekim Olarak Ölüm Sürecine Eşlik etmek ile ilgili Alman Tabipler Birliğinin Prensipleri Bildirisi'nde yaşamın sonuna ilişkin kavramlar ve durumlara göre alınması gereken kararlara yönelik algoritmalar oldukça benzer olmasına rağmen pratik uygulamada farklılıklar gözlenmesi Türkiye'de de birtakım düzenlemelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Ya da Almanya örneğindeki gibi somut düzenlemelere gidilmesi Türkiye'deki hekimler için çok daha yol gösterici olmaz mı?

KAYNAKLAR

1. Bundesärztekammer Bekanntmachungen "Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung". Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (7): 346-348.
2. TTB. Yaşamın Sonuna İlişkin Bildirge. Erişim: (https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=7269de24-9040-11ea-9b7d-6d38d16eb233). Erişim tarihi: 21.06.2023.

Meme Kanseri Hastalarının Tanı ve Tedavi Sürecinde Yaşadıkları Zorlukların İncelenmesi: Pilot Çalışma

A Qualitative Research Investigation of the Experiences of Breast Cancer Patients with the Diagnosis and Treatment Process: Pilot Study

Şükran Peker^a, Bengisu Pınar Acat^b, Bedirhan Kahraman^c, Habat Allah Khasawneh^d, Lina Elmughrabi^e, Ali Aljubori^f, Seyhan Hıdıroğlu^g, Gürkan Sert^h

Özet:

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 verilerine göre meme kanseri dünyada en sık görülen kanser türüdür. İki bin yirmi sonu itibarıyla dünya çapında son beş yılda meme kanseri tanısı almış 7,8 milyon kadın bulunmaktadır. Bu sayılar meme kanserini prevalansı en yüksek kanser yapmaktadır. DSÖ verilerine göre meme kanseri kadınlarda en çok DALYs (Disability Adjusted Life Years) olan kanser türüdür. Bu da sağ kalım süresinin uzadığını ve hastaların tedavi sonrası fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarının önem kazandığını göstermektedir. Bu çalışmada meme kanseri nedeniyle operasyon geçiren kadın hastaların, tanı ve tedavi süreçleri sırasındaki deneyimleri ile yaşamış oldukları zorlukların hayat kalitelerine etkisinin niteliksel olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma niteliksel tiptedir. Çalışma evrenini meme kanseri sebebiyle operasyon geçiren kadın hastalar oluşturmaktadır. Katılımcılar meme kanseri ilişkili sivil toplum kuruluşlarında üye ve/veya görevli kişilerden seçilmiştir. Kartopu örnekleme yöntemiyle yedi kişiye ulaşılmıştır. Çalışmada sosyodemografik ve yarı yapılandırılmış soruları içeren soru formu kullanılmıştır. Görüşmeler ortalama 30-90 dakika sürmüştür. Görüşme sonrasında transkriptler oluşturularak betimsel analiz yapılmıştır. Araştırma sonucu elde edilen veriler kelime kelime çözümlenip bilgisayara girilmiş ve tematik içerik analiz yöntemiyle Atlas.ti programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 55,28 olan yedi kadın hasta ile görüşülmüştür. Katılımcılardan yalnızca ikisi evli değildi. Katılımcıların çoğu hastane işleyişinden şikayetçi olduklarını ve bilgilendirmenin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalar genellikle tanı ve tedavi sürecinin hızlı ilerlediğini ve bundan memnun olduklarını belirtmişlerdir. Tedavi sürecinde hastaların kemoterapi hakkında endişelerini dile getirdikleri gözlemlenmiştir. Hastaların bir kısmı sürecin maddi yükünün kendilerini zorladığını belirtmiştir. Hastalar meme kanseri için ideal sağlık sistemini tanımlarken hizmetler için bekleme süresi uzun olmayan, sistematik ilerleyen, herkes tarafından kolay ulaşılabilir bir sistemi tarif etmiş ve iyi bilgilendirme yapan bir hekimin önemine de vurgu yapmıştır.

Hastalar tanı aldıklarında başlangıçta ölüm korkusu hissettiklerini daha sonra kısa sürede ne yapmaları gerektiğine odaklandıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların hayat tarzında, hayata bakış açılarında, beden algılarında ve sosyal çevrelerinde farklı düzeylerde değişimler gözlemlenmiştir. Hastaların hepsi hayatlarındaki stres ve üzüntüler sebebiyle kanser olduklarını düşündüklerini dile getirmişlerdir. Diğer kadınlara tarama yapturmalarını, psikolojik destek almalarını ve rutinlerine devam etmelerini tavsiye etmişlerdir.

^aAsistan Hekim, Şükran Peker, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye ✉ sukranpeker16@gmail.com ORCID: 0000-0002-4584-9986

^bİntern Hekim, Bengisu Pınar Acat, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye ✉ bengisupa@gmail.com ORCID: 0000-0002-2889-3176

^cİntern Hekim, Bedirhan Kahraman, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye ✉ bedirhankahraman@marun.edu.tr ORCID: 0009-0000-1539-4661

^dİntern Hekim, Habat Allah Khasawneh, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye ✉ khasawnehiba@gmail.com ORCID: 0009-0000-5953-358X

^eİntern Hekim, Lina Elmughrabi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye ✉ linaelmughrabi@gmail.com ORCID: 0009-0008-4145-5585

^fİntern Hekim, Ali Aljubori, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye ✉ ali.juboori99@gmail.com ORCID: 0009-0005-9225-3199

^gProfesör Doktor, Seyhan Hıdıroğlu, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye ✉ seyhanerginh@gmail.com ORCID: 0000-0001-8656-4613

^hProfesör Doktor, Gürkan Sert, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye ✉ dgrkansert@gmail.com ORCID: 0000-0002-0970-8406

Gönderim Tarihi: 3 Haziran 2023 • Kabul Tarihi: 21 Haziran 2023

Sonuç: Meme kanseri tanı ve tedavi süreci hastalar için fiziksel, psikolojik ve maddi yönlerden zorlayıcı olabilmektedir. Muayene sürelerinin yeterli olması, gerekli bilgilendirmelerin yapılması hastanın tedaviye güvenini arttırarak hastalıklarına yönelik endişelerini azaltabilir ve hastaların tedavi uyumlarını kolaylaştırabilir. Biz bu süreçte hasta yakınlarının da süreç ve hasta psikolojisi hakkında bilgilendirilmesini önermekteyiz. Bu yaklaşım hastanın tedavi uyumunu ve duyu durumunu pozitif yönde etkileyebilir.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri; niteliksel araştırma; hasta bakış açısı; deneyimler

Abstract:

Aim: According to the World Health Organization (WHO) 2020 data, breast cancer is the most common type of cancer in the world. By the end of 2020, there are 7.8 million women worldwide who have been diagnosed with breast cancer in the last five years. These numbers make breast cancer the cancer with the highest prevalence. According to WHO data, breast cancer is the type of cancer with the highest DALYs (Disability Adjusted Life Years) in women. This shows that survival time is prolonged and the physical and psychosocial needs of patients gain importance after treatment. This study was designed to understand the needs of patients in order to understand deeply what they went through during the process and to increase their quality of life, and aimed to qualitatively examine the experiences of female patients who underwent surgery for breast cancer regarding the diagnosis and treatment processes.

Materials-Methods: The study is of qualitative nature. The population of the study consists of female patients who underwent surgery for breast cancer. 7 people were reached with the snowball sampling method. A questionnaire including sociodemographic questions and semi-structured questions was used in the study. Interviews lasted 30-90 minutes on average. The data obtained as a result of the research were decoded word by word, entered into the computer and evaluated using the Atlas.ti program with thematic content analysis method.

Results: Seven female patients with a mean age of 55.28 were interviewed. The marital status of the five participants was married. Most of the participants stated that they complained about the operation of the hospital and that the information was insufficient. Patients generally stated that the diagnosis and treatment process progressed rapidly and they were satisfied with it. It has been observed that patients expressed their concerns about chemotherapy during the treatment process. Some of the patients stated that the financial burden of the process was challenging them. Patients defined the ideal health system for breast cancer as they did not expect much, systematically progressing and easily accessible by everyone. They emphasized the importance of an understanding and well-informed doctor. The patients stated that they initially felt fear of death when they were diagnosed, and then they focused on what to do in a short time. Different levels of changes were observed in the patients' lifestyle, perspective on life, body perception and social environment. All of the patients stated that they thought they had cancer due to stress and sadness in their lives. They advised other women to get screened, seek psychological support, and continue with their routines.

Conclusion: Breast cancer diagnosis and treatment process can be physically, psychologically and financially challenging for patients. Adequate examination times and providing necessary information can increase the patient's confidence in the treatment, reduce their concerns about their diseases, and facilitate the treatment compliance of the patients. In this process, we recommend that the relatives of the patients be informed about the process and patient psychology. This approach can positively affect the patient's treatment compliance and mood.

Keywords: Breast cancer; qualitative research; patient-reported outcomes; experiences

GİRİŞ

Meme kanseri, meme dokusundaki hücrelerden gelişen kanserlerdir ve meme dokusunun herhangi bir yerinden kaynaklanabilir (1). En sık görülen tipi; meme kanallarından kaynaklanan “duktal” kanserlerdir (2). Süt üreten bezlerden köken alan “lobüler” kanserler de sık görülür (3). Ayrıca diğer dokulardan kaynaklanan daha nadir medüller, tübüler, müsinöz gibi tipleri de vardır (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2018 yılında en sık ikinci kanser olan meme kanseri 2020 yılında akciğer kanserini de geride bırakarak birinci sıraya yükselmiştir (4). Tüm dünyada yeni tanı konulan meme kanserli hasta sayısı 2020 yılında 2,26 milyon iken meme kanseri nedeniyle ölen hasta sayısı 685.000’dir (4).

İki bin yirmi sonu itibarıyla dünya çapında son beş yılda meme kanseri tanısı almış 7,8 milyon kadın bulunmaktadır (4). Bu sayılar meme kanserini prevalansı en yüksek kanser yapmaktadır (4).

Erken tanı yöntemlerinin ve tedavi seçeneklerinin artmasıyla mortalite hızı düşmüş ve sağ kalım süresi uzamıştır (5). Amerika Birleşik Devletleri’ndeki verilere göre non-metastatik invaziv meme kanserinin beş yıllık sağ kalım oranı % 90, on yıllık sağ kalım oranı % 84’tür (6). DSÖ verilerine göre meme kanseri kadınlarda en çok DALYs (Disability Adjusted Life Years) olan kanser türüdür (4). Başka bir deyişle, hastalarda sağ kalım süresinin uzadığını ve hastaların tedavi sonrası fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarının önem kazandığını göstermektedir.

Lokal ve sistemik bir hastalık olan meme kanserinde, lokal kontrolü sağlamak amacıyla cerrahi girişim (çoğunlukla daha az radikal, daha çok koruyucu) ve radyoterapi; sistemik kontrolü sağlamak amacıyla ise kemoterapi, hormonal ve biyolojik tedavi uygulanmaktadır (2). Bu süreçte hastalar birçok zorlukla karşılaşabilmektedir; fiziksel güçlükler, cinsel yaşamla ilgili güçlükler, sağlık hizmeti ilişkili güçlükler, sosyal etiketlenme, beden imajında değişim, tekrarlamaya korkusu olabilir (7). Yine, bir fenomenolojik araştırmada hastalar, fiziksel olarak tedavi bölgesinde ağrı, kolda lenf ödem, ciltte ve saçlarda kuruluk, ayaklarda uyuşukluk hissi, yutma güçlüğü ve yorgunluk gibi sorunlar deneyimlediklerini, koldaki hareket kısıtlılığı nedeni ile günlük aktivitelerini gerçekleştirmede sınırlılıklar yaşadıklarını bildirmişlerdir (7).

Başka bir çalışmada kanser hastalarının yaşadığı sosyal sıkıntılar ise tanı aşamasında etiketlenme ve günlük alışkanlıkları değiştirme sorunu, tedavi aşamasında başkalarına bağımlı olma, mesleki yaşamda performans eksilmesi, ailedeki sorumlulukları yerine getirememe, sosyal ilişkilerin daralması olarak gözlemlenmiştir (8). Hastaların tanı aşamasında yaşadıkları psikolojik sorunlar; şok olma, inanmama, hastalığı yok sayma, isyan etme, kaygı; tedavi aşamasında ise öfke, dış görünümüne ilişkin problemler, umutsuzluk ve uykusuzluk olarak belirtilmiştir (8).

İngiltere’de 2013-2014 yıllarında meme kanseri tanısı alan hastaların % 81’inde primer olarak cerrahi yöntem tercih edilmiştir (9).

Toplum tarafından meme feminenlik, güzellik, çekicilik ve annelik gibi kavramlarla eşleştirilmiştir. Bu sebeple memesini kaybeden kadınlar, feminenliklerini ve özgüvenlerini kaybettiklerini düşünmektedir (10).

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde hastada şok, inkâr, kızgınlık, depresyon, yansıtma, psikolojik gerileme, umutsuzluk-çaresizlik, bezginlik, patolojik bağımlılık gibi çeşitli tepkiler görülebilmektedir (11). Cerrahi sonrası anksiyete ve depresyon en sık görülen psikiyatrik durumlardır (11).

Bu çalışmada meme kanseri nedeniyle operasyon geçiren kadın hastaların, tanı ve tedavi süreçleri sırasındaki deneyimleri ile yaşamış oldukları zorlukların hayat kalitelerine etkisinin niteliksel olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma niteliksel araştırmadır. Bu araştırma pilot çalışma niteliğindedir ve çalışma evrenini meme kanseri sebebiyle operasyon geçiren sivil toplum kuruluşlarında üye ve/veya görev almış kadın bireyler oluşturmaktadır. Kartopu örnekleme yöntemiyle yedi kişiye ulaşılmıştır verilerde satürasyona ulaşılması nedeniyle (görüşmelerde yeni cevap gelmemesi nedeniyle) yeni görüşme yapılmamıştır. Çalışmada sosyodemografik sorular ve yarı yapılandırılmış soruları içeren soru formu kullanılmıştır. Görüşmeler niteliksel araştırmalar konusunda eğitim almış araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Görüşmeler ortalama 30-90 dakika sürmüştür. Altı katılımcıyla çevrimiçi, bir katılımcıyla ise yüz yüze görüşme yapılmıştır. Bütün katılımcılardan görüşmeler öncesi izin alınarak ses kaydı alınmış olup transkriptler oluşturulduktan sonra ses kayıtları silinmiştir. Görüşmeler atlas.ti programından yararlanılarak betimsel içerik analizine tabi tutulmuştur. Araştırma için etik kurul onayı alınmıştır.

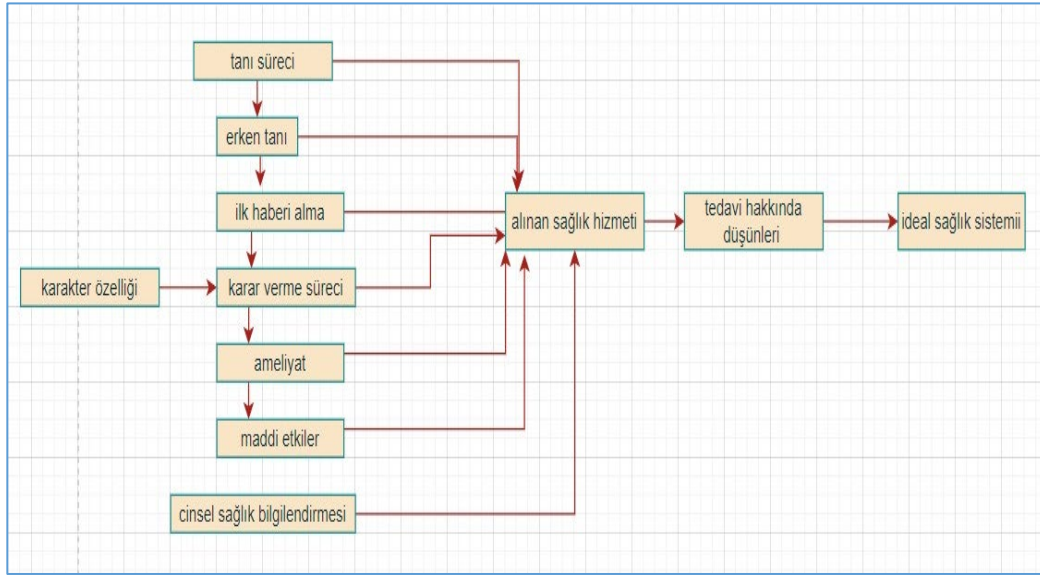
BULGULAR

Meme kanseri sebebiyle opere olan yedi katılımcıyla yapılan görüşmelerde, yarı yapılandırılmış soru formu öncesi katılımcılara sosyodemografik sorular yöneltilmiştir. Bu sorulara alınan yanıtlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Görüşmelere dayalı olarak belirlenen tema ve alt temalar ise Tablo 2'de yer almaktadır.

Katılımcı adı	Yaş	Eğitim düzeyi	Medeni durum	Kronik hastalık	Ameliyat Yılı
Katılımcı A	43	Lise	Evli	Yok	2020
Katılımcı B	35	Yükseköğretim	Bekar	Tiroid Kanseri	2014
Katılımcı C	67	Yükseköğretim	Evli	Yok	2002
Katılımcı D	49	Yükseköğretim	Evli	Servikal Distoni	2013
Katılımcı E	68	Yükseköğretim	Evli	Tiroid Kanseri	2002
Katılımcı F	54	Yükseköğretim	Evli	Yok	2013
Katılımcı G	71	Lise	Boşanmış	İskemik Kalp Hastalığı	2014

Tema	Alt Tema
Sağlık Sistemi	Alınan sağlık hizmeti Tanı süreci Tedavi süreci Maddi etkiler İdeal sağlık sistemi
Hastanın Deneyimi	Hisler Yaşam tarzı değişikliği Beden algısı Sosyal Çevre Hastalığın nedenine yönelik görüşler Kadınlara tavsiye

Tema 1: Sağlık Sistemi



Şekil 1: Sağlık Sistemi

Alt Tema 1: Alınan Sağlık Hizmeti

Hastalar aldıkları sağlık hizmetinden genel olarak memnun olmakla birlikte hastanelerin işleyişinden ve eksik bilgi aktarımdan memnun olmadıklarını belirttiler.

Hastalar arasında özel hastaneler ve devlet hastaneleri hakkında farklı görüşler bulunmaktaydı.

"...sürekli farklı bir doktora denk geliyordum mesela. Her defasında farklı şeyler söylüyorlardı. Bana biri böyle daha nasıl desem bilgiyi daha iyi aktarırken bir hiçbir şey söylemiyordu..." (Katılımcı B) diyerek her seferinde farklı doktora gitme durumundan rahatsızlığını belirtmiştir.

"...hastanelerimizin doktorları çok iyi ama yönetimleri iyi değil gittiğim bütün hastanelerde yönetilemiyor..." (Katılımcı C) diyerek doktorlardan memnuniyetini belirtirken hastanelerin işleyiş biçimini doğru bulmadığını eklemiştir.

"...öyle bir doktor ki karşında hasta değil sanki böyle bir yakını var, sanki bir ailesinden bir canı ciğeri yani bütün hastalarıyla o kadar ilgili alakalı bir doktor ki anlatamam size ..." (Katılımcı A) diyerek doktorunun kendisiyle olan iletişim ve tutumundan olan memnuniyetini aktarmıştır.

