

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

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

MAYIS | MAY
HAZİRAN | JUNE
2019 | 2019
CİLT 28 | VOLUME 28
SAYI 3 | ISSUE 3

3





Kurucu Editörler / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Editör/ Editor

Prof. Dr. Orhan Odabaşı

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Dr. Aylin Sena Beliner

Hakem Kurulu / Advisory Board

Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

Beslenme ve Diyetetik /

Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Doç. Dr. Hülya Yardımcı

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/
Paediatrics**

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Zelal Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Fiğen Şahin

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Yılmaz Yıldız

Dr. Adnan Yüce

**Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/
Paediatric Psychiatry**

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

**Tıp Tarihi ve Etik / Medical
History and Ethics**

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

**Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon /
Physical Medicine and Rehabilitation**

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Hakan Şen

Dr. Fatih Şua Tapar

**Halk Sağlığı / Public
Health Medicine**

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Özen Aşut

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

**Kadın Hastalıkları ve Doğum /
Gynaecology and Obstetrics**

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

**Kulak Burun Boğaz Hastalıkları /
Otorhinolaryngology**

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

**Ortopedi ve Travmatoloji/
Orthopaedics**

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

**Tıbbi Farmakoloji / Medical
Pharmacology**

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Dr. Öğr. Üyesi Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by **TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey**.

Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara

Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53

http://www.ttb.org.tr/STED/|sted@ttb.org.tr

Basım Yeri: Filmon Baskı Çözümleri A.Ş.

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

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

İkitelli Vergi No: 388 076 2704

Baskı Tarihi: Mayıs 2019



Merhaba,

Türk Tabipleri Birliği tarafından, yürütülecek olan Bilirkişilik Temel Eğitimlerinin ilki 9-12 Kasım 2017 tarihinde Ankara'da gerçekleştirildi. Türk Tabipleri Birliği, hekimlik ve sağlık alanına yönelik uygulama bilgi ve becerisini kazandırmayı hedefleyen özelleşmiş bir uygulamalı eğitim programı yürütmektedir. Bu nedenle hekimlerin, sağlık çalışanlarının başvuruları kabul edilmektedir.

Tıpta uzmanlık derneklerimiz ve tabip odalarımız ile işbirliği içinde başlangıç grupları için hekimlere öncelik verilmektedir.

Hukukçu eğitimciler yanında hekim eğitici havuzuna ilgili alanların temsilcileri de eklenerek eğitici ekibi genişletilmektedir.

Her biri en fazla 24 kişiden oluşacak olan sınıflar kendi içinde uzmanlık ve yan dal uzmanlık alanları yönünden ilişkili alanlar dikkate alınarak oluşturulmaktadır.



Fotoğraf: "Beslenme" Dr. Kemal Göl
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2018 Sergi Ödülü

İlerleyen dönemde ise uzmanlık alanlarına daraltılmış, özelleştirilmiş eğitimlerde hayata geçirilecektir. Bu çerçevede ilk eğitimler ortopedi ve travmatoloji uzmanlarına yönelik alan uzmanlık derneği Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği ile gerçekleştirildi.

Bilindiği gibi Bilirkişilik Temel Eğitimi Sertifikası 3 Kasım 2016 tarih ve 6754 sayılı Bilirkişilik Kanunu uyarınca hekimlerin uzman oldukları alanda bilirkişilik yapabilmek için zorunlu bir belge haline getirilmiştir.

Bilirkişilik yapabilmek için Temel Eğitim Sertifikasının yanında uzman olunan alanda 5 yıllık mesleki kıdem aranmaktadır. Ayrıca üç yılda bir yenileme eğitimlerinin alınması koşulu da getirilmiştir. Eğitimin süresi 4 (dört) gün ve 24 ders saatidir.