"...ben özel hastaneleri tercih etmem güvenmem çünkü..." (Katılımcı F) cevabıyla özel hastanelere karşı güvensizliğini belirtmiştir.

"... Ben her ay muayene ücreti ve tedavi ücreti para veriyorum. Elbette ki zorluyor. Yani ama C...’ya (Üniversite Hastanesi) gitmek istemiyorum. Çünkü o kadar beklemek istemiyorum. Kavga etmek istemiyorum..." (Katılımcı B) diyerek devlet hastanelerinde çok sıra beklemekten ve kalabalıktan duyduğu rahatsızlığa değinmiştir.

Alt Tema 2: Tanı Süreci

Hastaların bir kısmı ele gelen kitle şikâyetiyle bir kısmı da şikâyet olmadan tarama sürecinde tanı almıştır. Hastalar genel olarak tanı ve tedavi süreçlerinin hızlı ilerlemesinden memnuniyetlerini dile getirmişlerdir.

"...ultrason da çekildi hemen biyopsi yapıldı yani süreç o kadar hızlı ilerledi ki bu benim şansımı belki de 28 Nisan’da ameliyat oldum ben hemen yani 24 gün içinde beni her şeye hazırladılar..." (Katılımcı A) diyerek hasta tanı döneminin hızlı ilerlemesindeki memnuniyetini dile getirmiştir.

"...ilk böyle şey sandım regl dönemlerindeki şişme gibi bir şey zannettim ama biraz bekledim değildi..." (Katılımcı B) diyerek hasta ilk şüphesinin nasıl başladığını aktarmıştır.

"...fibrokistik bir meme yapım vardı hep kontrole gidiyordum zaten..." (Katılımcı E) diyerek hasta düzenli kontroller sırasında tanı aldığını belirtmiştir.

Alt Tema 3: Tedavi Süreci

Hastalar tedavi süreçlerini doktorların yönetmesini tercih etmişlerdir fakat bazı hastalar yeterince bilgilendirilmediklerini düşünmektedir. Hastaların bazıları kemoterapiye karşı endişelerini dile getirmişlerdir.

"...önce Allah'a sonra doktorlarımıza tıbbı inanarak ben kendimi teslim ettim tıp bilim dışı herhangi bir şeye hiç ilgi duymadım..." (Katılımcı G) diyerek tedavi sürecinde doktorlara olan güvenini dile getirmiştir.

"...kemoterapiyi alayım tamam da bu sefer aklıma gelecek o kemoterapi alanların hali böyle insanlar o manzarayı görmek bile beni rahatsız etmeye yetiyor..." (Katılımcı C) diyerek kemoterapi sürecinden çekincesini dile getirmiştir.

"...yeterince bilgilendirildiğimi düşünüyorum ama eksikler olduğunun da farkındayım daha da bilinçli ya da daha bir ayrıntılı şekilde de mesela ben kanserimi sorduğumda doktor bana ben görüyorum buradan senin bilmene gerek yok dememeli yani onun bana izahını yapabilmeli..." (Katılımcı A) diyerek hasta tedavisine dair detaylı bilgilendirme isteğinin doktorlar tarafından karşılanması gerektiğini belirtmiştir.

Alt Tema 4: Maddi Etkiler

Özel sigortası olan hastalar süreçten maddi olarak çok etkilenmemişken diğer hastalar kanser tedavisinin çok pahalı olduğunu belirtmişlerdir.

"...kansere demek zaten para demek..." (Katılımcı A) diyerek tedavi sürecinin pahalılığına dikkat çekmiştir.

"...maddi olarak etkilemedi diyebilirim çünkü benim özel sağlık sigortam vardı..."

(Katılımcı G) diyerek sağlık sigortası nedeniyle maddi olarak etkilenmediğini belirtmiştir.

Alt Tema 5: İdeal Sağlık Sistemi

Hastalar genel olarak ideal sağlık hizmetini çok beklenmeyen, sistematik ilerleyen, herkes tarafından kolay ulaşılabilir olarak tarif etmişler ve doktorları ile iyi bir iletişimde olmayı önemli görmüşlerdir.

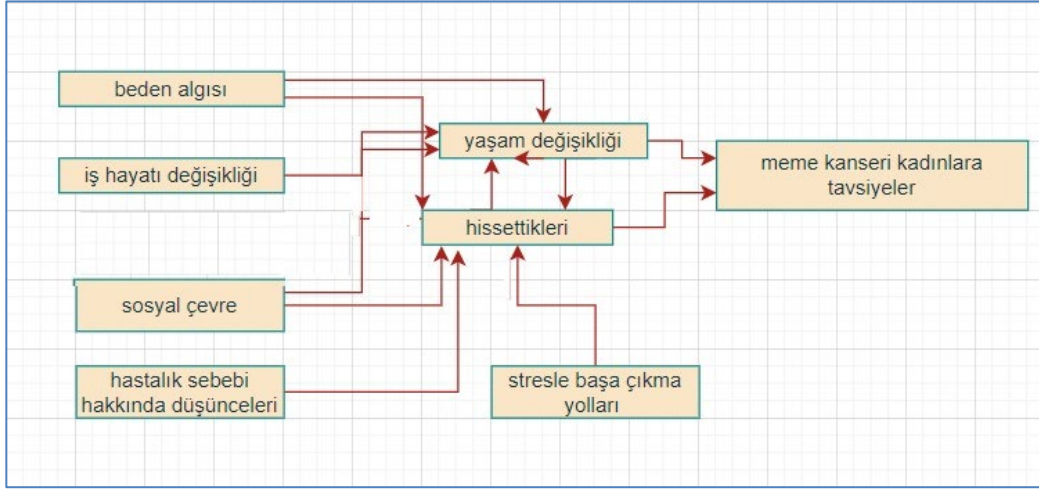
"...doktorumdan iyi bilgi almak benim için çok önemli ve sistem sistematik bir şekilde bir kurumda devam etmek yani yorulmadan devam etmek. Çünkü tedavi süreci zaten çok yorucu oluyor bir de birkaç yer gezince saatlerce bir tedavi için bekleyince ya da bir muayene için bekleyince ekstra yoruluyorsun..." (Katılımcı B) diyerek iyi bilgi almanın ve düzenli işleyen bir sağlık sisteminin önemini belirtmiştir.

"...gelir düzeyi iyi olmayan insanlara da tüm kadınlarımıza da ulaşılabilir olması..." (Katılımcı G) diyerek sağlık sisteminin herkes tarafından ulaşılacak ekonomik şartlarda olmasını gerektiğini anlatmıştır.

"...doktorumun telefonunun bende olmasının güveni var ya, her şeyi bırakın o bile çok önemlidir..." (Katılımcı F) diyerek doktorla kolay iletişim kurmanın hastada yarattığı güven etkisine dikkat çekmiştir.

"...bütün doktorların hastalarıyla gönül bağı kurmasını çok önemserim..." (Katılımcı F) diyerek doktorların hastalarla etkileşimlerine dair görüşünü aktarmıştır.

Tema 2: Hastanın Deneyimi



Şekil 2: Hastanın deneyimi

Alt Tema 1: Hisler

Hastalar genel olarak başlangıçta ölüm endişesi hissetmişler fakat sonrasında ne yapmaları gerektiğine odaklandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hastalardan birisi tekrarlama korkusundan bahsetmiştir.

"...ilk duyduğunuzda öleceğinizi düşünüyorsunuz ama ondan sonra teslim oluyorsunuz zaten ölümlüyüz öyle ya da böyle öleceğiz diye düşünüyorsunuz..." (Katılımcı E) diyerek ilk korkusunun zamanla kendini teslimiyet hissine bıraktığını ifade etmiş, ölümün de sürecin bir parçası olabileceğini düşündüğünü belirtmiştir.

"...başka bir yerinde bir şey olduğunda falan acaba oraya mı sıçradı falan diye aklına geliyor tabii insanın..." (Katılımcı D) diyerek tekrarlama korkusunu belirtmiştir.

"...kanser deyince kemoterapi geliyor gözümün önüne kemoterapi alan hastaların çığlıkları geliyor sonunda ölüm geliyor yani benim tanıdığım kanserli hastaların sonu hep ölümle bitti..." (Katılımcı C) diyerek kemoterapi sürecinin kendisinde yarattığı etki ve hisleri anlatmıştır. Ayrıca kanser kelimesini ölümle ilişkilendirmiştir.

Alt Tema 2: Yaşam Tarzı Değişikliği

Hastaların çoğu hayatlarında büyük değişiklikler olduğunu belirtmekle beraber eski hayatına geri döndüğünü söyleyen hastalar da olmuştur. Ayrıca hastaların bir kısmı hayata bakış açılarının değiştiğini belirtmiştir.

"...hepimizin hayatında bizi en mutlu eden şeyler çok yalın şeyler bazen bir çimende sandviç yemek, bir kedi sevmek, başınızdın okşandığını hissetmek. Bunu bana gösterdi ve ben başladığıma şükrettim..." (Katılımcı F) diyerek bakış açısının olumlu yönde değiştiğini hayatın her anında kendisine mutluluk veren şeyler gördüğünü belirtmiştir.

"...olmaz olur mu yani gerçekten çok kötü besleniyormuşuz. Hani öncesi sonrası yaparsak öncesi bir felaketmiş sonrası güzelleşmiş diyeyim..." (Katılımcı A) diyerek bakış açısının olumlu yönde değiştiğini, hayat tarzını, beslenmesini olumlu yönde değiştirdiğini belirtmiştir.

"...hayatımdan bir altı ay aldı ama ondan sonra şükürler olsun normal hayatıma döndüm..." (Katılımcı G) diyerek hayatının sadece altı aylık bir bölümünün etkilendiğini sonrasında normal hayatına devam edebildiğini belirtmiştir.

"...terfi de almış olmuştum ama ben eskisi gibi hissetmiyordum, yani evet sevdiğim işi yapıyorum. Yani tuhaf geldi açıkçası ben o kadar şey yaşadım burada ne yapıyorum filan. Böyle yani biz gömlek firmasıydı ve hani bir tane gömlek için böyle bir sürü mesai harcıyoruz. Yani önemsiz geliyordu bana açıkçası..." (Katılımcı B)

diyerek hayata ve işine karşı bakış açısının değiştiğini belirtmiştir. Eski işini ve harcadığı vakti önemsiz olarak tanımlamıştır.

"...hayatım değişti. Hayatı algılama biçimim değişti..." (Katılımcı F) hayatı algılama şeklinde büyük değişiklikler olduğunu belirtmiştir.

Alt Tema 3: Beden Algısı

Beden algısı konusunda hastaların bir kısmı aynaya bakmaktan çekinirken bazıları ise bunun daha özel, kendilerine has olduğunu düşünmüştür.

"...hiç aynaya bakmadım..." (Katılımcı C) diyerek ameliyat sonrası süreçte yaşadığı zorluğa dikkat çekmiştir.

"...beden algım değişti en başta yani çok zor alıştım ben, yeni vücudumun yeni haline çok çok zor alıştım..." (Katılımcı B) diyerek yeni görünümüne alışmanın çok zor olduğunu belirtmiştir.

"...bazen acaba meme ucu yaptırma mıydım acaba diyorum ya da böyle de seviyorum. Hani daha böyle unique geliyor artık farklı olması da hoşuma gidiyor biraz karmaşık..." (Katılımcı B) diyerek ameliyat sonrasındaki süreçte bedeninin kendisine farklı ve özel gelmeye başladığını belirtmiştir.

Alt Tema 4: Sosyal Çevre

Hastaların büyük çoğunluğu kendilerine hastalık öncesi nasıl davranılıyorsa aynı şekilde devam etmesini istemişlerdir. Büyük çoğunluğu çok ilgiden rahatsız olmuşlardır.

"...kanser böyle hani normal hayatımız devam ediyormuş da bu da hayatın içine dahil olan bir durummuş gibi davrandı ailem. Ben de o yüzden kendimi çok rahat hissettim..." (Katılımcı B) diyerek hastalık sürecinde hayatın normal akışında devam etmesi gerektiğini ve bu şekilde kendisini daha iyi hissettiğini belirtmiştir.

"...ben mesela bu süreçten sonra birçok arkadaşımı birçok yakınımı sildim..." (Katılımcı A) diyerek bu süreçte beklentisi olan insanlara karşı hayal kırıklığını anlatmak istemiştir.

"...yani bana moral demeyin, yani bana anormal davranmayın..." (Katılımcı F) diyerek insanların kendisine normal zamanda nasıl davranıyorlarsa hastalık sürecinde de öyle davranmaları gerektiğini, farklı davranışlardan rahatsızlık duyduğunu belirtmiştir.

"...normal akışta devam etmesini tercih ederim çünkü benim iş yerinden ayrılma sebeplerinden bir tanesi de buydu..." (Katılımcı B) diyerek hastalık öncesi hayatlarının akışında yaşamak istediğini belirtmiştir. Katılımcı kanser sonrası iş arkadaşlarının kendisine yaklaşımdan rahatsızlık duymuş ve bu sebeple işinden istifa ettiğini de ifade etmiştir.

"...gelen giden var gelmeyin dedim gelmeyin n'olur bana gelmeyin bana geçmiş olsun demeyin bana gözükmeyin..." (Katılımcı C) diyerek bu süreçte toplumda hasta ziyareti olarak bilinen etkileşimden rahatsızlığını dile getirmiş ve insanlarla görüşmek istemediğini belirtmiştir.

Alt Tema 5: Hastalığın Nedenine Yönelik Görüşler

Hastaların hepsi hastalıklarının ana kaynağının stres olduğunu düşünmekteydi. Yaşadıkları üzücü olaylarla kanseri ilişkilendirmişlerdi.

"...bazı olumsuz şeyler yaşadım ve tetikleyici olduğundan çok eminim..." (Katılımcı A) diyerek kanserinin sebebinin yaşadığı olumsuz süreç olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

"...yani stres, travma. O yani daha çok bence psikolojik etkenler..." (Katılımcı B) diyerek psikolojik etkenlerin bu hastalığa sebep olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

Alt Tema 6: Kadınlara Tavsiye

Hastaların büyük çoğunluğu psikolojik destek alınmasını tavsiye etmiş ve erken tanının önemine değinmişlerdir. Ayrıca süreçte güçlü olmalarını tavsiye etmişlerdir.

"...hani o kanser bir etiket oluyor ya o etikete yer vermeden hayatı rutininde devam ettirebilmelerini

söylerim..." (Katılımcı B) diyerek stigmatın olumsuz etkisine dikkat çekmiştir.

"...Daima ve daima kontrollerini yaptırılmalarını 40 yaşından sonra mamografilerini..." (Katılımcı G) diyerek düzenli kontrollerin yapılmasını tavsiye etmiştir.

"...öncelikle psikolojik destek almalarını söylerim..." (Katılımcı B) diyerek psikolojik desteğin bu süreçteki önemini belirtmiştir.

"...Benim yaptığım gibi yapmasınlar etrafıma kuvvetliyim demesinler yoruyor ama etrafa ah vah ben kanser oldum öldüm bittim benimle ilgilenin diye naz da yapmasınlar..." (Katılımcı C) diyerek hastalık sürecinde güçlü ve güçsüz görünmeye çalışılmaması gerektiğini belirtmiştir.

TARTIŞMA

Literatürde çoğunlukla kanser tedavisine yönelik araştırmalar bulunmaktadır ancak meme kanserinin nasıl algılandığına yönelik çalışmalar sınırlıdır. Hasta bakış açısının hastalık sürecinde dikkate alınmasının klinik sonuçlarda, semptom yönetiminde, kaynak kullanımında ve hastaların tedaviye uyumun artırılmasında yararlı olduğu gösterilmiştir (12). Bu araştırmada da meme kanseri nedeniyle opere olan bireylerin yaşamış oldukları sürece dair duygu, düşünce ve deneyimlerini inceleyerek hastalığın tedavi sürecini hasta bakış açısıyla ele almayı amaçladık.

DSÖ 2021 yılında Meme kanseri mortalitesini düşürmek amacıyla 'DSÖ Küresel Meme Kanseri Girişimi'ni (GBCI) yayımlamıştır (13). Bu sayede dünyada 2040 yılına kadar 2,5 milyon ölümü engellemeyi hedeflemektedir. Hedefine ulaşmak için belirlediği üç aşama; erken tanı için sağlık desteği, zamanında tanı ve kapsamlı meme kanseri yönetimidir (13).

İlk aşamada tanıların % 60'ının evre 1 veya 2 olması hedeflenmektedir (13). Halk sağlığı çalışmaları ile farkındalığı arttırarak hastalar daha şikayetleri olmadan tarama programlarına alınmalıdır (13). Çalışmamızda da katılımcılar erken tanının üzerinde durmuş ve diğer kadınlara düzenli tarama yaptırılmalarını önermişti. Erken tanı alan hastaların tedavi sürecinden daha memnun olduğu kemoterapi almadıkları ve daha az sıkıntıyla süreci tamamladıkları gözlenmiştir.

İkinci aşama olarak belirlenen zamanında tanı, hastaların ilk şüpheden itibaren 60 gün içinde kesin tanı almalarını hedeflemektedir (13). Çalışmamıza katılan kadınların hepsi sürecin hızlı ilerlediğini ifade etmiş ve bundan memnuniyetlerini dile getirmişlerdir.

Son aşamada DSÖ bütüncül bir tedavi programı önermekte hastaların % 80'inin sağlıklı bir şekilde tam tedaviyi tamamlamasını hedeflemektedir (13). Katılımcılarımız da aynı şekilde ideal bir sağlık sisteminin sistematik olması gerektiğini ifade etmişler, bazı katılımcılar gördükleri tedaviden memnun olduklarını söylerken bazı katılımcılar hastanelerin kalabalık olmasından, muayene süresinin kısalığından, eksik bilgilendirmeden, farklı branşlara gitmenin zorluğundan şikayet etmişlerdir. Fizik tedavi, psikolog ve diyetisyen ihtiyaçlarından bahsetmişler özellikle terapi almanın pozitif etkileri üzerinde durmuşlardır.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde yapılan benzer bir çalışmada dokuz kadın hastayla bireysel görüşmeler yapılmış (7). Sonuç olarak hastaların fiziksel sorunlar, cinsel zorluklar, sosyal stigma ve tekrarlamaya korkusu, beden imajında değişim sorunları yaşadıkları görülmüştür. Hastaların farklı baş etme stratejileri geliştirdikleri ve sağ kalımı ikinci bir şans olarak tanımladıkları görülmüştür (7). Bizim çalışmamızda da katılımcılarda benzer şekilde fiziksel zorluklar, cinsel sıkıntılar, sosyal stigma, tekrarlamaya korkusu ve beden imajında değişim sorunları görülmekle birlikte hastaların farklı baş etme yöntemleri de gözlenmiş, hastalar kanser sonrasındaki daha sağlıklı beslenme, spor yapma, küçük şeylerden mutlu olabilmek gibi pozitif hayat değişimlerini ifade etmişlerdir.

Araştırmamızda, bazı katılımcılar tarafından beden imajındaki değişimden bahsedilmiş fakat bunun hayat kısıtlılığına sebep olduğu belirtilmemiştir. İsveç'te yapılan bir araştırmada, beden imajı değişiminin kadınların

hayatını kısıtladığı, aile ve sağlık çalışanı desteğinin ve pozitif bakış açısının önemi ortaya konulmuştur (14). Bizim araştırmamızda katılımcılar İsveç'te yapılan çalışmanın aksine sosyal destek eksikliği hissetmediklerini, gördükleri destekten duydukları memnuniyeti dile getirmişlerdir. Kültürel farklılıklar sosyal destek konusunda farklı yaklaşımlara sebep olmuş olabilir. Çalışmamızda bazı katılımcılar fazla ilgiden rahatsız olduklarını, kendilerine acınmasını istemediklerini söylemişlerdir. Bu bulgumuz İsveç'te yapılan araştırma ile de benzerlik göstermektedir (14). Hastalar yaşamın değerli olduğu düşüncesinden hareketle hayata iyi yönünden bakma ve mevcut hastalık durumlarını kabullenme davranışı göstermişlerdir.

Avustralya'da yapılan benzer bir çalışmada (15); tedavinin fiziksel etkileri, tekrarlama korkusu, fayda görme ve geleceğe bakış açısı alt temaları bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir ancak bizim araştırmamızda menopoza erken girme, libido kaybı, çekici hissetmemeye yönelik bir bulgu bulunmamaktadır.

Hastaların tamamı kansere stresin ve üzüntülerin sebep olduğunu düşünmektedir. İş stresi ve kanser ilişkisi hakkındaki bir meta-analizde; 116.000 katılımcı incelendiğinde iş stresi ve kolorektal, akciğer, meme ve prostat kanserleri arasında ilişki bulunamamıştır (16). Fakat düşük stres seviyesinin psikososyal iyilik halini arttıracak eklenmiştir (16). Benzer biçimde literatürde incelenen birkaç çalışmada da meme kanseri ve stres arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (17, 18).

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Görüşmelerin tamamının yüz yüze yapılamaması sebebi ile gözlem yapılmada yetersiz kalınması.

Katılımcıların Sivil Toplum Kuruluşları ile bağlantısı olması nedeniyle meme kanseri konusunda eğitim almış, daha bilinçli olması bias oluşturmuş olabilir. Benzer biçimde hafıza faktörü nedeniyle recall bias oluşmuş olabilir.

Katılımcıların çoğunun özel sağlık hizmetinden yararlanması nedeniyle devlet hastanesinden hizmet alan bireyleri yansıtırma oranı kısıtlıdır.

Çalışma bir ön çalışmadır.

06.02.2023'te meydana gelen deprem sebebiyle ülkemizdeki insanlarda panik ve karamsar duygu durum bozukluklarının bulunması.

Hastaların karşısındaki kişinin doktor olduğunun farkında olması sebebiyle bazı konularda yorum yaparken yanlış bir bilgi verebileceğinden çekimsiz kalmak istemesi.

SONUÇ

Meme kanseri tanı ve tedavi süreci hastalar için fiziksel, psikolojik ve maddi yönlerden zorlayıcı olabilmektedir. Muayene sürelerinin yeterli olması, gerekli bilgilendirmelerin yapılması hastanın tedaviye güvenini arttırarak hastalıklarına yönelik endişelerini azaltabilir ve hastaların tedavi uyumlarını kolaylaştırabilir.

Multidisipliner bir yaklaşımla hastanın ihtiyacına göre gerekli sağlık çalışanına erişimi kolaylaştırılmalıdır. Farklı tıbbi branşlar, psikolog, fizik tedavi ve diyetisyen ihtiyacı sorgulanmalı ve yönlendirilmelidir. Çalışmamızdaki katılımcılar psikolojik destek görmenin faydasını ifade etmişlerdir.

Sosyal destek iyileşme sürecinde önemli bir yer kaplamaktadır fakat bazı yaklaşımlar hastaları rahatsız etmektedir. Biz bu süreçte hasta yakınlarının da süreç ve hasta psikolojisi hakkında bilgilendirilmesini önermekteyiz. Bu yaklaşım hastanın tedavi uyumunu ve duygu durumunu pozitif yönde etkileyebilir.

TEŞEKKÜR

Araştırma sırasında bize destek olan Prof. Dr. Ayşe Nilüfer Özyayın'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Zhang YN, Xia KR, Li CY, Wei BL, Zhang B. Review of Breast Cancer Pathological Image Processing. *Biomed Res Int* 2021; 2021:1994764. doi: 10.1155/2021/1994764. eCollection 2021.
2. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G. Breast cancer. *Lancet* 2005; 365 (9472): 1727-1741.
3. Meme Kanseri. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2023. Erişim: (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanserturleri/memekanseri.html>).
4. Cancer. World Health Organization 2022. Erişim: (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>).
5. Fann JC, Chang KJ, Hsu CY, Yen AM, Yu CP, Chen SL, et al. Impact of Overdiagnosis on Long-Term Breast Cancer Survival. *Cancers (Basel)* 2019; 11 (3): 325.
6. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA Cancer J Clin* 2016; 66 (1): 43-73.
7. İzgü N. Meme Kanseri Tedavisini Tamamlamış Bireylerin Tedavi Sonrası Döneme İlişkin Deneyimleri: Tanımlayıcı Fenomenolojik Bir Araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2020; 12 (3): 385-396.
8. Karakartal D. Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi* 2019; 4 (9): 48-62.
9. Chemotherapy, Radiotherapy and Surgical Tumour Resections in England. National Cancer Registration and Analysis Service 2023. Erişim: (http://www.ncin.org.uk/cancer_type_and_topic_specific_work/topic_specific_work/main_cancer_treatments).
10. Sukartini T, Permata Sari Y. Women with breast cancer living with one breast after a mastectomy. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 2021; 12 (2): 366-375.
11. Özkan S, Alçalar N. Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009; 5 (2): 60-64.
12. Sharma R, Shulman LN, James T. The future of quality improvement in breast cancer: Patient-reported outcomes. SAGE Publications Sage CA, Los Angeles CA 2017: 469-471.
13. The Global Breast Cancer Initiative (GBCI). World Health Organization 2022. Erişim: (<https://www.who.int/publications/m/item/the-global-breast-cancer-initiative-gbci>).
14. Lundberg PC, Phoosuwan N. Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing* 2022; 57:102116. doi: 10.1016/j.ejon.2022.102116. Epub 2022.
15. Oxlad M, Wade TD, Hallsworth L, Koczwara B. "I'm living with a chronic illness, not... dying with cancer": A qualitative study of Australian women's self-identified concerns and needs following primary treatment for breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 2008; 17 (2): 157-166.
16. Heikkilä K, Nyberg ST, Theorell T, Fransson EI, Alfredsson L, Björner JB, et al. Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5700 incident cancer events in 116,000 European men and women. *BMJ* 2013; 346:f165.
17. Butow P, Price M, Coll J, Tucker K, Meiser B, Milne R, et al. Does stress increase risk of breast cancer? A 15-year prospective study. *Psychooncology*. 2018; 27 (8): 1908-1914.
18. Schoemaker MJ, Jones ME, Wright LB, Griffin J, McFadden E, Ashworth A, et al. Psychological stress, adverse life events and breast cancer incidence: A cohort investigation in 106,000 women in the United Kingdom. *Breast Cancer Res* 2016; 18 (1): 72.

Mental Hastalığı Olan Bireylere Karşı Klinisyenlerin (Tıp Öğrencileri) Tutum Ölçeğinin (MICA 2) Türkçe Versiyonu Psikometrik Özellikleri

Psychometric Properties of the Turkish Version of the Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (Medical Student Version)(MICA 2)

Murat AKSU^a, Semra AY^b

Özet:

Amaç: Bu çalışma, MICA 2 ölçeğinin Türk tıp fakültesi öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliğini sınamak amacıyla yapıldı. Gereç ve Yöntem: Metodolojik olarak gerçekleştirilen bu araştırmanın örneklemini psikiyatri staj eğitimi almış/ alan (n=185) Türk tıp fakültesi öğrenciden oluştu. Veriler Sosyodemografik Bilgi Formu ve MICA 2 anketi ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve güvenilirlik için Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. Ölçeğin geçerliliği sınamak için yapı geçerliliği, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi ile yapıldı. Bulgular: MICA 2 ölçeğinin ortalama (\pm standart sapma) toplam puanı $45,23 \pm 9,11$ olarak elde edildi. Ölçeğin tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı MICA 2 için 0,739 olarak belirlendi. Türk tıp fakültesi öğrencileri için MICA ölçeğine ilişkin uyum indisleri CFI=0,955, RMSEA=0,039, TLI=0,944, GFI=0,925, IFI=0,957 olup ölçeğin iyi uyum değerlerine sahip olduğu söylenebilir. Sonuç: Bu çalışmada Mental Hastalığı Olan Bireylere Karşı Klinisyenlerin/ Öğrencilerin Tutumları (MICA 2) Ölçeği Türkçe versiyonunun Türk tıp fakültesi öğrencileri için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Damgalama/ stigma; tıp fakültesi öğrencisi; MICA 2; psikometrik özellikler; geçerlik; güvenilirlik

Abstract:

Objective: This study was conducted to test the validity and reliability of the MICA 2 scale for Turkish medical school students.

Material and Method: The sample of this methodologically conducted study consisted of Turkish medical faculty students (n=185) who had/have received psychiatry internship training. Data were collected with the Sociodemographic Information Form and the MICA 2 questionnaire. Cronbach's alpha coefficient was used for descriptive statistics and reliability in the analysis of the data. Construct validity, exploratory factor analysis, and confirmatory factor analysis were used to test the validity of the scale.

Results: The mean (\pm standard deviation) total score of the MICA 2 scale was 45.23 ± 9.11 . The Cronbach's alpha coefficient, which shows the internal consistency of the scale, was determined as 0.739 for MICA 2. The fit indices of the MICA scale for Turkish medical school students are CFI=0.955, RMSEA=0.039, TLI=0.944, GFI=0.925, and IFI=0.957, and it can be said that the scale has good fit values.

Conclusion: In this study, it was determined that the Turkish version of the Attitudes of Clinicians/ Students towards Individuals with Mental Disease (MICA 2) Scale is a valid and reliable scale for Turkish medical school students.

Keywords: Stigma; medical student; MICA 2; psychometric properties; validity; reliability

^a Doktor Öğretim Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Etik Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye ✉murataksumd@gmail.com ORCID: 0000-0002-4877-6

^b Prof. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Manisa, Türkiye ✉aysemra@windowlive.com ORCID:0000-0002-2062-8319

Gönderim Tarihi: 13 Haziran 2023 • Kabul Tarihi: 23 Haziran 2023

GİRİŞ

Mental sağlık bozuklukları dünyada yaygın görülen bir halk sağlığı sorunudur ve küresel yükü giderek artmaktadır. Bu hastalıklar bireylerin yaşam kalitelerinin yanı sıra üretkenlik, topluma ve ekonomiye katkılarını etkileyerek, refah seviyesi düzeyinde zincirleme olumsuz bir sonuç yaratmaktadır (1).

Son yıllarda, mental sağlığın “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri” ne dahil edilmesiyle, küresel kalkınma hedeflerine ulaşmada oynadığı önemli rolün kabulü giderek artmaktadır. Önlenabilir fiziksel koşullar nedeniyle şiddetli mental sağlık sorunları olan insanlar diğer bireylere göre yirmi yıl kadar daha erken ölmektedir. Bazı ülkelerde kaydedilen ilerlemelere rağmen, mental hastalıkları olan kişiler sıklıkla ciddi insan hakları ihlalleri, ayrımcılık ve damgalanma ile karşı karşıya kalmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), damgalamayı “toplumda bir bireyin reddedilmesine, ayrımcılığa uğramasına ve toplumun bir dizi farklı alanına katılmaktan dışlanmasına neden olan bir utanç, itibarsızlaştırma veya onaylanmama işareti” olarak tanımlamıştır (2,3).

Damgalama (stigma); sosyal, ekonomik veya politik gücün sosyal grubun üyelerinin zararına kullanıldığı, bir bağlamda etiketleme, ayırma, klişe onaylama, önyargı ve ayrımcılığı içeren bir süreçtir (4). Mental hastalığa yönelik damgalama (MHD), mental hastalığı nedeniyle bireye karşı olumsuz tutum gösterilmesidir. Ayrımcılık ise akıl hastalığı nedeniyle biriye olumsuz davranış sergilenmesidir. Damgalama ve ayrımcılık, zihinsel sağlık sorunlarını daha da kötüleştirebilir ve bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık bakım hizmetlerine ulaşımını engelleyebilir ve hatta bu hastalarda ölüm oranlarını artırdığı bildirilmiştir (5, 6). Damgalama, zihinsel bir bozukluktan mustarip olanlar ve onlarla ilişkili herkes için bir ayrımcılık ve sosyal dışlanma kısır döngüsü yaratır. Damgalanmanın sonuçları, işsizlik, barınma eksikliği, azalan özgüven ve zayıf sosyal destek gibi iyileşmenin önündeki kısıtlayıcı faktörler olabilir. Bundan dolayı da uzun dönemde prognozu etkileyebilir ve engelliliğe yol açabilir. Bu toplum sağlığını tehdit eden ve etik alanında tartışma yaratan çok boyutlu bir sorun kümesidir (7).

Damgalanma ve ayrımcılık, toplumun değerlerini yansıtan sosyal bir yapı olarak sağlık kurumlarında bile, mental hastalığı olan kişiler tarafından yaygın olarak yaşanmaktadır. Birçok çalışmada, sağlık profesyonellerinde akıl hastalığı olan kişilere yönelik damgalanma ve ayrımcılık pratiğinin olduğu gösterilmiştir. Benzer durum geleceğin sağlık sunucuları olacak tıp fakültesi öğrencilerinde de görülmektedir (3, 8). Konuyla ilgili Türkiye’den yapılan çalışmalarda da benzer olarak, tıp fakültesi öğrencilerinde cinsiyet, eğitim düzeyi, akıl hastalıkları öyküsü olması ve aile bireyinde akıl hastalığı olma durumuna göre değişen oranlarda akıl hastalıklarına karşı damgalama tutumu gösterilmiştir (9, 10).

Damgalama ve ayrımcılık tutumunu azaltmak amacıyla gerek toplum gerekse sağlık profesyonellerine yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin akıl hastalarına yönelik damgalama tutumlarını değiştirmeyi amaçlayan müdahalelerin bu hastaların gelecekte alacağı tedavi ve sağlık bakım hizmetlerinde ilerleme sağlayacağı öngörülmektedir (11). Yapılan çalışmalarda öğrencilerin tıp fakültesi eğitim süreçlerinde yaşadıkları deneyimin damgalamaya karşı bakışta farklı sonuçlara yol açtığı tespit edilmiştir. Tıp fakültesi eğitim sürecinde damgalayama karşı yapılan özel müdahale amaçlı eğitim programlarının gerekli olduğu düşüncesi ağırlık kazanmıştır.

Tıp fakültesi eğitim programlarında bu konuya yönelik bir müfredat gereksiniminin ortaya konulması için standart ölçeklerle durum değerlendirilmesi gerekmektedir. Literatürde bu amaca yönelik olarak Kassam ve ark. (2010) tarafından geliştirilmiş Mental Hastalık: Klinisyenlerin Tutum Ölçeği (Tıp öğrencisi versiyonu)/Mental Illness: Clinicians’ Attitudes Scale (Medical student version)-MICA 2 ölçeği bulunmaktadır (8). Bu ölçek ile mental hastalığı olan kişilerle ilgili kamu algıları ve hizmet sağlayıcıların tutumları, ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin iyileşmesi, tıp eğitimi ve uygulamasında psikiyatri ile ilgili algılar ve pratisyen hekimler arasında akıl hastalığına ilişkin tanısız gölgeleme değerlendirilmiştir (12). Farklı kültürlerle yönelik yapılan çalışmalarda MICA 2 ölçeğinin tıp fakültesi öğrencilerine yönelik eğitim müdahale araştırmalarında kullanıldığı tespit edilmiştir (13, 14, 15, 16).

Literatürde Türkiye’de tıp eğitiminde mental hastalıklara yönelik tutumları ölçen objektif bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Bu nedenle Türkiye’de tıp eğitiminde mental hastalıklara yönelik tutumları ölçen objektif bir ölçüm aracına gereksinim vardır. Dolayısıyla MICA 2 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile Türkiye’deki tıp fakültesi öğrencilerinin psikiyatri hastalarına ve hastalıklarına yönelik tutumlarını belirlemede ve ileriki dönemde yapılacak eğitim müdahale çalışmalarına katkı sağlanması beklenmektedir.

Bu araştırmanın amacı Mental Hastalık: Klinisyenlerin Tutum Ölçeği (Tıp öğrencisi versiyonu)/Mental Illness: Clinicians’ Attitudes Scale (Medical student version)-MICA 2 ölçeğinin Tıp Fakültesi öğrencileri için Türkçe versiyonunun yapı geçerliliğini ve güvenilirliğini sınamaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma metodolojik tiptedir

Örneklem

Ölçek uyarlama çalışmalarında, çalışmada bulunması gereken kişi sayısının, örneklem sayısının ölçekte bulunan madde sayısının beş ya da on katı olması önerildiğinden bu çalışma için olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak 160 gönüllü birey seçilmiştir. Çalışmanın dahil edilme kriterleri; kişilerin, 18 yaş ve üzerinde, tıp fakültesi öğrencisi ve psikiyatri servisinde staj yapmış/yapıyor olmasıdır.

Mayıs-Haziran 2019 tarihleri arasında İstanbul Aydın Üniversitesi’ndeki tüm 5. ve 6. sınıf tıp öğrencilerine (N=200) online anket gönderilmiştir. 185 öğrenci ankete yanıt verdi, yanıt oranı %92,5 oranında gerçekleşti. Tıp fakültesi eğitim programının ilk 3 yılı klinik öncesi ve son 3 yılı klinik yıl olmak üzere 6 yıldan oluşur. Psikiyatri rotasyonları eğitimin beşinci yılında 4 haftalık bir süre boyunca yapılır. Bu, birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin herhangi bir resmi psikiyatri eğitimi almayacağı, beşinci ve altıncı yılların ise psikiyatriye klinik olarak maruz kalacağı anlamına gelir.

Veri Toplama Araçları

Katılımcılara ilişkin sosyo-demografik bilgiler ile birlikte Mental Hastalık: Klinisyenlerin Tutum Ölçeği (Tıp öğrencisi versiyonu)/Mental Illness: Clinicians’ Attitudes Scale (Medical student version)-MICA 2 Türkçe versiyonuna verdikleri cevaplar elde edilmiştir. Araştırma örneklemine giren bireylere, araştırmanın amacı, önemi konusunda yazılı bilgi verilerek aydınlatılmış onamları alındı. Veri formlarının uygulama süresi yaklaşık 10-15 dakika olup, her bir katılımcı anket formunu kendisi (self-reported) yanıtladı.

Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, sınıf, psikiyatri stajı görme durumu gibi sorular yer almaktadır.

Mental Hastalık: Klinisyenlerin Tutumları Ölçeği (Tıp Öğrencisi Sürümü) (MICA 2)

Mental Hastalık: Klinisyenlerin Tutumları Ölçeği (Tıp Öğrencisi Sürümü) (MICA 2), tıp öğrencilerinin akıl hastalığı olan kişilere karşı tutumlarını değerlendirmek için tasarlanmış, Kassam ve ark. (2010) tarafından geliştirilen 16 maddelik bir ölçektir. MICA 2 ölçeği Likert tipi (1–6) olup, 1 = kuvvetle katılıyorum, 2 = katılıyorum, 3 = biraz katılıyorum, 4 = biraz katılmıyorum, 5 = katılmıyorum ve 6 = şiddetle katılmıyorum şeklinde yanıt gerektirir. Ölçeğin, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 15. maddeler ters şekilde puanlanmaktadır. MICA 2 ölçeğinde alınabilecek minimum puan 16 ve maksimum 96’dır. MICA 2 ölçeğin değerlendirilmesinde bir kişinin ortalama puanı maddelerin toplam puan ortalamasıdır. Ölçeğin ortalama puanının yüksek olması, daha olumsuz (damgalayıcı) bir tutum olduğunu göstermektedir (8).