Türk Tabipleri Birliği tarafından sertifika eğitiminde zorunlu müfredata ek olarak geliştirilen uygulama içeriği ile hekimlerin yürüttükleri soruşturmalarda veya kendileri hakkındaki soruşturmalarda katkı sağlaması amaçlanmaktadır. Bu nedenle mahkemelerde bilirkişilik yapmayı düşünmeyen hekimlerin de çalışma aşamalarında kullanabilecekleri bilgiler içermesi nedeniyle katılabilecekleri bir eğitim sürecidir.

Biz hekimler ve sağlık çalışanlarının nitelikli sağlık hizmet üretiminde gösterdiğimiz özen, meslekte bilgi ve deneyim, üzülmeye izliyor, yaşıyoruz ki sağlıkta yaşanan her türlü olumsuzlukta bizleri hedef gösterenlerin çabası ile şiddetin her türüsünden kendimizi, çalışma arkadaşlarımızı korumamıza yetmiyor. Sürekli bir şikayet tehditi ve soruşturma süreciyle yoğruluyoruz. Kimi zaman soruşturmacı olarak atandığımız durumlarda bütüncül değerlendirmeme ve sağlık sisteminin belirleyiciliğini gözardı etmemiz karar süreçlerine olumsuz etki yaratabiliyor.

Mesleğimizi, değerlerimizi, toplumu korumak, şiddetin her türüsüne karşı çıkmak, ses çıkarmak için görev bizleri bekliyor.

Bilimsel ve dostça kalın...

Araştırma / Research

- 0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü Bankacılığı Hakkındaki Bilgi Durumunun ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi 153
The An Evaluation on the Knowledge Levels and Opinions of the Mothers with 0-6 month-old Babies about Human Milk Banking
Tuba Özeydin, Hacer Alan Dikmen, Sema Dereli Yılmaz, Aslihan Karakoç Geçici
- Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Transseksüel (LGBT) 163
Hakkında Bilgi, Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi
The Evaluation of the Knowledge, Opinions and Attitudes among the Students of Midwifery Department about LGBTs (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender)
Ayşe Mete, Nebahat Özerdoğan
- 0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Ateş Konusunda Bilgi ve Uygulamaları: Diyarbakır Örneği 172
The Knowledge and Practices among Mothers with Children Aged 0 to 6 Years about Fever: An Example from Diyarbakır
Gülhan Yiğitalp
- Seçilmiş Bir Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencilerinin Hekim Hakları Konusundaki Görüş ve 181
Farkındalık Durumlarının İncelenmesi (2018)
Opinions and Awareness among the Term VI Students of a Selected Medical School on Physicians' Rights (2018)
Deniz Yaşar, Ataberk Beydemir, Behlül Atalay, Berk Batuhan Bayraktar, Burak Dalkıran, Cem Kurtoğlu,
Gökçem Ayan, Mine Topçuoğlu, Nihan Avcu, Sare Demirtaş, Merve Büke, Banu Çakır
- Normal Doğum Yapan Primipar Annelerin Erken Doğum Sonu Dönemde Emzirme Başarısı ve Etkileyen Faktörler 191
Breastfeeding Success Rate during the Early Postpartum Period among Primiparous Mothers Who had Vaginal Delivery and Associated Factors
Selma Gönenli, Asiye Ayar Kocatürk, Kıymet Yeşilçiçek Çalık
- Bir Fizik Tedavi Dal Merkezine Başvuran Postmenapozal Kadınlarda Osteoporotik 201
Kırklardan Korunma Davranışının Belirlenmesi
Evaluation of Osteoporotic Fracture Prevention Behaviours of Postmenopausal Women Applied to a Physical Therapy Branch Centre
Dr. Ceren Varer Akpınar, Dr. Safiye Özvurmaz, Dr. Aliye Mandracioğlu