Etik Kurul İzni

“Mental Hastalık: Klinisyenlerin Tutumları Ölçeği (Tıp Öğrencisi Sürümü) (MICA 2)” ölçeği, King’s College London Psikiyatri Enstitüsü Sağlık Hizmetleri ve Nüfus Etütleri Birimi’nde geliştirilmiştir. Ölçeğin kullanım izni Prof. Dr. Graham Thornicroft’dan e posta yolu ile uygulama izni alınmıştır. Araştırmanın etik kurul

onayı İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (Karar tarihi:19.06.2019, Karar numarası: 2019/131). Katılımcıların araştırmanın amacı ve önemi hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Ölçeğin geçerliliğinin değerlendirilmesinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirliğin değerlendirilmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. Ölçekteki maddeler için tanımlayıcı istatistik olarak ortalama \pm standart sapma verilmiştir.

Verilere önce Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçümü ve Bartlett'in küresellik testi (BTS) uygulandı. Veri setinin özelliklerinin açıklayıcı faktör analizine (AFA) uygun olmasını sağlamak için faktör çıkarımı yapılmıştır.

Çalışmada elde edilen veri setinde açıklayıcı faktör analizi için SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve doğrulayıcı faktör analizi için Amos (Version 24.0) paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Veri Toplama Araçlarının Geçerlik Ve Güvenirliği

Ölçeğin geçerliğini test etmek için, dil eşdeğerliği, içerik geçerliği ve yapı geçerliliği; açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Ölçeklerin güvenilirliğini belirlemede, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ve madde toplam puan analizi yapıldı. Yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi yapıldı.

Dil Eşdeğerliğine Yönelik Çalışmalar

MICA 2 ölçeğinin dil geçerliliğini sağlayabilmek için çeviri-geri çeviri yöntemi uygulandı.

Güvenilirlik Analizi

Maddeler ilişkilendirilebilirliği için, Cronbach alfa katsayısı, iç tutarlılığın bir ölçüsü olarak hesaplandı. Cronbach alfa katsayısı için 0,6-0,7 arasındaki değerler kabul edilebilirken, 0,7'den büyük değerler iyidir.

Ayrıca her bir madde için "eğer madde silinmişse Cronbach alfa değerleri" hesaplanmıştır. Öğe silinmişse, sorunlu olmayan öge ölçütü olarak alfa değerlerinin boyutun genel alfa değerinden düşük olması beklenir.

Geçerlik Analizleri

Geçerlilik analizlerinde, temel olarak yapı geçerliği dikkate alınır ve açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile test edilir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında genellikle önce açıklayıcı faktör analizi uygulanarak ölçeğe ilişkin faktör yapısının ortaya konması hedeflenir. Bu çalışma kapsamında temel bileşenler yöntemi kullanılarak faktörler elde edilmiştir. Uygun faktör sayısı, özdeğerinin birden büyük olması kriteri esas alınarak belirlenmiştir. Faktör sayısında herhangi bir kısıtlama olmadan özdeğeri 1'den büyük olan faktörler önemli olarak kabul edilmiştir. Varimax faktör döndürme yöntemi kullanılarak ortak faktör oluşturulmasında katkıda bulunan değişkenler daha belirgin hale getirilmiştir (17). Yüzde kırk üzeri varyans oranları faktör analizinde ideal olarak kabul edilmiştir (18).

Açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen faktör yapısının varsayımsal ya da kuramsal faktör yapısına uygunluğunun değerlendirilmesi için Doğrulayıcı Faktör Analizi kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde, ölçeğin faktör yapısını gösteren faktör sayısı belirlenir. Doğrulayıcı faktör analizinde ise faktör sayısı önsel olarak bilinir ve bilinen bu yapıya uygunluk test edilir (19, 20).

Doğrulayıcı faktör analizleri için ki-kare/ serbestlik derecesi (χ^2/df), yaklaşımın hata kareler ortalamasının karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), iyilik uyum indeksi (Goodness of Fit Index, GFI), standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR) karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index, CFI), fazlalık uyum indeksi (Incremental Fit Index, IFI), uyum indeksleri kullanıldı (Tablo 4). Tüm istatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi $p > 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmada yer alan öğrencilerin %55,7'si kadın, yaş ortalaması 23,76±1,08 (min.: 20-max.: 27) yıldır. Bu çalışmada, ölçeğinin toplam puanı 45,23±9,11 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Mental Hastalık: Klinisyenlerin Tutum Ölçeği MICA 2 tanımlayıcı istatistikler (n=185)

MICA 2 Maddeler	Min.-Max.	Median	Mean±SD
1. *Psikiyatri hakkında sadece sınav nedeniyle bir şeyler öğrenirim ve konu üzerine ek okuma yapmak için kendimi yormam.	1-6	2,0	2.51±1.22
2. *Ağır bir akıl hastalığına sahip olan insanlar, asla iyi bir yaşam kalitesine sahip olacak kadar iyileşemez.	1-6	3,0	2.87±1.22
3. Psikiyatri tıbbın diğer alanları kadar bilimsel bir alandır.	1-6	1,0	1.75±1.02
4. *Eğer akıl hastalığım olsaydı, bunu arkadaşlarıma asla açıklamazdım. Çünkü farklı muamele görmekten korkardım.	1-6	4,0	3.78±1.32
5. *Ağır akıl hastalığı olan kişiler, çoğu zaman tehlikelidirler.	1-6	3,0	3.19±1.24
6. *Psikiyatristler, bir akıl hastalığı nedeniyle tedavi edilen insanların yaşamları hakkında onların aile üyeleri veya arkadaşlarından daha fazla şey bilir.	1-6	5,0	3.55±1.39
7.*Eğer akıl hastalığım olsaydı, bunu asla iş arkadaşlarıma açıklamazdım. Çünkü farklı muamele görmekten korkardım.	1-6	4,0	4.20±1.31
8. *Psikiyatrist olmak, gerçek anlamda bir doktor olmaya benzemez.	1-6	2,0	2.16±1.25
9. Eğer kıdemli bir psikiyatrist bana akıl hastalığı olan insanlara saygısız bir şekilde davranma talimatı verirse, ben onun talimatlarını yerine getirmem.	1-6	2,0	1.95±1.28
10. Akıl hastalığı olan bir kişiyle konuşurken, kendimi fiziksel hastalığı olan biriyle konuşurken ki kadar rahat hissederim.	1-6	4,0	3.51±1.34
11. Akıl hastalığı olan bir kimseye sağlık hizmeti sunan herhangi bir doktorun, aynı zamanda bu hastaların fiziksel sağlığını değerlendirmesi de önemlidir.	1-6	1,0	2.47±1.33
12. Toplumun ağır bir akıl hastalığı olan insanlardan korunmasına gerek yoktur.	1-6	4,0	4.00 ±1.22
13. *Eğer akıl hastalığı olan bir kişi fiziksel belirtilerden (göğüs ağrısı gibi) yakınırsa, bunu akıl hastalığına atfederim.	1-6	2,0	2.44±1.17
14. *Pratisyen hekimlerin psikiyatrik semptomları olan kişiler için kapsamlı bir değerlendirmeyi tamamlaması beklenmemelidir, çünkü bu kişiler bir psikiyatriste yönlendirilebilir.	1-6	4,0	2.68±1.72
15. *Çalıştığım yerde gördüğüm akıl hastalığı olan kişileri tanımlarken "deli", "çatlak", "kaçık" gibi kelimeleri kullanırım.	1-6	1,0	1.54±0.84
16. Bir meslektaşımın bana akıl hastalığı olduğunu söylemesi durumunda, ben yine de onunla çalışmak isterim.	1-6	2,0	2.57±1.15
<i>MICA 2 toplam puan ortalaması (min.:16; max.:96)</i>	1-6	2,0	45.23±9.11

MICA 2, 1 (kesinlikle katılıyorum) ile 6 (katılmıyorum kesinlikle katılmıyorum) arasında değişen 6 puanlık bir ölçeğe dayanmaktadır.

*Madde 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 15 ters puanlanmıştır.

Cronbach alfa değeri 0,739 olarak belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. MICA 2 skorlarının güvenilirlik değerleri (n=185)

Madde Toplam İstatistikleri				
	Madde silindiğinde ortalamadaki değişim	Madde silindiğinde varyanstaki değişim	Madde bütün korelasyon katsayısı	Madde silindiğinde Cronbach alfa değeri
mica1	42.71	73.60	0.38	0.72
mica2	42.36	74.37	0.38	0.72
mica3	43.48	77.79	0.24	0.73
mica4	41.44	75.11	0.27	0.73
mica5	42.03	69.97	0.55	0.70
mica6	41.67	73.69	0.31	0.72
mica7	41.03	75.46	0.26	0.73
mica8	43.06	75.73	0.26	0.73
mica9	43.28	76.80	0.21	0.73
mica10	41.71	69.02	0.55	0.70
mica11	42.75	75.21	0.26	0.73
mica12	41.23	74.60	0.33	0.72
mica13	42.78	75.90	0.28	0.73
mica14	42.54	73.34	0.23	0.74
mica15	43.69	75.33	0.48	0.71
mica16	42.65	73.90	0.40	0.72

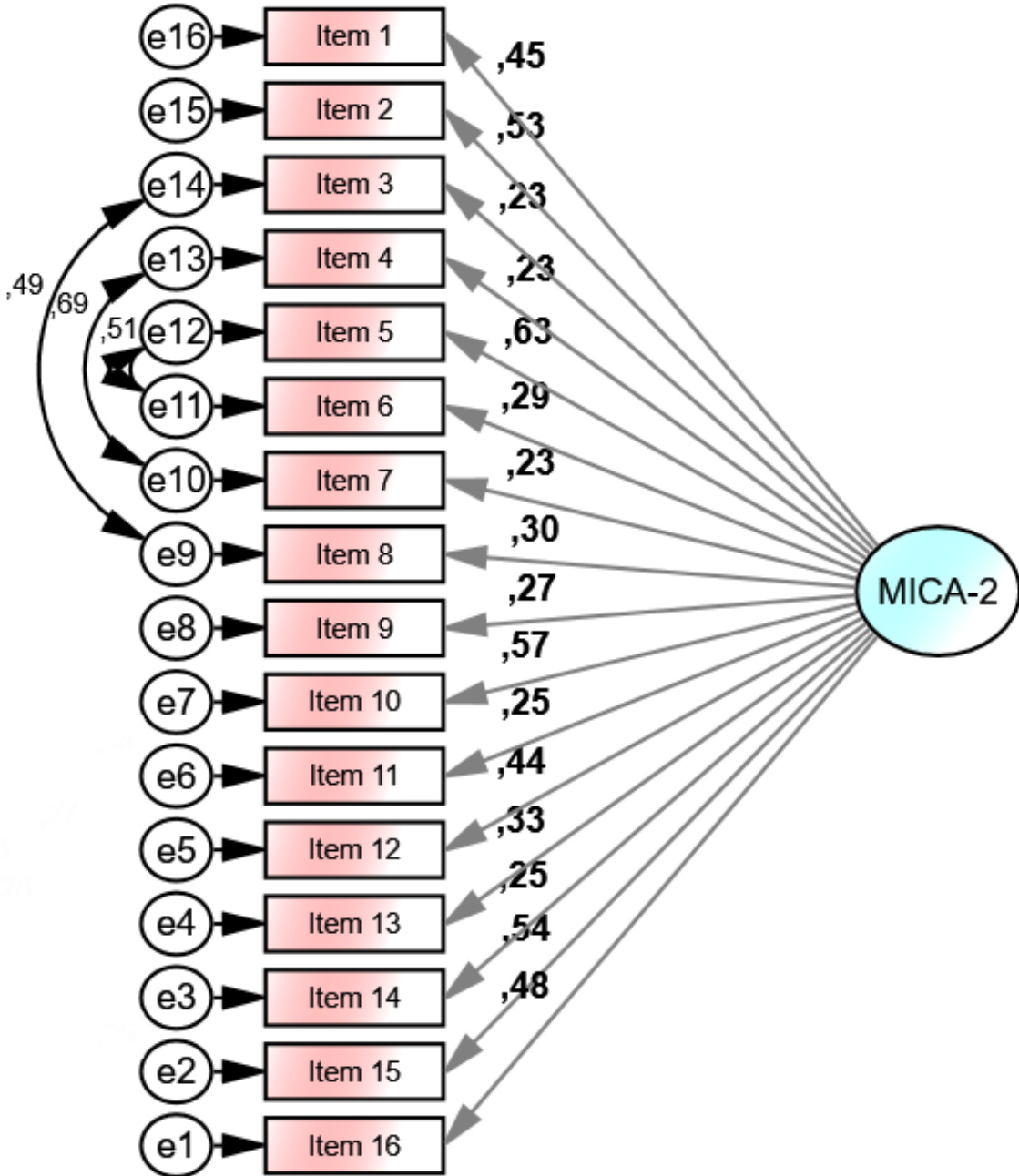
Araştırmamızda KMO 688,915 olarak bulunmuştur. Barlett testi sonucu 688,915 ($p < 0,05$) olarak belirlendi. Yapılan faktör analizinde varyans miktarı %63,6 olarak saptandı.

Tablo 3. MICA 2 Ölçeği yapısal eşitlik modeli için sorular ile alt boyutlar arasındaki etkilerin değerlendirilmesi

Test Edilen Yol	Standardize Edilmiş Tahmin (β)	Tahmin (β)	Standard Hata	Kritik Değer	<i>p</i>
Item 16 ← MICA-2	0,481	1	-	-	-
Item 15 ← MICA-2	0,543	0,829	0,176	4,702	0,001
Item 14 ← MICA-2	0,247	0,767	0,289	2,658	0,008
Item 13 ← MICA-2	0,332	0,702	0,208	3,382	0,001
Item 12 ← MICA-2	0,443	0,974	0,229	4,257	0,001
Item 11 ← MICA-2	0,250	0,601	0,224	2,685	0,007
Item 10 ← MICA-2	0,570	1,394	0,289	4,828	0,001
Item 9 ← MICA-2	0,270	0,623	0,218	2,864	0,004
Item 8 ← MICA-2	0,298	0,677	0,213	3,184	0,001
Item 7 ← MICA-2	0,229	0,543	0,213	2,546	0,011
Item 6 ← MICA-2	0,291	0,733	0,24	3,051	0,002
Item 5 ← MICA-2	0,629	1,416	0,274	5,167	0,001
Item 4 ← MICA-2	0,233	0,558	0,216	2,586	0,010
Item 3 ← MICA-2	0,231	0,426	0,166	2,562	0,010
Item 2 ← MICA-2	0,530	1,079	0,227	4,745	0,001
Item 1 ← MICA-2	0,445	0,987	0,231	4,273	0,001

Doğrulayıcı faktör analizi için oluşturulan modelin, ilk analizinde elde edilen uyum iyiliği indisleri istenilen değerler arasında yer almadığı için önerilen iyileştirme (modifikasyon) indisleri göz önünde bulundurularak düzeltme ve birleştirmeler yapılmıştır. Modele en yüksek katkıyı sağlayan iyileştirmeler yapıldıktan sonra Tablo 3'te görüldüğü üzere uyum indisleri göz önünde tutularak, soruların birbirleri ile ilişkilendirilmesi şeklinde birleştirmeler yapılmıştır.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen modelde (ki kare= 122,709 df=96) MICA 2 ölçeğinin tek boyuttan oluştuğu belirlendi (Şekil 1).



Şekil 1. MICA 2 ölçeği için yapısal eşitlik modeli

Uyum indeksleri RMSEA=0,039, GFI=0,925, CFI=0,955, IFI=0,957, TLI=0,944 olarak elde edildi (Tablo 4).

Tablo 4. MICA 2 Ölçek modelinin uyumuna ilişkin istatistiksel değerler

Ölçüm	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Modelin Uyum İndeksi Değerleri
(χ^2 /sd)	≤ 3	$\leq 4-5$	1,278 **
RMSEA	$\leq 0,05$	0,06-0,08	0,039 **
IFI	$\geq 0,95$	0,94-0,90	0,957 **
CFI	$\geq 0,95$	0,94-0,90	0,955 **
GFI	$\geq 0,90$	0,89-0,85	0,925 **
TLI	$\geq 0,95$	0,94-0,90	0,944 **

* Kabul edilebilir uyum; ** iyi uyum

TARTIŞMA

Toplumda görülen akıl hastalığına karşı damgalama ve ayrımcılık uygulamalarının yaygın olarak görüldüğü bilinmektedir. Bu bakış açısı sağlık profesyonelleri ve tıp fakültesi öğrencileri arasında da tespit edilmektedir. Bu davranış akıl hastalığı olan kişilerin sağlık hizmetine başvuru ve tedavi olanaklarını sınırlayan duruma yol açmaktadır. Bu negatif davranışlara karşı sağlık profesyonellerinde tutum değişikliğine yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Tıp fakültesi öğrencileri özelinde akıl hastalarına yönelik damgalama tutumlarını değiştirme amaçlı müdahalelerin bu hastaların gelecekte alacağı tedavi ve sağlık bakım hizmetlerine olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir. Kassam ve ark. tarafından geliştirilen MICA 2 ölçeğinin farklı kültürlerde geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılarak birçok eğitim müdahale çalışmasında kullanılmıştır (8, 14, 15, 16).

Çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0,739 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla MICA 2 ölçeğinde elde edilen değer soruların ölçek özelliklerini ölçtüğünü belirtir. Literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştığımızda, Foster ve ark.'nın çalışması ile benzer (0,74) Kassam ve ark. tarafından yapılan çalışmaya yakın bir değer (0,79) elde edildi (8, 12). Bu sonuçlara göre oluşturduğumuz anket güvenilir bir ölçüm aracıdır (21, 22). Şili ve İspanya'dan altı üniversite tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmada Cronbach alfa katsayıları (Şili) 0,63 ve (İspanya) 0,56 olarak belirlendi (23). Seera ve ark. tarafından ölçeğin Thaice geçerlilik çalışmasında ise Cronbach alfa değeri 0,614 olarak bulunmuştur (24).

MICA 2 ölçeğinin kullanıldığı çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde Cronbach alfa değerleri minimum 0,56 ile maksimum 0,88 arasında değişmektedir (25). Bu çalışmada, MICA 2 ölçeğinin maddelerinin iç güvenilirliğinin ve geçerliliğinin iyi olduğu belirlenmiştir.

MICA 2 toplam puan ortalamasına göre puanları yüksek olanların akıl hastalıklarına yönelik tutumlarının negatif olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, ölçeğinin toplam puanı $45,23 \pm 9,11$ olarak bulunmuştur. Çeşitli araştırmalarda MICA 2 ölçeğinin ölçek toplam skoruna göre öğrencilerin bakış açılarının farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Babicki ve ark. tarafından 65 ülkede 1216 tıp fakültesi öğrencisinin katılımı ile MICA 2 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada ölçek skoru $40,5 \pm 9,1$ olarak gerçekleşmiştir (26). Polanya'da yapılan bir diğer çalışmada ölçek ortalama skoru $40,09 \pm 8,38$ olarak elde edilmiştir (27). Tayland ve Hindistan'da yapılan bir diğer çalışmada ise ölçek toplam puanları sırasıyla $43,16 \pm 7,14$ ve $46,56 \pm 7,54$ olarak gerçekleşmiştir (28). Vendsborg ve ark. tarafından yapılan çalışmada ölçek puanı $32 \pm 0,83$, Foster ve ark.'nın çalışmasında $68,44 \pm 7,96$, Adelufosi ve ark çalışmasında ise $44,6 \pm 7,2$ 'dir (12, 29, 30). Bu sonuçlara göre, farklı kültürlerde tıp fakültesi öğrencilerinin akıl hastalıklarına yönelik tutumları değişiklik göstermektedir.

Örnek büyüklüğünün yeterli olabilmesi için KMO değerinin 0,5'ten büyük olması istenir (31). Bu çalışmada 0,626 olarak elde edilen KMO değerinin yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Faktör analizinde ideal olarak kabul edilen %40 varyans oranı (18) göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmada elde edilen %63,6'lık varyans miktarının uygun olduğu söylenebilir. Türk tıp fakültesi öğrencileri için MICA 2 ölçeği için ölçütler CFI=0.955, RMSEA=0.039, TLI=0.944, GFI=0.925, IFI=0.957 olarak belirlendi (Tablo 4).

Ölçekte 3. ve 8. sorular; 4. ve 7. sorular; 5. ve 6. sorular sorulara verilen cevaplar arasında benzerlik görülmüş ve bu sorular arasında kovaryans bağlantıları oluşturulmuştur. Sorular ve ölçek arasındaki kovaryansa bakarak modele ilişkin iyileştirmeler yapılabilir. Bu iyileştirmeler modelde ilk aşamada yer almayan fakat yapılmasıyla modele katkı sağlayacak uyum miktarını gösteren soru ve ölçek arasında tavsiye edilen yeni bağlantıları içerir. Bu iyileştirmenin yapılabilmesi için "ilişki kurulacak hata terimlerinin bağlı olduğu soru maddeleri aynı boyutu ölçümleyebileceği, birbiri yerine kullanılabilirliği, aynı anlama gelmiş olabileceği ya da bu soruların farklı çalışmalarda birbirleri yerine kullanılmış olduğu" gibi teorik dayanaklara uyularak gerçekleştirilmelidir (32, 33). Model oluşturulduktan sonra soruların boyutlar üzerindeki etkisi incelendiğinde, tüm maddelerin MICA-2 ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). En düşük etkiyi veren soru 0,426 puan ile 3. Soru iken en yüksek etkiyi veren soru 1,416 puan ile 5. Sorudur (Tablo 3).

Doğrulamalı faktör analizi sonucu test edilen modelde ($Ki\ kare= 122,709$, $df=96$) MICA-2 ölçeğinin tek boyuttan oluştuğu ve ölçeğin orijinaline uygun olduğu görülmüştür. Genel olarak, modelden mükemmel uyum değerleri elde edilmiştir (34, 35, 36).

SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmada MICA 2 ölçeğinin psikometrik özellikleri ile ilgili kanıtlar elde ettik. MICA 2 ölçeği Türkçe versiyonun Türk tıp fakültesi öğrencileri için kullanılabilir ve geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

SINIRLILIK

Sonuçlar bir tıp fakültesindeki tıp öğrencileri ile sınırlıdır ve MICA ölçeğinin toplam puanının kavramsal olarak geçerli olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu, seçim yanlılığına yol açmış olabilir. Bazı sınırlamalara rağmen, bu çalışma MICA-2 ölçeğinin Türk tıp öğrencisi popülasyonunda geçerliliğini ve kabul edilebilir güvenilirliğini gösteren ilk çalışmadır.

TEŞEKKÜR

İstatistiksel analiz için teşekkür ederiz. Doç. (PhD) Mustafa Agah Tekindal (Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı)

KAYNAKLAR

1. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396 (10258): 1204-1222.
2. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. World Health Organization; 2019. Erişim: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).
3. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *BJPsych* 2007; 190 (3): 192-193.
4. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27: 363-385.
5. Morden NE, Mistler LA, Weeks WB, Bartels JS. Health care for patients with serious mental illness: Family medicine's role. *J Am Board Fam Med* 2009; 22 (2): 187-195.
6. World Health Organization, Department of Mental Health, Substance Abuse, Mental Health Evidence Research Team. *Mental Health Atlas*; 2005.

7. McDaid D. Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. Luxembourg, European Commission. 2008:1-20.
8. Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122 (2): 153-161.
9. Duman B, Çolak B, Özdemir SN, Özkasap NS, Sabahi İS, Şahinoğlu MB, et al. Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi. *Türk Aile Hek Derg* 2019; 23v(4): 141-149.
10. Köşger F, Altınöz A. A medical school students' mental disorders attitudes. *Turkish J Clin Psyc* 2019; 22 (1): 57-62.
11. Hankir A, Zaman R, Fong Lim M, Lever I, Brothwood P, Carrick F, et al. A King's College London Undergraduate Psychiatry Society event to challenge the stigma attached to psychological problems in healthcare professionals and students. *Psychiatr Danub* 2017; 29 (suppl. 3): 457-463.
12. Foster A, Hilton S, Embry F, Pires C, Ahmed AO. Measuring attitudes towards people with mental illness and people who are homeless: is a joint instrument needed. *Homelessness: Prevalence, Impact of Social Factors and Mental Health Challenges*, Clark C (Ed), 4 Nova Science Publishers, Inc; 2014: 223-250.
13. Kassam A, Glozier N, Leese M, Loughran J, Thornicroft G. A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC medical education* 2011; 11 (1): 1-10.
14. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* 2016; 387 (10023): 1123-32.
15. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsç N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv.* 2012; 63(10): 963-73. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>.
16. Wechsler D, Schomerus G, Mahlke C, Bock T. Effects of contact-based, short-term anti-stigma training for medical students. *Neuropsychiatr* 2020; 34 (2): 66-73.
17. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2007.
18. Scherer KR. Criteria for Emotion-Antecedent Appraisal: A Review. *Cognitive Perspectives on Emotion and Motivation* Dordrecht, Hamilton V, Bower GH, Frijda NH (Ed), The Netherlands: Kluwer; 1988: 89-126.
19. Rencher AC. *Methods of Multivariate Analysis*, Second Edition, John Wiley & Sons, Inc.; 2002.
20. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications; 2015.
21. Özdamar K. *Paket Programlar ve İstatistiksel Veri Analizi*. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2002.
22. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* 2011; 2: 53-55.
23. Masedo A, Grandón P, Saldivia S, Vielma-Aguilera A, Castro-Alzate ES, Bustos C, et al. A multicentric study on stigma towards people with mental illness in health sciences students. *BMC Med Educ* 2021; 21 (1): 1-11.
24. Seera G, Arya S, Sethi S, Nimmawitt N, Ratta-apha W. Help-seeking behaviors for mental health problems in medical students: Studies in Thailand and India. *Asian J Psychiatr* 2020; 54: 102453.
25. Sastre-Rus M, García-Lorenzo A, Lluch-Canut MT, Tomás-Sábado J, Zabaleta-Del-Olmo E. Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic psychometric review. *J Adv Nurs* 2019; 75 (9): 1838-1853.
26. Babicki M, Malecka M, Kowalski K, Bogudzińska B, Piotrowski P. Stigma Levels Toward Psychiatric Patients Among Medical Students - A Worldwide Online Survey Across 65 Countries. *Front Psychiatry* 2021; 12:798909.
27. Babicki M, Kowalski K, Bogudzińska B, Piotrowski P. The Assessment of Attitudes of Students at Medical Schools towards Psychiatry and Psychiatric Patients- A Cross-Sectional Online Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18: 4425.
28. Seera G, Nimmawitt N, Vanithpongphan S, Ratta-apha W. The Thai Version of Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (Medical student version) MICA-2. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2020; 65: 219-232.
29. Vendsborg P, Bratbo J, Dannevang A, Hagedorn-Møller J, Kistrup K, Lindhardt A, et al. Staff attitudes towards patients with schizophrenia. *Dan Med J* 2013; 60 (10): A4710.
30. Adelufosi AO, Abayomi O, Oyewole A, Ayankola A. Does Religiosity Influence Attitude to Mental Illness? – A survey of Medical students in a Nigerian University. *J Behav Health* 2013; 2 (2): 135-139.
31. Cerny BA, Kaiser HF. A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic correlation matrices. *Multivar Behav Res* 1977; 12 (1): 43-47.
32. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve Lisrel uygulamaları*. Ankara: PEGEM Akademi; 2010.
33. Meydan CH, Şeşen H. *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık; 2011.
34. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit, *Testing structural equation models*, In KA Bollen, JS Long (Ed), Newbury Park CA: Sage; 1993: 136-162.
35. Kline RB. *Principle and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Guilford; 2011.
36. Demirsöz M, Zeynep Ö, Yonar H ve ark. Structural determination of the relationship between trait anxiety and personal indecisiveness for undergraduates of the faculty of veterinary medicine: The case of Selçuk University. *Vet Hekim Der Derg* 2021; 92 (1): 60-75.

Tıbbi Olmayan Cinsiyet Seçimi:

Yeni Teknolojiler–Teknolojik Gelişmeler ve Etik Tartışmalar

Non-medical Gender Selection:

New Technologies-Technological Developments and Ethical Discussions

Sebahat ATAR^a, Serap ŞAHİNOĞLU^b

Özet: İstenilen cinsiyette bir bebeğe sahip olabilmek için gebelik öncesinden itibaren gebelik, doğum ve doğum sonrası kapsayan süreç içinde yapılan, tıbbi veya tıp dışı her türlü eylem cinsiyet seçimi olarak tanımlanabilir. Cinsiyet seçimi, tıbbi veya tıbbi olmayan nedenler ile yapılabilir. Tıbbi nedenlerle yapılan cinsiyet seçimi etik açıdan uygun görülürken tıbbi ve sosyal açıdan yol açtığı istenmeyen sonuçlar nedeniyle tıbbi olmayan nedenler ile yapılan cinsiyet seçimi etik açıdan genellikle onaylanmaz. Cinsiyet seçimi sıklıkla erkek lehine yapılmakta, dolayısı ile kadının toplumsal değerini azaltırken cinsiyet ayrımcılığını arttırmaktadır. Tıbbi olmayan nedenlerle yapılan cinsiyet seçimi tıbbi, etik ve sosyal açıdan pek çok olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bunların başında cinsiyet seçimi nedeniyle çok sayıda bebeğin doğmadan önce veya sonrasında hayatını kaybetmesi ve bunun yol açtığı toplumsal sorunlar yer alır.

Son dekatlarda üreme tıbbi ve genetik dalında önemli gelişmeler olmuş ve bu sayede gebelikte cinsiyet seçiminin yapılabilmesi için gerekli olan embriyonun cinsiyet tayini gebeliğin daha erken döneminde, daha kolay ve güvenilir olarak yapılabilir hale gelmiştir. Sperm ayırma tekniklerinin etkinliğini ve güvenilirliğini arttırmaya yönelik çalışmalar devam etmektedir. Bu makalede cinsiyeti belirlemede kullanılan sperm ayırma, in vitro fertilizasyon + preimplantasyon genetik tanı, invaziv olmayan prenatal tanı gibi yeni teknolojilerin tıbbi olmayan nedenlerle yapılan cinsiyet seçiminde kullanımı ve etik sonuçlarının tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Tıbbi olmayan cinsiyet seçimi; etik; in vitro fertilizasyon; preimplantasyon genetik tanı; invaziv olmayan prenatal tanı; sperm ayırma

Abstract: In order to have a baby of the desired gender, all kinds of medical or non-medical interventions which have taken during the period from pre-pregnancy to pregnancy, birth and postpartum period can be defined as gender selection. Gender selection can be made for medical or non-medical reasons. While gender selection for medical reasons is considered ethically appropriate, gender selection for non-medical reasons is generally not ethically approved due to undesirable medical and social consequences. Gender selection is often made in favor of men, thus while it increases gender discrimination also decreases the social value of women. Gender selection for non-medical reasons leads to many unfavorable medical, ethical and social consequences. The most important of these is the death of many babies before or after birth because of gender selection, and social problems it causes.

In recent decades, there have been important developments in reproductive medicine and genetics, and thus, sex determination of the embryo, which is necessary for gender selection during pregnancy has become easier and more reliable at an earlier stage of pregnancy. Studies continue to increase the efficiency and reliability of sperm separation techniques. In this article, it is aimed to discuss the use of new technologies such as sperm separation, in vitro fertilization + preimplantation genetic diagnosis, non-invasive prenatal diagnosis used in sex determination, and the ethical consequences of gender selection for non-medical reasons.

Keywords: Non-medical gender selection; ethics; in vitro fertilization; preimplantation genetic diagnosis; non-invasive prenatal diagnosis; sperm selection

^a Prof. Dr. (Kadın Hastalıkları ve Doğum), Doktora Öğrencisi (Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik, Doktora Programı), Türkiye
✉ sebhul@yahoo.com ORCID: 0000-0002-9010-748X

^b Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye ✉ serapsahinoglu@yahoo.co.uk ORCID: 0000-0003-4462-2402

Gönderim Tarihi: 25 Mart 2023 • Kabul Tarihi: 13 Nisan 2023

GİRİŞ

Tarih boyunca aileler doğacak bebeğin cinsiyetine özel bir merak göstermiş ve istedikleri cinsiyette bebeğe sahip olmak için çeşitli uygulamalarda bulunmuşlardır. Günümüzde ise istenilen cinsiyette bebeğe sahip olabilmek gebe kalmadan önce sperm ayırma, gebelik oluştuktan sonra embriyo/fetüs cinsiyet tayini için kullanılan ultrason, CVS [koryon villüs (döleş) örnekleme] veya amniyosenteze [amniyon sıvısı (dölsuyu) örnekleme] ilave olarak preimplantasyon genetik tanı (PGT), invaziv olmayan prenatal tanı (NIPT, fetal DNA testi) gibi ileri tanı yöntemleri de kullanılmaya başlanmıştır. Genetik tanı yöntemlerinde son yıllardaki hızlı gelişmenin neticesinde fetüs cinsiyet tayini gebeliğin daha erken döneminde, daha kolay ve güvenilir olarak yapılabilmektedir.

Cinsiyet seçimi, tıbbi veya tıbbi olmayan nedenler ile yapılmaktadır. Tıbbi nedenlerle cinsiyet seçimi özellikle gebede X'e bağlı çekinik geçiş gösteren ve prenatal tanısı yapılamayan hastalık varlığında fetüsün cinsiyetinden yola çıkarak hastalık riskinin tahmin edilmesinde önemlidir. Tıbbi olmayan nedenlerle yapılan cinsiyet seçiminde hasta fetüsü belirleme amacı bulunmayıp çiftlerin kız ve erkek çocuk açısından dengeli bir aile istemesi, ailenin soyadını devam ettirme arzusu veya çeşitli psikolojik, dini, sosyokültürel, ekonomik (üretim biçimi, işgücü özellikleri, erkek çocuğun yaşlılık güvencesi olarak görülmesi gibi) nedenlerle, sıklıkla erkek çocuğa sahip olmak için yapılmaktadır (1,2). Tıbbi nedenlerle yapılan cinsiyet seçimi etik açıdan genel kabul görürken tıbbi olmayan nedenlerle yapılan cinsiyet seçimi az sayıda ülkenin haricinde etik açıdan onaylanmamakta ve yapılmasına engel olmak için çeşitli önlemler alınmaktadır.

Cinsiyet seçimi amacıyla kullanılan yöntemler uygulanma zamanına göre gebelik öncesi, implantasyon öncesi, gebelikte ve doğum sonrasında kullanılanlar olmak üzere dört grupta incelenebilir. Bunlar: 1-Gebelik öncesinde kullanılan sperm ayırma, 2-Rahim içine yuvalanma (implantasyon) öncesinde uygulanan in vitro fertilizasyon (IVF) + PGT, 3-Gebelikte ultrason, CVS, amniyosentez, NIPT gibi yöntemler ile fetüsün cinsiyeti tayin edildikten sonra istenmeyen cinsiyette olan gebeliklerin sonlandırılması, 4-Doğumdan sonra infantisid (bebeğin hayatına son verilmesi) veya ihmal etme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu makalenin konusunu cinsiyet seçimi amacıyla kullanılan yeni teknolojiler oluşturduğundan yukarıda sözü edilen yöntemlerden sperm ayırma, IVF + PGT ve NIPT yöntemleri ile ilgili bilgi verilerek takiben bunlara yönelik etik tartışma yapılacaktır.

TIBBİ OLMAYAN CİNSİYET SEÇİMİNDE ETİK SORUNLAR

Cinsiyet seçimi başta Çin ve Hindistan olmak üzere dünyanın bazı ülkelerinde kadın ile erkek nüfusu arasındaki dengeyi bozacak düzeyde yapılmış olup halen yapılmaya devam edilmekte ve bu haliyle milyonlarca kız çocuğunun hayatını kaybetmesinin yanı sıra önemli sosyal ve etik sorunlara da neden olmaktadır (3). Cinsiyet seçiminin etik açıdan en olumsuz sonuçlarından birisi cinsiyeti yüzünden embriyo/fetüs veya bebeğin yaşam hakkının elinden alınmasıdır. Gebelikte embriyo/fetüsün cinsiyeti tayin edildikten sonra istenilen cinsiyette olmadığı için gebeliğin sonlandırılması veya doğumdan sonrasında infantisid, ihmal ederek ölüme terk etme çok sayıda bebeğin doğmadan önce veya sonrasında hayatını kaybetmesi ile sonuçlanmaktadır (4,5). Bu nedenle, 2011 yılında yapılan bir yayına göre 160 milyondan fazla kız veya kadının hayatını kaybettiği tahmin edilmiştir (5).

Cinsiyet seçimi ile "tasarım bebekler"e doğru ilk adımın atıldığı ve bu uygulamanın "yamaç aşağı kayma, slippery slope" tehlikesinin bulunduğu bildirilmiştir (6,7). "Yamaç aşağı kayma argümanı" ilk eylemin yapılmasını kaçınılmaz sonuçların izlediği ve sonunda bir felakete yol açtığı varsayımına dayanır (8). Mevcut durum yamacın tepesi olarak kabul edildiğinde söz konusu eyleme izin verilmesi durdurulamayan bir süreç olan aşağı doğru inişi yani ahlaken aşağı düzeye kaymayı başlatır ve etik açıdan bu kaymanın olumsuz sonuçlarının ortaya çıkmasını önlemek için nereden bir çizginin çizilmesi gerektiği yani yasal sınırın nerede olduğu kesin bir şekilde bilinemez (9).

Ailenin bebeğın cinsiyetini seçmesine izin verilmesi halinde bunu bebeğın zekâ durumu, boyu, göz rengi gibi özelliklerinin seçilmesinin izleyebileceğı, özellikle sosyal açıdan avantaj oluşturan özelliklerin seçilmesinin önüne geçilmesinin güç olacağı iddia edilmiştir (10). Bu görüşe karşı olarak ailenin bebeğının cinsiyetini seçmesine izin verilmesinin kaçınılmaz bir şekilde genetik iyileştirmeye (genetic enhancement) yol açacağına dair elimizde bir bulgunun bulunmadığı ve bu durumun toplumun genetik iyileştirmeye yönelik teknolojileri önleyici kararları alamayacağı anlamına da gelmediğı ileri sürülmüştür (11).