Derleme / Review Article

- Jinekolojik Kanserli Kadınların Brakiterapi Sonrası Cinsel İşlevinin Değerlendirilmesi ve Cinsel Danışmanlık 210
Evaluation of Sexual Functions of Women with Gynecological Cancer After Brachytherapy and Sexual Counselling
Çiğdem Bilge, Büşra Yılmaz, Ümran Oskay
- Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik 216
Health Literacy and Nursing
Elif Kaya, Sibel Karaca Sivrikaya
- Gönüllü Sterilizasyonda Eş Onayı: Bir Üreme Hakkı İhlali mi? 222
Spousal Consent to Voluntary Sterilization: Does It Constitute a Violation of Reproductive Right?
Tuğba Dündar, Sevgi Özsoy

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Dr. Kamile Kurt "Zaman"

STED Fotoğraf Yarışması 2018 Başarı Ödülü

Kamile Kurt: 1970 Söke doğumluyum. Aslen Amasya Gümüşhacıköylüyüm. 1994'te Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2001 yılında 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde patoloji ihtisasımı tamamladım. AÖF Fotoğrafçılık ve Kameramanlık Bölümü mezunuyum. 2013-2015 yılları arasında Manisa Tabip Odası yönetim kurulu üyesi olarak çalıştım ve kadın kollarında aktif olarak halen çalışmaktayım. Aynı zamanda Türk Tabipleri Birliği Edebiyat kolu üyesiyim. Şu anda Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde patoloji uzmanlığı görevimi sürdürmekteyim. Fotoğrafgezginleri.wordpress.com sitesinde gezi yazıları yazmaktayım. Dört kişisel resim sergisi açtım. 30'dan fazla karma resim sergisine, 10 karma fotoğraf sergisine katıldım. Resim ve fotoğraf yarışmalarında ödüllerim var. Bir çocuk annesiyim.

0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütü Bankacılığı Hakkındaki Bilgi Durumunun ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi

An Evaluation on the Knowledge Levels and Opinions of the Mothers with 0-6 month-old Babies about Human Milk Banking

Araştırma



Research

Tuba Özyayın¹, Hacer Alan Dikmen², Sema Dereli Yılmaz³, Aslıhan Karakoç Geçici⁴

DOI: 10.17942/sted.385477

Geliş/Received : 29.01.2018

Kabul/Accepted : 12.06.2018

Öz

Amaç: Bu çalışma, 0-6 aylık bebeği olan annelerin anne sütü bankacılığı hakkındaki bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı türdeki çalışma; Konya'da iki hastane ve bir ASM'de 220 anne ile yapılmıştır. Veriler annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine, bebeğin özelliklerine, anne sütü bankacılığına ilişkin bilgi ve görüşe dayanan sorulardan oluşan bir anket formu ile yüz yüze görüşme tekniğiyle toplamıştır. Araştırma için etik kurul, kurum ve bireylerden gerekli izinler alınmıştır. Veriler SPSS 20 paket programında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve ki kare testleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin %74,5'inin Türkiye'de anne sütü bankacılığı kurulması ile ilgili çalışmalar yapıldığını bilmemektedir. Kadınların %62,3'ünün Türkiye'de anne sütü bankasının kurulmasını desteklediği tespit edilmiştir. Annelerin %90,5'inin bebekleri için bir sütanne istemediği ve %67,3'ünün bulaşıcı hastalık yönünden süt bankalarından süt almak istemediği saptanmıştır. Araştırmada annelerin %40,9'unun dini inançları gereği süt bankalarına süt vermek istemediği saptanmıştır.

Sonuç: Annelerin çoğunluğu süt bankası ile ilgili bilgiye sahip değil ve süt bankalarından süt almak ya da bu bankalara süt vermek istememektedirler.

Anahtar sözcükler: Emzirme, Süt bankası, Bebek sağlığı

Abstract

Objective: This study was conducted to evaluate the knowledge and opinions of mothers with 0-6 month-old-babies about donor human milk banking (DHMB).

Method: This descriptive study was carried out among 220 mothers at two hospitals and a family health centre in Konya. The data were collected through face to face interviews using a questionnaire composed of the questions regarding the mothers' socio-demographic and obstetric characteristics, babies' features, the knowledge and opinions of the mothers about DHMB. Necessary permissions for the research were obtained from the ethics committee, the institutions and the individuals. The data were evaluated through SPSS 20 software using numbers, percentages, means, standard deviation and chi-square tests.