Cinsiyet seçiminin diğer etik açıdan tartışmalı sonuçları: gebelik sonlandırması, tüp bebek uygulamaları, amniyosentez, CVS gibi kullanılan yöntemlere bağılı anne adayının ve bebeğının bazı risklere maruz kalması (12,13); tercih edilmeyen cinsiyete ait embriyoların imha edilmesi ve tıbbi kaynakların tıbbi olmayan nedenlerle kullanılmasıdır (13,14). Cinsiyet seçimi nedeniyle yapılan kürtajlar genellikle daha sağılıksız koşullarda yapılmaktadır. Hindistan gibi kürtajın serbest olduğı ülkelerde bile bazı hekimlerin cinsiyet nedeniyle kürtaj yapmayı reddetmesinin kürtajların gizli saklı ve daha sağılıksız koşullarda yapılması ile sonuçlandığı bildirilmiştir (15). Cinsiyet seçimi yaygın olan bölgelerde istenmeden doğan kız bebeklerin ihmal edildiğı gösterilmiştir (16,17). İstenmeden doğan kız bebekler yetersiz emzirilmekte, kışın iyi giydirilmemekte, daha az ve düşük nitelikli sağılık hizmeti almaktadır. Hindistan'ın kırsal kesiminde yapılan çalışmada iki veya daha fazla kız kardeşi olan kız çocuklarında gelişme geriliğinin daha yüksek sıklıkta görüldüğü, aşılama oranlarının daha düşük olduğı bildirilmiştir (18).

Cinsiyet seçiminin kadın / erkek oranını bozacak düzeylerde yapılması önemli toplumsal sorunlara neden olmaktadır. Evlenme çağındaki kadın ve erkek nüfusu arasında önemli bir dengesizliğin oluşması pek çok erkeğın zorunlu olarak evlenmekten vazgeçmesi ile sonuçlanmaktadır (19). Ayrıca, kadın nüfusunun azalmasının cinsiyete dayalı şiddet ile seks işçiliğine olan talebi arttıracığı ve kaçakçılığın gelişmesine yol açacağı ileri sürülmüştür (5,20).

Cinsiyet seçiminin önemli sosyal ve etik sorunlara yol açacağını savunanların (19,21) yanında bunu dengeli aileye sahip olmak için bir üreme özgürlüğü olarak gören ve etik açısından uygulanabileceğini bildiren görüşler de bulunmaktadır (22,23). Cinsiyet seçiminin uygulanabileceğini savunanlara göre cinsiyet seçimi, ailenin üreme özerkliği hakkı olup bir çiftin her iki cinsten de çocuğının olmasını istemesi cinsiyet ayrımcılığı olarak tanımlanamaz (24-26). Cinsiyet seçimi özellikle Batı toplumlarının dışında toplum nüfusunun kontrol edilmesini sağılar, ekonomik yükü azaltır, kadını tekrar tekrar gebe kalma baskısından kurtarır, kadınları dışı cinsiyette olduğı için düşük yapmak veya doğumdan sonra bebeğini ihmal etmek zorunda kalmaktan kurtarır (13,27). Dolayısı ile anne ve ailenin yaşam kalitesini artırır.

CİNSİYET SEÇİMİNİ ETKİLEYEN ÖNEMLİ TEKNOLOJİK GELİŞMELER

1-Sperm Ayırma

Gebe kalmadan önce cinsiyet seçimi amacıyla kullanılan sperm ayırma, çeşitli yöntemler kullanılarak spermlerin sıralanması ile "X" kromozomu taşıyan spermlerin "Y" kromozomu taşıyanlardan ayrılması esasına dayanır. Spermlerin ayrılmasını takiben kız bebek için "X", erkek bebek için "Y" kromozomuna sahip olanlar döllenme için kullanılır. Sperm ayırma için kullanılan iki temel yöntem, florasın boyama tekniğı (Microsort) ile kütleye göre ayırma işleminin (Ericsson yöntemi) olduğı bildirilmiştir (28). Sperm ayırma yöntemleri araştırma geliştirme aşamasında olup pahalı olması ve başarı oranlarının düşük olması nedeniyle yaygın kullanıma sahip değildir. Ayrıca mevcut sperm ayırma yöntemleri beraberinde IVF veya intrauterin inseminasyon (aşılama) kullanılmasını gerektirir. Microsort yönteminin başarısı kız bebekler için %93, erkek bebekler için %82 olarak verilmiştir (29). Sperm ayırma ile ilgili üzerinde çalışılan son teknolojilerden birisi ise mikroakışkan çip (MC) yöntemi olup bununla sperm ayırma işleminin ucuz, güvenilir bir şekilde, hatta ev ortamında yapılabileceğı bildirilmiştir (28).

Sperm ayırma gebelik öncesinde yapıldığından fazla embriyoların imha edilmesini ya da düşük yaptırılmasını gerektirmez. Dolayısı ile bu uygulamalara ilişkin etik tartışmalar sperm ayırma için söz konusu değildir.

Bu durum doğal olarak sperm ayırmayı etik açıdan daha rahat savunulabilen bir yöntem haline getirmiştir. Örneğin FIGO'nun İnsan Üreme ve Kadın Sağlığı Etik Komitesinin (FIGO Committee on the Ethical Aspects on Human Reproduction and Women's Health) 1994 yılındaki önerilerine göre, gebe kalmadan önce sperm ayırma ile yapılan cinsiyet seçimi diğer sosyal değerlerin aleyhine olmamak kaydıyla bazı durumlarda kabul edilebilir (30). FIGO'nun 2015 tarihli yayınında yer alan cinsiyet seçimi ile ilgili etik komite kararında ise "sperm ayırma" ve "PGT" gebelik sonlandırması gerektirmediğinden tıbbi olmayan cinsiyet seçiminde daha az itiraz edilebilir görünmekle birlikte cinsiyet ayrımcılığına neden olabileceklerinden devam eden gebelikte kullanılan yöntemlerden etik açıdan bir farklarının olmadığı bildirilmektedir (31). FIGO'nun 2017 yılında yapılan yeniden değerlendirmesinin yer aldığı 2021 tarihli kılavuzunda ise bunlara ilave olarak üyelerden cinsiyet seçimini sadece tıbbi nedenlerle yapmaları, cinsiyet oranında belirgin bozulma olan bölgelerde ise meslek örgütlerinin cinsiyet ayırımının ortadan kaldırılması ve cinsiyet seçiminin sıkı olarak düzenlenmesi için hükümetleri ile birlikte hareket etmeleri istenilmektedir (32). Amerika Üreme Tıbbi Derneği Etik Komitesi [Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM)] 2001 yılında yayınlanan raporunda gebelik öncesi sperm ayırmanın zararlı olduğuna dair elde güçlü kanıtların bulunmaması nedeniyle yasaklanmasının haklı gösterilemeyeceğini bildirmiştir (33). ASRM, 2015 yılında yayımladığı raporunda cinsiyet seçimini destekleyen iddialar olarak hastanın özerkliği ve üreme özgürlüğü; karşısında olan iddialar olarak da işlemin riskleri, getirdiği yükler, cinsiyet ayrımı, cinsiyetin klişeleşmesi, doğan bebeklerin kabul edilmemesi, baskıya karşı koyma çabaları olarak sıralamakta ve komitenin tıbbi olmayan nedenlerle cinsiyet seçiminin etik olup olmadığı konusunda bir sonuca varamadığını bildirmektedir (34). ASRM, 2022 yılındaki raporunda ise işlemin karşısında olan iddialara cinsiyet seçimini onaylıyor görünme ve adalet konularını da ilave edip cinsiyet seçiminden önce hastaların işlemin riskleri ve yükleri konusunda bilgilendirilmesini ve bu işlemi yaptırmaya zorlanmamasını istemektedir (35). Ayrıca cinsiyet seçiminin etik açıdan tartışmalı bir konu olması nedeniyle kliniklerin bu konuda kendi politikalarını yazılı olarak belirlemesi önerilmektedir (35). Sperm ayırma ile ilgili ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists – Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği) dahil olmak üzere üreme tıbbi ile ilgili diğer derneklerin hemen tamamı kişisel tercihler nedeniyle cinsiyet seçimi yapılması için herhangi bir tekniğin kullanılmasına karşıdır (36).

Halihazırda kullanılan sperm ayırma yöntemleri başarı oranlarının düşük olması, beraberinde IVF veya inseminasyon gerektirmesi, birden fazla uygulamaya ihtiyaç duyulabilmesi ve pahalı olması nedeniyle kullanım oranı düşüktür (28). Dolayısı ile sperm ayırma ile ilgili etik tartışmalar günümüzdeki uygulamadan ziyade halihazırda gelişme aşamasında olan sperm ayırma yöntemlerinin özellikle de mikroakışkan çip uygulamasının ileride potansiyel olarak yol açabileceği durumlar ile ilişkili görünmektedir.

Mikroakışkan çip ile sperm ayırma yönteminin dört biyoetik prensip açısından da diğerlerinden üstün olduğu iddia edilmiştir (28). Buna göre Mikroakışkan çip kadın ve erkeğin doğacak bebeklerinin cinsiyetine karar verme konusunda özerkliğini destekler, doğacak bebeklerinin cinsiyetini özgürce belirlemelerine yardımcı olur, invaziv ve bazı riskleri olan diğer yöntemler gibi zarar verme potansiyeli bulunmaz ve düşük maliyetli olduğunda kişilerin yönetime eşit bir şekilde erişmesini sağlar (28). Ancak, Mikroakışkan çip diğer yöntemlere göre daha avantajlı görünse de nihayetinde cinsiyet ayırımına yol açacağı ve cinsiyetçi yaklaşımları güçlendireceği unutulmamalıdır.

2-Preimplantasyon Genetik Tanı + İn Vitro Fertilizasyon

PGT, gebeliğin çok erken dönemi olan implantasyon öncesinde tüp bebek tedavisi ile birlikte uygulanan bir işlemdir. Tüp bebek tedavisi esnasında laboratuvar ortamında yumurtanın (ovum) sperm ile döllenmesiyle elde edilen embriyo sekiz hücreye erişince bir hücre alınarak yapılan genetik inceleme ile çeşitli patolojilerin

yanı sıra embriyonun cinsiyeti de saptanabilmektedir (37). PGT, tüp bebek uygulamalarında cinsiyete bağlı genetik bozukluk, tek gen defekti, kromozom anomali riski gibi durumların yanı sıra anne adayının ileri yaşta olması, tekrarlayan düşük öyküsü, ikiden fazla başarısız tüp bebek tedavisi gibi nedenlerle de kullanılmaktadır. PGT ile yapılan genetik incelemede sağlıklı olduğu belirlenen embriyo anne adayının uterusuna nakledilmektedir. Yasal açıdan engel bulunmayan bir ülkede PGT cinsiyet ayırımı için kullanıldığında, embriyodan alınan hücrelerden yapılan genetik analiz ile "XX" veya "XY" kromozomlarına bakılarak embriyonun cinsiyeti tayin edilmekte, takiben tercih edilen cinsiyete sahip olan sağlıklı embriyo uterusu nakledilmektedir.

PGT ile embriyo cinsiyetinin implantasyon öncesinde belirlenebilir hale gelmesiyle PGT'nin cinsiyet seçiminde kullanımına ilişkin etik kaygılar nedeniyle ASRM'nin 1999 yılında yayınlanan etik komite raporunda IVF + PGT'nin tıbbi nedenler ile cinsiyet seçimi amacıyla kullanımı onaylanırken cinsiyet ayrımcılığına ve sosyal zararlara neden olacağı gerekçesi ile tıbbi olmayan nedenlerle kullanımının cesaretlendirilmemesi gerektiği bildirilmiştir (38). ASRM'nin daha sonra yayımlanan etik komite raporlarında tıbbi olmayan nedenlerle yapılan cinsiyet seçimi etik açıdan tartışmalı bir konu olarak değerlendirilmekte ve doğrudan karşı çıkılmamaktadır (34,35). PGT'nin tıbbi olmayan nedenlerle cinsiyet seçimi için kullanımını savunan görüşlerin (39) olmasına karşılık genel kabul bu amaçla kullanımının etik olmadığı yönündedir (40,41).

Hukuki açıdan cinsiyet seçimi amacıyla IVF + PGT kullanımı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. IVF + PGT'nin cinsiyet seçimi amacıyla kullanımı ABD, Kıbrıs, Ukrayna gibi az sayıda ülkede tümüyle serbest (42) iken İsrail'de ancak belli koşulların sağlanması durumunda uygulanmaktadır (43). Buna karşın yöntemin kullanımı Almanya, Avusturya, İsviçre gibi ülkelerde tümüyle yasak iken arasında ülkemizin de bulunduğu İngiltere, Fransa, Norveç, İspanya, Hindistan, Yeni Zelanda gibi ülkelerde sadece tıbbi nedenlerle kullanılabilir (43).

IVF + PGT, invaziv bir yöntem olması, pahalı olması, tekrar uygulamayı gerektirebilmesi, tıbbi müdahale gerektirmesi nedeniyle anne açısından risklerinin bulunmasına rağmen başarı oranının sperm ayırma yöntemine göre daha yüksek olması nedeniyle (%75-85'e karşılık %99) kullanımı serbest olan ülkelerde cinsiyet seçimi için tercih edilen yöntemlerin başında gelmektedir (44). Ancak invaziv, pahalı ve riskleri olan bir yöntem olması uygulanma sayısını sınırladığından doğumdaki cinsiyet oranları üzerine bir etkisinin olması beklenmez (36).

3-İnvaziv Olmayan Prenatal Tanı

Gebelik esnasında cinsiyet seçiminin yapılabilmesi için önce embriyo veya fetüsün cinsiyetinin tayin edilmesi gerekir. Fetüs cinsiyetini tayin etmek için CVS, amniyosentez, ultrasonografi, NIPT gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bu testlerden birisi ile fetüsün cinsiyeti belirlendikten sonra fetüsün istenilmeyen cinsiyette olması durumunda gebelik sonlandırılmaktadır. CVS ve amniyosentez invaziv girişimler olup CVS sıklıkla 10-14 haftalar arasında, amniyosentez ise 15 hafta ve sonrasında uygulanır. Her iki yöntemin de yapılan işleme bağlı risklerinin bulunmasının yanı sıra fetüsün istenilen cinsiyette olmaması nedeniyle yapılan gebelik sonlandırma işleminin de gebelik haftası arttıkça artış gösteren riskleri bulunmaktadır. Bu nedenlerle cinsiyet seçiminin önemli oranda yapıldığı Hindistan, Çin gibi ülkelerin haricinde amniyosentez, CVS gibi girişimlerin sadece fetüsün cinsiyetinin belirlenmesi amacıyla kullanılması tercih edilen bir uygulama değildir.

Ultrason teknolojisinin gelişmesine paralel olarak 1980'li yıllardan itibaren, Doğu ve Güney Asya'da yer alan ülkelerin çoğunda fetüsün cinsiyetinin belirlenmesi için ultrason yaygın olarak kullanılmış ve bu durum milyonlarca dişi fetüsün hayatının düşük yaptırılarak sonlandırılması ve cinsiyet oranlarının belirgin bir şekilde bozulması ile sonuçlanmıştır (45). Hindistan, Çin gibi cinsiyet seçiminin toplumda cinsiyet oranını bozacak düzeyde yapıldığı ülkelerde en çok kullanılan yöntem olan ultrason ile 12-13. haftalardan itibaren, %98-100 doğruluk oranıyla fetüs cinsiyetinin belirlenebileceği bildirilmiştir (46,47).

Fetal cinsiyet tayininde kullanılan en son teknoloji olan NIPT'de gebenin plazmasından elde edilen serbest fetal DNA [cell-free fetal DNA, (cffDNA)] kullanılarak fetüsün cinsiyet tayini yapılır. Serbest fetal DNA testi olarak da bilinen NIPT, 2011 yılında kullanıma girmiştir (48). Serbest fetal DNA, gebenin kan dolaşımında 7. hafta gibi çok erken dönemde saptanabilmekte, 8-9. gebelik haftasından itibaren bu testin yapılması mümkün olmakla (49, 50) birlikte laboratuvarlar genellikle 10. haftadan itibaren numune kabul etmektedir. Test öncelikli olarak Down sendromu gibi kromozom anomalilerinin taranması için geliştirilmiştir. Test ile fetal cinsiyetin doğru saptanma oranı çok yüksek olup %100'e yakın bildirilmiştir (51,52). NIPT, tarama sonuçlarının çok iyi olması, kromozom anomalilerinin kesin tanısı için yapılması gereken invaziv girişim oranında belirgin bir azalmaya yol açması, anne kanından bakıldığı için fetüs üzerinde olumsuz bir etkisinin bulunmaması ve genetik tanı teknolojisindeki ilerlemelerin etkisi ile hızla gelişmekte olması nedenleriyle gelecek açısından büyük bir potansiyel vaat etmektedir.

NIPT'nin tıbbi nedenler ile yapılması etik açıdan onaylanırken cinsiyet seçimi için kullanımı sıklıkla etik bulunmamaktadır. Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği Etik Komitesi (41) 2007 yılında yayınladığı kılavuzda cinsiyete bağlı geçiş gösteren hastalıkların önlenmesi için cinsiyet seçiminin yapılmasını etik açıdan onaylarken dengeli aileyi de içerecek şekilde kişisel veya ailevi nedenlerle cinsiyet seçiminin yapılmasına karşı çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO), UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu), UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu), OHCHR (Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği) gibi uluslararası kurumlar ile ortak "Cinsiyete Dayalı Seks Seçimini Önleme – Preventing Gender-Biased Sex Selection" bildirgesinde biyolojik norma aykırı olarak toplumun cinsiyet oranlarını bozan cinsiyet ayırımının daima kız çocuklarının aleyhine olduğu bildirilmiştir. Ayrıca hükümetlerin insan hakları ile bağlantılı olarak kadın ve kız çocuklarının haklarını korumak zorunda olduğu, cinsiyet seçiminin yapılmasını önlemek için yeni geliştirilen teknolojilerin kullanımının yasaklanmasının kadınların bu hizmetlerden yararlanmasına zarar vereceği vurgulanmıştır (53). Cinsiyet seçimi için kullanılan testlere genel olarak bakıldığında NIPT testinin önemi bu konuda gebeliğin en erken döneminde sonuç vermesi ve genetik teknolojisindeki hızlı ilerlemeler nedeniyle gelişmelere açık olmasıdır. Gebelikte cinsiyet tayinine yönelik kullanılan testler içinde en erken dönemde netice veren NIPT testidir. Fetüsün cinsiyetini CVS ile en erken 10-11. hafta, amniyosentez ile 15-16. haftadan sonra öğrenmek mümkün olabilmektedir. Ultrason ile fetüsün cinsiyeti en erken 11. haftadan itibaren öğrenilebilmekle birlikte bu haftada doğruluk oranı sadece %50-75 civarındadır. (54-56) Fetal cinsiyet tayini %100'e yakın olarak ultrason ile 13. hafta, NIPT ile 8. haftadan sonra yapılabilmektedir (51).

NIPT'nin cinsiyet seçimi veya diğer tıbbi olmayan nedenler ile yaygın kullanımı ve özellikle de normal gebeliklerin sonlandırılmasına yol açmasının prenatal tanı testleri danışma ve düşük servislerinin kullanımının azaltılmasına yönelik bir baskıya yol açabileceğinden endişe edilmektedir (19). Buna karşın, cinsiyet seçimini önlemek amacı ile NIPT kullanımının yasaklanması veya kısıtlanmasının zarar verici olduğu ve bireysel özerkliği ihlal edeceği bildirilmiştir (19). Ülkemizde cinsiyet ile ilişkili kalıtsal hastalık nedeniyle yapılan incelemelerin haricinde sonuç raporunda embriyo/fetüs cinsiyeti ile ilgili bilgi verilmemektedir. Genetik kod içermesi, hastalık potansiyeli ve gelecek nesillere aktarım ile ilgili verileri barındırması nedeniyle genomik bilgi kişiye özel olup kişi dışında başkaları ile paylaşılmaz. Bu nedenle genetik tanı sonuçları Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'ne girilmemektedir. Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliğinde de (1998: madde 19) sonuçların kişinin rızası olmadan üçüncü kişilere bildirilemeyeceği belirtilmiştir (57). Ancak, doktorun isteği ile bu konuda esneme olabileceği gibi sonuçların Hastane Bilgi Yönetim Sistemine (HSYS) kayıt edilmemesi nedeniyle sistem üzerinden denetleme imkanı da bulunmamaktadır.

TARTIŞMA

Henüz gelişim aşamasında olan bir teknolojinin sonraki aşamalarda oluşturacağı etik/ahlaki sonuçlarını önceden tam olarak tahmin etmek güç olup her şeyden önce teknolojinin nereye evrileceğinin doğru olarak tahmin edilmesini gerektirir. Ayrıca bu sonuçlar önceden doğru olarak tahmin edilmiş olsa bile tahminin yapıldığı dönemde varsayımsal bilgi niteliğinde olup önemli bir etki oluşturması beklenmez. Bu durumun farkında olarak cinsiyet seçiminde gelişimi devam eden teknolojilerin ileride etik açıdan yol açması beklenen sonuçlarını üç grupta toplayabiliriz. Bunlar: 1-Yöntemin evde uygulanabilmesi nedeniyle tıbbi olmaktan çıkması. 2-Cinsiyetin daha erken gebelik haftasında belirlenmesi ve invaziv girişim gerektirmemesi nedeniyle işlemin kolaylaşması, 3-Maliyetin azalması nedeniyle daha geniş kitlelerinin erişim imkanının doğması ve giderek ticarileşmesi. Bu sonuçlar açısından ileri teknoloji uygulamalarını tekrar ele aldığımızda tüp bebek + PGT uygulamasında önemli bir ilerleme ve değişme beklenmezken sperm ayırma teknikleri ile NIPT'nin önem arz ettiği görülür.

1-Cinsiyet Seçiminin Tıbbi Olmaktan Çıkması

Mikroakışkan çip ile cinsiyet seçiminin bir sağlık kuruluşunda ve sağlık personelinin gözetiminde yapılan uygulama olmaktan çıkıp kişinin evinde, kendi mahrem alanı içinde, sağlık çalışanlarının kontrolü olmaksızın gerçekleştirebileceği bir uygulama haline geleceği iddia edilmiştir (28). Yöntemin evde kullanımı beraberinde kadının evde kendi kendine yapacağı inseminasyonu da gündeme getirmiştir. Bu konuda yeterli tecrübe olmayıp eski bir çalışmada evde kendi kendine inseminasyonun bazı kısıtlamalarının olduğu ve sıklıkla birden fazla girişimi gerektirdiği bildirilmiştir (58). Evde kullanım için geliştirilecek olan kitlerin satışına ülkemizde izin verilmesi beklenmemekle birlikte bu durum kişilerin test kitlerine erişemeyeceği anlamına gelmez. Cinsiyet seçimini yaptırmak isteyen kişiler bu kitleri serbestçe satılan ülkelerden temin edebilecekleri gibi uygulamanın serbest olduğu komşu ülkelerdeki merkezlerden de yararlanabilirler.

NIPT ile fetal cinsiyet tayin kitleri bazı ülkelerde, ticari bir ürün olarak doğrudan satışa sunulmuştur (59). Dolayısı ile bir sağlık kuruluşuna gitmeye gerek kalmadan gebeliğin 8-9. hafta gibi erken bir dönemde embriyonun cinsiyetinin öğrenilmesi mümkün hale gelmiştir. Ülkemizde de olduğu gibi 10. haftaya kadar isteğe bağlı gebelik sonlandırması serbest olan bir ülkede embriyonun cinsiyetinin öğrenilmesi daha kolay kürtaj kararı almasına neden olabileceği gibi eğer embriyo istenilen cinsiyette ise başka bir nedenden dolayı olası bir kürtajı da önleyebilecektir.

2-Cinsiyet Seçiminin Kolaylaşması ve Risklerinin Azalması

NIPT ile fetal cinsiyet tayini gebeliğin 8. haftasından itibaren anne adayından kan almak suretiyle mümkün olup bu durum ultrason, amniyosentez veya CVS yapılarak gerçekleştirilen cinsiyet tayinine göre cinsiyet seçimini daha kolay, güvenli ve gebeliğin çok daha erken döneminde yapılabilir hale gelmesini sağlamıştır. Gebenin ultrason incelemesi veya invaziv girişim gerekmeden, gebeliğin erken döneminde ve güvenilir olarak NIPT ile embriyo cinsiyetini öğrenebilmesinin aileleri cinsiyet seçimi konusunda teşvik edeceği bildirilmiştir (59,60). Gebelik haftası küçüldükçe gebenin fetüs ile bağının giderek daha zayıf olması, gebelik bilgisinin henüz başkaları ile paylaşılmaması nedeniyle cinsiyet seçimi veya başka bir nedenle gebelik sonlandırma kararının alınması daha kolay olabilir. Ayrıca yasal gebelik sonlandırma süresi içinde cinsiyeti nedeniyle istenilmeyen bir gebeliğin sonlandırma fırsatı ailelere vermiş olur. Ülkemizde NIPT ile fetüs cinsiyetini tayin eden kitler satılmamaktadır. Tıbbi nedenlerle NIPT yapılırken daha iyi sonuç alabilmek için 9-10. haftadan sonra gebeden kan alınmaktadır. Dolayısı testin sonucu isteğe bağlı gebelik sonlandırma sınırı olan 10. haftadan sonra gelmektedir. Ayrıca, daha önce sözü edildiği üzere embriyo veya fetüsün cinsiyeti ile ilgili bilgi sonuç formunda yer almamaktadır. Dolayısı ile yasal isteğe bağlı gebelik sonlandırma süresi içinde NIPT'nin embriyo cinsiyetinin öğrenilmesi amacıyla kullanımı yapılan düzenlemeler ile önlenmiş durumdadır.

Sperm ayırma testlerinin başarı oranını arttırmaya yönelik çalışmalar devam etmekte olup bu konuda yeterli ilerlemenin sağlanması durumunda sperm ayırma + inseminasyon yöntemi daha az invaziv olması ve maliyetinin düşmesi nedeniyle IVF + PGT'nin yerini alabilir. Mikroakışkan çip ile sperm ayırmanın evde uygulanabilecek şekilde geliştirilmesinin hem yöntemin maliyetini azaltacağı hem de tıbbi uygulama kapsamından çıkaracağı bildirilmiştir (28).

3-Cinsiyet Seçimi Uygulamalarının Ticarileşmesi ve Geniş Kitlelere Uygulanabilir Hale Gelmesi

Daha önce belirtildiği üzere NIPT ile fetal cinsiyet tayin kitleri bazı ülkelerde, ticari bir ürün olarak doğrudan satışa sunulmuş olup isteyen herkes bu kitleri almak suretiyle gebeliğin 8. haftasından itibaren fetüsün cinsiyetini öğrenebilmektedir. Ülkemiz için söz konusu olmamakla birlikte NIPT ile fetal cinsiyet tayininin bazı ülkelerde ticarileştiği ve geniş kitlelere uygulanabilir hale geldiği söylenebilir. Sperm ayırma yöntemlerinin henüz bu aşamaya geldiği söylenemez. Ancak, cinsiyet seçimi için mikroakışkan çip yönteminin geniş kitlelerde, düşük fiyat ile uygulanma potansiyelinin bulunduğu ve bu şekilde uygulamaya girmesi halinde sosyal etkilerinin oldukça fazla olabileceği bildirilmiştir (28,61). Mikroakışkan çipe özel etik sorunlar üç ana başlıkta toplamış olup bunlar: 1-Yöntemin evde uygulanması nedeniyle cinsiyet seçiminin tıbbi bir uygulama olmaktan çıkması. 2-Yöntemin doğrudan tüketiciye pazarlanacak şekilde geliştirilmesi (Görüldüğü üzere bu yöntem ile kişi hasta değil bir müşteri olarak görülmektedir). 3-Teknolojinin "açık pazar" haline dönüşecek olması.

Özetle, NIPT testinin günümüzde pahalı olması ve bu testi yapabilecek genetik laboratuvar imkanlarını gerektirmesi nedeniyle kısıtlı sayıda yapılabilmekle birlikte gelecekte genetik teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak çok daha fazla erişilebilir hale gelme olasılığı yüksek olup bazı ülkelerde bu yönde uygulamalar başlamıştır. Sperm ayırma tekniklerindeki ilerlemelerin neticesinde benzer sonuçların ortaya çıkması da çok olası görünmektedir. Her iki testin daha kolay, hızlı, güvenilir ve ucuz yapılır hale gelmesi beraberinde ticarileşme ile birlikte geniş kitlelerin ilgisini çekip çok daha fazla oranlarda uygulanmasına neden olabilir. Nitekim, mikroakışkan çip ile evde, düşük maliyet ile kolay ve güvenli bir şekilde kullanımının ilgi uyandırıp daha önce cinsiyet seçimi yapmayı düşünmeyenlerin bile ilgisini çekebileceği ve ürünün doğrudan kişilere pazarlanmasının önemli etik tartışmaları da beraberinde getireceği bildirilmiştir (28). Günümüzde tıbbi olmayan nedenlerle yapılan cinsiyet seçimi sağlık turizminin önemli nedenlerinden birisidir (62). ABD'de 2005 yılı itibarıyla yapılan IVF + PGT sikluslarının %9'u tıbbi olmayan cinsiyet seçimi için yapılmıştır (63). Sonuçta ticarileşen, kolaylaşan ve geniş kitlelerin ilgisini çeken uygulamaların daha yoğun etik sorunlara yol açması kaçınılmaz görünmektedir.

Aşırı yapılan cinsiyet seçiminin sonucunda kadın sayısının giderek azalmasının bir süre sonra kadının değerinde ve sosyal statüsünde artış ile sonlanabileceği ve kız çocuklarının daha çok arzulanır hale gelebileceği bildirilmiştir (64). Ancak yapılan çalışmalar bu görüşü doğrulamamaktadır. Hindistan'da 1994 ve 2003 yıllarında cinsiyet seçimini önlemeye yönelik yasal düzenlemelerin yapılmış olmasına rağmen yapılan çalışmalar cinsiyet oranında bir düzelmenin olmadığını hatta daha da kötüleşme olduğunu göstermiştir (65,66). Yasal düzenlemelere rağmen cinsiyet oranında bir düzelmenin olmaması hatta kötüye doğru bir gidişin olduğunun bildirilmesinde yeni teknolojik gelişmeler sayesinde cinsiyet tayininin daha erken, zahmetsiz ve güvenilir olarak yapılır hale gelmesinin de etkisi olabilir. Çin'de 1987 yılında yapılan bir yasal düzenleme ile doktorların ultrason ve amniyosentezi yasa dışı kullanması ve gebeleri bebeğin cinsiyeti konusunda bilgilendirmesi yasaklanmıştır (67). Ancak bu yasal düzenlemelerin etkisiz kaldığı, sıklıkla uygulanmadığı, dişi fetüse yönelik cinsiyet seçimi için düşüklerin hala yaptırıldığı ve yasalara karşı gelindiği halde mahkûm olanların sayısının az olduğu bildirilmiştir (68). Bu sonuç, cinsiyet seçimine bağlı olarak kadın sayısının giderek azalmasının veya cinsiyet seçimine yönelik yasaklama ve baskının sorunun çözümünde tek başına etkili olmadığını göstermektedir. Burada esas yapılması gereken erkek cinsiyet tercihine neden olan etmenlerin düzeltilmesidir (66,69). Erkek cinsiyet tercihine neden olan etmenlerin düzeltilmesinin yanı sıra

kadının sosyal statüsünü artıracak, ekonomik açıdan güçlendirecek, her açıdan onu değerli kılacak düzenlemelerin de yapılması gerekir. Erkek egemen toplum yapısı devam ettikçe cinsiyet seçimi de az ya da çok yapılmaya devam edecektir.

SONUÇ

Yapılan pek çok çalışmada aynı cinsiyetten en az üç çocuğu olup karşı cinsiyetten hiç çocuğu olmayan ailelerde açık bir şekilde sahip olmadıkları cinsiyetten çocuk sahibi olma isteğinin bulunduğu gösterilmiştir (70,71). Buna ilave olarak teknolojik ilerlemeler toplumsal değer yargılarının değişiminden hızlı olduğu sürece bazı aileler sahip oldukları değer yargıları nedeniyle cinsiyet seçimine ihtiyaç duyacak ve mevcut teknolojik gelişmelerin sağladığı imkanlardan yararlanmak isteyecektir. Belki de teknolojik gelişmelerin sağladığı maddi ve işleme yönelik kolaylıklar aileleri bu yönde teşvik edecektir. Bu nedenlerle cinsiyet seçimi ile ilgili tartışmaların gelecekte de devam etmesi kaçınılmaz görünmektedir. Ülkemiz için mevcut durum bazı yasaklama ve hukuki düzenlemeler ile en azından toplumda cinsiyet oranını değiştirecek düzeyde bir cinsiyet seçiminin yapılmadığını göstermekle birlikte bu yapılmadığı anlamına gelmez. Esasen bu konuda yapılan çalışmalar yok denecek kadar az olup bilgi sahibi olduğumuz da söylenemez. Teknolojik gelişmeler devam edeceğine göre ileride yasaklama ve hukuki düzenlemelerin nereye kadar etkili olabileceğinin sorgulanması gerekir. Yasaklama ve hukuki düzenlemeler cinsiyet seçiminin geçici çözümü olup esas yapılması gereken toplumda cinsiyet ayrımcılığı ile mücadeledir. Bu bağlamda cinsiyet seçimine yol açan nedenlerin ortaya konularak giderilmesi, kadının sosyal statüsünün artırılması, ekonomik açıdan güçlendirilmesi, kadının eşit haklara sahip bireyler olarak toplumun her kademesinde yerini almasına yönelik düzenleme ve çalışmaların etkili bir şekilde yapılması büyük önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gölpınar S, Arda B. Tıbbi etik açısından: Doğum öncesinde cinsiyet belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuk-Tarihi Dergisi 1995; 3 (2): 85-89.
2. Koyun A, Örnek Büken N. Bir eşitlik ve yaşama hakkı ihlali: Cinsiyet seçimi. Journal of Human Sciences 2013; 10 (1): 34-46.
3. George SM. Millions of missing girls: From fetal sexing to high technology sex selection in India. Prenat Diagn 2006; 26 (7): 604-609.
4. Sen A. More Than 100 Million Women Are Missing. New York Review of Books 1990: 219-222.
5. Hvistendahl M. Unnatural selection: Choosing boys over girls, and the consequences of a world full of men. Public Affairs, 2011.
6. de Wert G, Dondorp W. Preconception sex selection for non-medical and intermediate reasons: Ethical reflections. Facts Views Vis Obgyn 2010; 2 (4): 267-277.
7. Kalfoglou A, Scott J, Hudson K. Attitudes about preconception sex selection: A focus group study with Americans. Human reproduction 2008; 23 (12): 2731-2736.
8. Walton DN. Slippery Slope Arguments. Oxford University Press, 1992: 566-568.
9. Topçu E, Yalım NY. Preimplantasyon genetik tanının öjeniye ve insanın araçsallaştırılmasına yol açıp açmayacağına tıp etiği açısından yamaç aşağı kayma argümanı ile değerlendirilmesi. Türkiye Biyoetik Dergisi 2015; 2 (3): 187-201.
10. Strong C. Can't you control your children? Am J Bioeth 2001; 1 (1): 12-13.
11. Kalfoglou AL, Kammersell M, Philpott S, Dahl E. Ethical arguments for and against sperm sorting for non-medical sex selection: A review. Reprod Biomed Online 2013; 26 (3): 231-239.
12. Zafran R. Non-medical sex selection by preimplantation genetic diagnosis: Reflections on Israeli law and practice. NCJL & Tech 2007; 9: 187.
13. Serour GI, Dickens BM. Assisted reproduction developments in the Islamic world. Int J Gynaecol Obstet 2001; 74 (2): 187-193.
14. Baldwin T. Understanding the opposition. Prenat Diagn 2006; 26 (7): 637-645.
15. Sen G. Gender Biased Sex Selection. Geneva: Key Issues for Action Briefing Paper for WHO, 2009.
16. Gupta MD. Selective discrimination against female children in rural Punjab, India. Population and development review 1987; 13 (1): 77-100.

17. [UNFPA-İnternet]. Li S. Imbalanced sex ratio at birth and comprehensive intervention in China (Paper prepared for the 4th Asia and Pacific Conference on Sexual and Reproductive Health and Rights, Hyderabad, India). UNFPA, 2007. Erişim: (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/china.pdf>). Erişim Tarihi: 25.03.2023.
18. [ICRW-İnternet]. Pande R, Nanda P, Lee-Rife S. Postnatal discrimination against Indian girls: Severe stunting, 1992–2006 (International Center for Research on Women Fact Sheet #3). ICRW, 2009. Erişim: (<https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/44952/131417.pdf?sequence=1&isAllowed=n>). Erişim Tarihi: 25.03.2023.
19. Chapman AR, Benn PA. Noninvasive prenatal testing for early sex identification: A few benefits and many concerns. *Perspect Biol Med* 2013; 56 (4): 530-547.
20. [UNFPA-İnternet]. Guilmoto CZ Sex-ratio imbalances in Asia: Trends, consequences, and policy responses. UNFPA, 2005. Erişim: (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/regional_analysis.pdf). Erişim Tarihi: 25.03.2023.
21. Davis DS. Genetic dilemmas: Reproductive technology, parental choices, and children's futures. Oxford University Press, 2010.
22. Macklin R. The ethics of sex selection and family balancing. *Seminars in reproductive medicine* 2010; 28 (4): 315-321.
23. Robertson JA. Children of choice: freedom and the new reproductive technologies. Princeton University Press, 1994.
24. van Balen F, Inhorn MC. Son preference, sex selection, and the "new" new reproductive technologies. *Int J Health Serv* 2003; 33 (2): 235-252.
25. Robertson JA. Preconception gender selection. *Am J Bioeth* 2001; 1 (1): 2-9.
26. Dahl E, Beutel M, Brosig B, Hinsch KD. Preconception sex selection for non-medical reasons: A representative survey from Germany. *Hum Reprod* 2003; 18 (10): 2231-2234.
27. Oomman N, Ganatra BR. Sex selection: the systematic elimination of girls. *Reprod Health Matters* 2002; 10 (19): 184-188.
28. Kudina O. Accounting for the moral significance of technology: Revisiting the case of non-medical sex selection. *J Bioeth Inq* 2019; 16 (1): 75-85.
29. [MicroSort-İnternet]. Purity and Results. Erişim: (<https://www.microsort.com/results/>). Erişim Tarihi: 08.02.2023.
30. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynaecology sex selection. London: 1994.
31. Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology bay the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London: FIGO, 2015: 19-21.
32. Guideline 017: Sex selection for nonmedical purposes. In: Chervenak FA ML, editor. FIGO Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology London: FIGO, 2021: 57-58.
33. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Preconception gender selection for nonmedical reasons. *Fertil Steril* 2001; 75 (5): 861-864.
34. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Use of reproductive technology for sex selection for nonmedical reasons. *Fertility and Sterility* 2015; 103 (6): 1418-1422.
35. Use of reproductive technology for sex selection for nonmedical reasons: An Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility* 2022; 117 (4): 720-726.
36. Milliez J. Sex selection for non-medical purposes. *Reproductive BioMedicine Online* 2007; 14: 114-117.
37. Harper JC, Sengupta SB. Preimplantation genetic diagnosis: state of the art 2011. *Hum Genet* 2012; 131 (2): 175-86.
38. The Ethics Committee of the American Society of Reproductive Medicine. Sex selection and preimplantation genetic diagnosis. *Fertil Steril* 1999; 72 (4): 595-598.
39. Malpani A, Malpani A, Modi D. Preimplantation sex selection for family balancing in India. *Human reproduction* 2002; 17 (1): 11-2.
40. Parikh F. Sex-selection by IVF: Detrimental to Indian women. *Issues Med Ethics* 1998; 6 (2): 55.
41. ACOG Committee Opinion No. 360: Sex selection. *Obstet Gynecol* 2007; 109 (2 Pt 1): 475-478.
42. Bouffard C, Viville S, Knoppers BM. Genetic diagnosis of embryos: clear explanation, not rhetoric, is needed. *CMAJ* 2009; 181 (6-7): 387-391.
43. Pessach N, Glasser S, Soskolne V, Barash A, Lerner-Geva L. The Israeli National Committee for sex selection by pre-implantation genetic diagnosis: A novel approach (2005-2011). *Isr J Health Policy Res* 2014; 3 (1): 33.
44. [GenderSelect-İnternet]. Methods of gender selection. Erişim: (<http://chooseagender.com/Methods-Of-Gender-Selection.aspx>). Erişim Tarihi: 02.09.2022.
45. Miller BD. Female-selective abortion in Asia: Patterns, policies, and debates. *Am Anthropol* 2001; 103 (4): 1083-1095.
46. Hsiao C, Wang H, Hsieh C, Hsu J. Fetal gender screening by ultrasound at 11 to 13+ 6 weeks. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2008; 87 (1): 8-13.
47. Efrat Z, Akinfenwa OO, Nicolaidis KH. First-trimester determination of fetal gender by ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999; 13 (5): 305-307.