Findings: 74,5% of the mothers participated in the research didn't know the efforts to establish DHMB in Turkey. It was determined that 62,3% of them supported the establishment of DHMB. Of the mothers, 90,5% didn't want their babies to be breastfed by a wet nurse, 67,3% were unwilling to receive breast milk from milk banks due to the risk of infectious diseases and 40,9% didn't want to donate milk to the milk banks due to their religious beliefs.

Conclusion: Most of the mothers don't have knowledge about DHMB and don't want to receive donor milk from DHMB or to donate milk to the bank.

Key words: Breastfeeding, Milk bank, Infant Health

*Bu çalışmanın özeti 20th International Academic Conference, October 6-9, 2015 Madrid, Spain'de sunulmuştur.

1 Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Konya (Orcid No: 0000-0002-3923-2197)

2 Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Konya (Orcid No: 0000-0001-9617-4897)

3 Doç. Dr. Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Konya (Orcid No: 0000-0001-5294-7966)

4 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi, Konya Eğitim Araş. Hast., Konya (Orcid No: 0000-0003-0496-0351)

Giriş

Anne sütü bebek ve anne sağlığı için kısa ve uzun dönemde pek çok faydaları bilinen doğal bir kaynaktır. Bebeğin ilk altı ayı süresince büyüme ve gelişimine ait gereksinimlerine tek başına yanıt verebilen anne sütü, anne ve bebek bağının kurulmasında da önemli rol oynamaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bebeklere ilk altı ay anne sütü dışında hiç bir ek besin verilmemesi gerektiği belirtmektedir (2). Bebeğin sindirim sistemine daha uygun bir besin olan anne sütü, bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirmekte ve birçok hastalıktan korumaktadır. Bebeği emzirmenin anne sağlığı açısından da olumlu özellikleri vardır. Ancak bebeğe ve anneye ilişkin bazı sorunlara bağlı olarak bazı bebekler anne sütü alamamaktadır (3).

Bebeğin sağlıklı bir biçimde büyümesi ve gelişmesi için gerekli olan anne sütünün sağlanabilmesi için Avusturya, Brezilya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde anne sütü bankacılığı kurulmuştur. Anne sütü bankası ilk olarak 1900'lü yılların başında Avusturya'da kurulmuştur. Bu dönemlerde anne sütü bankacılığı; doğrudan bebek emzirme yöntemiyle ya da sütün ihtiyaç sahibi bebeğe dolaylı ulaştırılması ile yürütülmüştür. AIDS hastalığının 1980'li yıllarda baş göstermesi bu bankaların kurulmasını olumsuz etkilemiştir. Sonraki yıllarda bulaşıcı hastalıkların anne sütü aracılığıyla yayılmasını önlemeye yönelik bu bankaları denetlemeye, geliştirmeye ve standartlarını belirlemeye yönelik birimler oluşturulmuştur. Günümüzde süt bankacılığı özellikle Brezilya'da ilerlemiş durumdadır. Bebek ölümlerini azaltmak için birçok bebeğe Brezilya Sağlık Bakanlığı tarafından bu bankalar aracılığıyla anne sütü verilmektedir (4,5). Avusturya'da ve İtalya'da anne sütü bankalarının standartlarını yükseltmeye yönelik çeşitli çalışmalar yapılmakta ve rehberler oluşturulmaktadır (6).