48. Lo YM, Corbetta N, Chamberlain PF, Rai V, Sargent IL, Redman CW, et al. Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. *Lancet* 1997; 350 (9076): 485-487.
49. [Erudit-BioéthiqueOnline-İnternet]. Haidar H, Dupras C, Ravitsky V. Non-invasive prenatal testing: Review of ethical, legal and social implications. 2016; 5. Erişim: (<https://www.erudit.org/en/journals/bo/2016-v5-bo03553/1044264ar/>). Erişim Tarihi: 25.03.2023.
50. McCullough RM, Almasri EA, Guan X, Geis JA, Hicks SC, Mazloom AR, et al. Non-invasive prenatal chromosomal aneuploidy testing--clinical experience: 100,000 clinical samples. *PLoS One* 2014; 9 (10): e109173.
51. Colmant C, Morin-Surroca M, Fuchs F, Fernandez H, Senat M-V. Non-invasive prenatal testing for fetal sex determination: is ultrasound still relevant? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2013; 171 (2): 197-204.
52. Koumbaris G, Kypri E, Tsangaras K, Achilleos A, Mina P, Neofytou M, et al. Cell-Free DNA Analysis of Targeted Genomic Regions in Maternal Plasma for Non-Invasive Prenatal Testing of Trisomy 21, Trisomy 18, Trisomy 13, and Fetal Sex. *Clin Chem* 2016; 62 (6): 848-855.
53. World Health Organization (WHO). Preventing gender-biased sex selection: An interagency statement-OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO. WHO, 2011.
54. Odeh M, Granin V, Kais M, Ophir E, Bornstein J. Sonographic fetal sex determination. *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64 (1): 50-57.
55. Has R, Topuz S, Yıldırım E, İbrahimoğlu L. Birinci trimesterde ultrasonla fetal cinsiyet tayini. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2002; 12: 228-231.
56. Ergin RN, Yayla M. Birinci trimester ultrasonografisinde cinsiyet tayini doğruluk yüzdesi. *Perinatal Journal/Perinatoloji Dergisi* 2014; 22 (2): 74-78.
57. Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği. Resmi Gazete, Tarih: 10.06.1998, Sayı: 23368.
58. Wikler D, Wikler NJ. Turkey-baster babies: The demedicalization of artificial insemination. *Milbank Q* 1991; 69 (1): 5-40.
59. Benn PA, Chapman AR. Ethical challenges in providing noninvasive prenatal diagnosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010; 22 (2): 128-134.
60. Hall S, Reid E, Marteau TM. Attitudes towards sex selection for non-medical reasons: A review. *Prenat Diagn* 2006; 26 (7): 619-626.
61. Verbeek P-P. Toward a theory of technological mediation. *Technoscience and postphenomenology: The Manhattan papers* 2015;189.
62. Van Hoof W, Pennings G, De Sutter P. Cross-border reproductive care for law evasion: A qualitative study into the experiences and moral perspectives of French women who go to Belgium for treatment with donor sperm. *Social Science & Medicine* 2015; 124: 391-397.
63. Baruch S, Kaufman D, Hudson KL. Genetic testing of embryos: practices and perspectives of US in vitro fertilization clinics. *Fertil Steril* 2008; 89 (5): 1053-1058.
64. Levy N. Against sex selection. *South Med J* 2007; 100 (1): 107-9; discussion 10-11.
65. Manchanda S, Saikia B, Gupta N, Chowdhary S, Puliye JM. Sex ratio at birth in India, its relation to birth order, sex of previous children and use of indigenous medicine. *PloS one* 2011; 6 (6): e20097.
66. Sahni M, Verma N, Narula D, Varghese RM, Sreenivas V, Puliye JM. Missing girls in India: infanticide, feticide and made-to-order pregnancies? Insights from hospital-based sex-ratio-at-birth over the last century. *PLoS One* 2008; 3 (5): e2224.
67. Keyzers L. Where are the missing Chinese girls? *News! Womens Glob Netw Reprod Rights* 1991 (36): 15.
68. Garg S, Nath A. Female feticide in India: issues and concerns. *J Postgrad Med* 2008; 54 (4): 276-279.
69. George S, Abel R, Miller BD. Female infanticide in rural South India. *Economic and political weekly* 1992: 1153-1156.
70. Missmer SA, Jain T. Preimplantation sex selection demand and preferences among infertility patients in Midwestern United States. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 2007; 24: 451-457.
71. Ahmad Al-Akour N, Khassawneh M, Khader Y, Dahl E. Sex preference and interest in preconception sex selection: A survey among pregnant women in the north of Jordan. *Hum Reprod* 2009; 24 (7): 1665-1669.

Yad Ellerin Klinik Diş Hekimliği El Kitabı

A Far Foreign Manual of Dentistry

Süleyman DİLEK^a

Özet: Bu çalışmada "Oxford Klinik Diş Hekimliği El Kitabı" genel olarak tanıtılmış ve özel olarak tıp etiği ile bağlantılı bölümleri incelenmiştir.

Anahtar sözcükler: Diş hekimliği; Tıp etiği; Oxford Diş Hekimliği El Kitabı

--

Abstract: In this study, the "Oxford Handbook of Clinical Dentistry" was introduced in general and its sections related to medical ethics were examined in particular.

Keywords: Dentistry; Medical Ethics; Oxford Handbook of Clinical Dentistry

Diş hekimliği etiği alanında az sayıda Türkçe kaynak, özellikle kitap, bulunmaktadır. Bir diş hekimi olarak etik alanının içeriğini araştırıp bana katkı sağlayacağını düşündüğüm her türlü basılı ve dijital kaynağı kütüphaneme dahil etmeye çalışıyorum. Son günlerde karşılaştığım ve diş hekimlerine mesleki birçok konuda rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış olan "Oxford Klinik Diş Hekimliği El Kitabı", diş hekimliği meslek etiğini ilgilendiren bölümler de içermesi bakımından dikkatimi çekti ve bir kopyasını edindim. Pratik mesleki bilginin yanında mesleğin medikososyal yönlerinin de ele alındığı, taslağı 1989 yılında oluşturulan bu kitabın ilk baskısı 1991 yılında yayımlanmış (1). Kitabın serüvenini takip ettiğimde altıncı baskısının 2014 yılında, yedinci baskısının ise 2020 yılında yayımlandığını gördüm (2,3). Benim sahip olduğum Türkçe çeviri, 2009 yılında Laura Mitchell ve David A. Mitchell editörlüğünde, Lorna McCaul' un katkılarıyla hazırlanan orijinal beşinci baskıdan yapılmış (1). Prof. Dr. Koray Gençay'ın ve Doç. Dr. Elif Bahar Tuan İnce'nin çeviri editörü olduğu ve İstanbul Tıp Kitabevleri'nden 2018 yılında çıkan kitap, İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğretim üyelerinden 14 değerli akademisyeni tarafından Türkçe'ye kazandırılmıştır (1).

Bu kitap diş hekimliği alanına ait neredeyse tüm konuları ana hatlarıyla ele alıp yetkinlikle işlemekle beraber kimi kritik ayrıntılara da değinme, kısa ve öz olma, görsel materyalden yararlanma gibi el kitabı formatının temel özelliklerine sahip. Her bölümde ana metnin şekillerle ve fotoğraflarla desteklenmiş, tablolar ile özetlenmiş bulunması kitaptan rehber veya danışman olarak yararlanılabilmesini sağlıyor. Kitapta güncel ve sağlam referanslara dayalı bilgiler aktarılmakta, bu bilgilerle bağlantılı aynı ya da farklı bölümde yer alan kısımlara göndermeler yapılmakta, elektronik veya basılı ileri okuma önerileri sunulmaktadır. Böylece kitap, okura hem belli noktalara hızlıca göz atma hem de konular hakkında derin bilgiye ulaşma kolaylığı sağlamaktadır.

Dikkatimi çeken ve vurgulamak istediğim bir husus, kitabın sonraki baskılarının geliştirilmesi amacıyla kullanılmak üzere editörlerin, okur tarafından yayıncıya iletilmesi için eserin içinde okurun görüş ve önerilerini yazdıkları boş sayfalara yer vermeleri. Editörlerin bu isteklerinin kuvvetle vurgulanarak dile getirilmesi, sahip olduğum kitabın önceki baskıların önsözlerine yer verdiği kısımda tespit ettiğim, önemli ve yararlı bulduğum bir yaklaşımdır.

^a Diş Hekimi, Tıp Tarihi ve Etik Bilim Uzmanı, Adana, Türkiye ✉ suleymandilek@gmail.com ORCID: 0000-0002-7561-0693

Gönderim Tarihi: 31.05.2023 • Kabul Tarihi: 12.06.2023

Yine bütün baskıların önsözlerinde yer alan bir başka husus ise kitabın önce bebeğe, sonra çocuğa, nihayet yetişkine benzetilmesi ve büyüme gelişmenin temel gıdası olarak da okur geri dönüşlerinin gösterilmesi. Örneğin üçüncü baskının önsözünde “Gururlu bir ebeveyn gibi ‘bebeğimizin’ sürekli gelişimiyle de şaşkınlık ve sevinç içerisindeyiz ve olumlu geri bildirim sağlayan veya bunlara yardımcı olan meslektaşlarımıza minnettarız... Bununla birlikte, boş sayfaların ek notlarımız için olduğunu hatırlatmak isteriz; bu boş sayfalar Diş Hekimliği El Kitabını benzersiz kılar. Bu ek açıklamaları bizimle paylaşmaktan çekinmeyin, aldığımız en iyi içeriği bir sonraki baskıda dahil etmekten ve katkıda bulunan kişiyi kabul etmekten mutluluk duyarız.” ifadesi yer alıyor (1). Dördüncü baskının önsözünde ise “Lütfen bize geri bildirim göndermeye devam edin gelecekteki sürümleri iyileştirmenin en iyi yolu budur.” ibaresi dikkat çekiyor (1). Türkçe çeviri editör önsözünde de “Bu hacime bakmayın. Bu kitabın içinde gerçekten ‘diş hekimliği’ var. Hepsi kendi alanında gayet yoğun iş yüküne sahip arkadaşlarımız hiçbir maddi çıkar ve beklenti olmaksızın çok özenli bir çalışma sergilediler.” denilerek çevirenlerin hakkı teslim ediliyor (1). Oluşmasında geniş bir kadro görev almış ve yine karşılıksız bilgi paylaşımı için verilen emeğe özel bir vurgu yapılmış. Orijinalinin okurdan, Türkçesinin gönüllü çevirmenlerden aldığı yoğun destek, kitabın çok paydaşlı bir ürün olarak değer kazanmasını; birliktelik ve paylaşımın büyüme güçlü bir eser olmasını sağlıyor.

Oxford Klinik Diş Hekimliği El Kitabı 19 adet ana bölümden oluşmaktadır. “Anamnez ve Muayene” başlıklı ilk bölümde “dinle-bak-öğren”, “muayene ve tetkiklerin incelenmesi” ve “ayırıcı tanı ve teşhis” alt bölümleri yer alıyor. “Koruyucu ve Toplum Diş Hekimliği” başlıklı ikinci bölümde ise alt bölümler “diş çürüğü”, “fluorid uygulamaları”, “diyet analizi ve önerileri”, “diş bakımının sağlanması”, “diş bakımının edinilebilirliği” ve “engelli bireyler için diş hekimliği” şeklinde sıralanıyor (1). Alt bölümlerine değinilmeyecek olan sonraki bölümlerin başlıkları ise “Çocuk Diş Hekimliği”, “Ortodonti”, “Periodontoloji”, “Restoratif Diş Hekimliği”, “Protetik ve Gerodontoloji”, “Ağız Cerrahisi”, “Ağız Hastalıkları” ve “Maksillofasial Cerrahi”. On birinci bölüm olan “Diş Hekimliği İle İlgili Tıp”, “genel tıp bilgileri”, “acil durumlar” ve “yatan hastalar” hakkında alt bölümler içeriyor (1). İzleyen bölümlerin başlıkları “Terapötikler”, “Analjezi, Anestezi ve Sedasyon” ve “Dental Materyaller”. Aşağıda ayrıntılı olarak ele alınacak on beşinci ve on altıncı bölümlerin arkasından gelen son üç bölüm ise “Klinik Yönetimi”, “Baş Boyun Sendromları”, “Faydalı Bilgiler ve Adresler” şeklinde (1). Klinik Yönetimi’nde sırasıyla “yönetim becerileri”, “işe alım”, “işten çıkarma”, “iş sağlığı”, “güvenlik”, “mali yönetim”, “mesaiye kalma”, “pazarlama”, “klinik broşürleri”, “diş hekimliği pratiği ve bilgisayar”, “mesleki eğitim”, “sürekli mesleki gelişim” “kanıta dayalı tıp/diş hekimliği”; Faydalı Bilgiler ve Adresler’de ise “tıp ve diş hekimliğinde bazı yeterlilikler”, “frez numaraları”, “tel ölçüleri”, “eğilim boyutları”, “geçiş sınavları”, “dünya çapında diş hekimliği alanı veri tabanları”, “kullanışlı internet siteleri” ve “faydalı adresler” konuları ele alınıyor (1).

Yukarıda da belirtildiği üzere pratik mesleki bilginin yanında mesleğin medikososyal yönlerinin de yetkinlikle ele alınması kitabın çarpıcı ve alanımız açısından dikkat çekici boyutunu oluşturuyor. Medikososyal olarak adlandırabileceğimiz konulara ayrılmış iki bölüm, etik, yasal, idari, mali hususların diş hekimliği pratiği ve klinik uygulamaları ile bütünleşmesine ve en az onlar kadar önem taşımaya işaret ediyor.

On beşinci bölüm olan “Hukuk ve Etik”, Birleşik Krallık’ta diş hekimliği bağlamında ki düzenlemeleri “yasal prosedür”, “şikayetler”, “onam alma”, “sözleşmeler”, “ihmal”, “kusur”, “mesleki tazminat”, “yardım amaçlı diş hekimliği hizmeti ve kuruluşları”, “meslek standartları ve etiği”, “diş hekimleri odasına kayıt”, “şikayet edilmemek için alınan önlemler”, “davalı durumuna düşmeme yolları”, “adli diş hekimliği” başlıkları altında anlatıyor (1).

Bu bölümde kullanılan kimi çarpıcı ibareler özellikle dikkat çekiyor. Bunlara iki örnek olarak “onamsız tedavi = fiili saldırı/kötü muamele”, “genel onam alınması ancak tedavinin içeriği ile ilgili açıklama yapılmaması = ihmal” verilebilir (1). Kitabın birçok etik konuyu ele alabildiğinin de bir örneği olarak onam bağlamında, çocuklardan ve zihnen yetersiz yetişkinlerden onam alınması; onam alma sürecindeki sorunlar; onam almada ihmal ve sorumluluk, hakkındaki açıklamalar verilebilir (1).

Alanımız açısından dikkat çeken diğer bölüm ise “Profesyonellik ve İletişim” başlığını taşıyor (1). Bu bölümün ilginç alt başlıkları “profesyonellik nedir”, “politika ve halk”, “mesleki standartlar”, “bağlılıklar”, “sistemleri anlamak (ve üstesinden gelmek)”, “insan faktörleri”, “kişileri anlamak”, “değişim yönetimi”, “sözlü ve sözsüz

iletişim”, “sunum becerileri” ile “birlikte öğretme, öğrenme” ve “profesyonelliği değerlendirme” şeklinde sıralanmaktadır (1). Bu bölümde profesyonelliğin kavramsal olarak tanıtılması, diş hekimliği mesleği üzerinden tanımlanması bu bağlamda mesleki yükümlülüklerinin anlatılması ve kişisel-kolektif sorumlulukların detaylıca izah edilmiş olması önemli.

Son olarak, kitabın Birleşik Krallık'ta hizmet veren diş hekimlerinin ve diş hekimliği öğrencilerinin her daim kullanacakları klinik bilgileri içermenin ötesinde klinik uygulamalarla ilgili ihtiyaçlarının da neredeyse tümünü karşıladığını vurgulamak uygun olacaktır. Orijinal kitabın değil ama Türkçe çevirisinin dezavantajlı yönü ise tüm ülkesel bilgilerin Birleşik Krallık'ta diş hekimliği yapmakta olanlara yönelik düzenlenmiş bulunması. Bu durum bizleri kitaptan faydalanmaktan alıkoymamakta ancak ülkemize özgü yasal düzenleme, oda işleyişi, mesleki standartlar gibi hususları öğrenmek için tamamlayıcı okumalar yapmamızı gerektirmekte. “Oxford Klinik Diş Hekimliği El Kitabı” klinik ve medikososyal diş hekimliği uygulama bileşenlerini içermesi, kolay anlaşılır ve konulara hızlı erişilebilir bir yapıya sahip olması bakımından ideal bir eser; diş hekimliğine ve etiğine ilgi duyanların kütüphanesinde bulunması gerekiyor.

KAYNAKLAR

1. Mitchell L, Mitchell D A. Oxford Klinik Diş Hekimliği El Kitabı. Çev: Gençay K, Tuna E B. İstanbul Tıp Kitabevleri, 2018.
2. Mitchell L, Mitchell D A. Oxford Handbook of Clinical Dentistry. Oxford University Press, 2014.
3. Rushworth B, Kanatas A. Oxford Handbook of Clinical Dentistry. Oxford University Press, 2020.