Ülkemizde de bu bankaların kurulacağına yönelik adımlar olacağı Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planında yer almaktadır (7). Ülkemizdeki bebek ölüm hızı önceki yıllara göre azalma gösterse de 2013 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'na göre binde 13 düzeyindedir (8). Bu oran ülkemizde gelişmiş ülkelere göre daha çok bebeğin öldüğünü göstermektedir. Bazı

araştırmalar anne sütü bankalarından temin edilen sütün bebeklerin gelişimini olumlu yönde etkilediğini, enfeksiyon hastalıklarına yakalanma oranlarını ve hastanede kalış sürelerini kısalttığını belirtirken (4, 5) bazı çalışmalar bu bulguları desteklememektedir. Anne sütü bankacılığı aracılığıyla bebeklerin daha az oranda öldüğünü gösteren somut verilere rastlanmamaktadır (9). Süt bankalarının Türk Toplumunun dini inançlarına uygun olup olmadığı başka bir tartışma konusudur (10).

Anne sütü bankasının kurulması yoğun emek ve maliyet gerektirmektedir. Bu bankaların bebek sağlığına etkisi, bebek ölüm oranlarını azaltmasına yönelik katkısının araştırılması ve Türk Toplumunun inançları ile ilgili bu sistemin nasıl işleyeceğine dair bireylerin bilgilendirilmesi önem taşımaktadır.

Bu çalışma, 0-6 aylık bebeği olan annelerin anne sütü bankacılığı hakkındaki bilgi düzeyinin ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi: Bu araştırma; tanımlayıcı türdedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma, Konya il merkezinde bulunan Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde ve 68 No'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde yürütülmüştür. Her iki hastanenin Konya şehir merkezinde bulunması, doğum oranlarının yüksek olması ve ekonomik durumu orta düzeyde olan bireylerin başvurduğu hastaneler olması nedeniyle bu hastanelere benzer sosyoekonomik yapıya sahip olan bir bölgede yer alan 68 No'lu ASM araştırmanın yapılacağı yer olarak tercih edilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu:

Araştırma evrenini Mayıs-Eylül 2014 tarihleri arasında belirlenen hastanelere ve ASM'ye başvuran doğum sonu 0-6 aylık dönemdeki anneler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için; hedef kitledeki birey sayısı bilinmeyen örneklem hesaplama formülü kullanılmıştır ($n = t^2pq/d^2$). Gürol ve ark (2013)'nin anne sütü bankacılığı ile ilgili bilgi

düzeyini değerlendirdikleri çalışmada kadınların yaklaşık %9'unun anne sütü bankacılığı hakkında bilgi sahibi olduğu bulunmuştur (11).

$$p = 0.09$$

$$q = 0.91 (1 - 0.09)$$

$$t = 1.96$$

$$d = 0.05 (\pm \%5 \text{ örnekleme hatasını kabul ettiğimiz için})$$

$$n = (1.96)^2 (0.09 \times 0.91) / (0.05)^2 = 126$$

Yapılan hesaplama ile en az 126 anne ile çalışılması hedeflenmiştir. Belirtilen tarihler arasında toplam 220 anneye ulaşılmıştır.

Örnek Seçim Kriterleri

• Doğum sonu 0-6 aylık dönemde olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden anneler çalışma grubunu oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları ve Tekniği: Veriler 2 Mayıs -1 Eylül 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmada, araştırmacılar tarafından oluşturulan 49 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunda, annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine, dini inanışına, bebeğe ve anne sütü bankacılığına ilişkin sorular yer almaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze veri toplama tekniği ile toplanmıştır.

Ön Uygulama: Soruların anlaşılabilirliği, araştırma öncesinde 10 anne ile test edilmiştir. Ön uygulama sonrasında anlaşılmayan, eksik ya da gereksiz bulunan herhangi bir soru tespit edilmemiştir.

Verilerin Analizi: Verilerin analizi SPSS 20.0 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir, önemlilik testi olarak ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir (12).

Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımlı Değişkenler:

Anne sütü bankacılığına ilişkin bilgi ve görüşler

Bağımsız Değişken:

Annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri

Bebeğe ilişkin özellikler

Araştırmanın Etiği: Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.04.2014 tarih ve 2014/51 sayılı etik kurul izni ve ilgili kurumlardan anket uygulama izni alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapılarak, sözlü onamları alınmıştır. Anketlerde annelerden isim ya da adres alınmayarak gizlilik hakkı muhafaza edilmiştir. Aynı annenin birden fazla kez ankete katılımını önlemek için anket formunda daha önce bu çalışmaya katılıp katılmadığı sorgulanmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin %75,5'inin 21-35 yaş aralığında olduğu, %45,0'inin kendisinin ve %39,1'inin eşinin ilköğretim mezunu olduğu, %71,4'ünün ekonomik durumunu orta algıladığı ve kadınların %92,3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Kadınların canlı doğum sayısı ortalaması $2,06 \pm 0,98$ olarak tespit edilmiştir. Annelerin %23,6'sı en son bebeklerini 37. haftadan önce doğum yaptıklarını, %59,5'i vajinal doğum yaptıklarını, %25,0'i son gebeliklerinde bir sağlık sorunu yaşadığını ve %19,1'i en son gebeliğinin planlı olmadığını belirtmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan annelerin %51,8'i erkek bebek sahibi olduğunu, annelerin %15,0'i ve babaların %25,9'u erkek bebek sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Annelerin %21,4'ü doğumdan sonra bebeğini emziremediğini ve %33,6'sı emzirmeye yönelik sorun yaşadığını belirtmiştir. Annelerin %58,1'inin estetik kaygıları nedeniyle bebeklerini emzirmede saptanmıştır. Kadınların %75,9'unun yalnızca anne sütü ile bebeğini beslediği ve %34,5'inin bebeğinin doğum sonunda yoğun bakımda kaldığı belirlenmiştir (Tablo 2). Bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması $2,913 \pm 849,18$ olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların %100'ünün İslam Dinine mensup olduğu çalışmada; annelerin %83,6'sının anne sütü bankacılığı hakkında bilgi sahibi olmadığı, %10,9'unun başka bir bebeği emzirdiği ve %6,4'ünün bebeklerine başka bir anneden süt verildiği saptanmıştır. Kadınların %62,7'si İslam dinindeki sütannelikle ilgili bilgi sahibi olmadığını ve %74,5'i Türkiye'de anne sütü bankacılığı kurulması ile ilgili çalışmalar yapıldığını bilmediğini belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 1. Annelere ilişkin özelliklerin dağılımı (n:220)

Yaş	Sayı	Yüzde
16-20 yaş	33	15,0
21-35 yaş	166	75,5
36-48 yaş	21	9,5
Öğrenim durumu		
İlkokul	99	45,0
Ortaokul ve lise	98	44,5
Üniversite	23	10,5
Eşinin öğrenim durumu		
İlkokul	86	39,1
Ortaokul ve lise	107	48,6
Üniversite	27	12,3
En uzun süre yaşanan yer		
İl	102	46,4
İlçe	53	24,1
Köy	65	29,5
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	92	46,0
Geniş Aile	128	54,0
Ekonomik durum algısı		
Kötü	15	6,8
Orta	157	71,4
İyi	48	21,8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	203	92,3
Çalışmıyor	17	7,7
En Son doğum haftası		
25-36. Hafta	52	23,6
37-42 Hafta	168	76,4
En son doğum şekli		
Normal Doğum	131	59,5
Sezaryen Doğum	89	40,5
En son gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu		
Evet	55	25,0
Hayır	165	75,0
En son gebeliğin planlı olma durumu		
Evet	178	80,9
Hayır	42	19,1
Bulaşıcı hastalık durumu		
Var	4	1,8
Yok	216	98,2
Kronik hastalık durumu		
Var	21	9,5
Yok	199	90,5
Sürekli kullanılan ilaç durumu		
Var	200	90,9
Yok	20	9,1
Toplam	220	100

Annelerin %98,2'sinin bebekler için anne sütünün önemli olduğunu düşündüğü, %90,5'inin bebekleri için bir sütanne istemediği, %81,8'inin kendi sütünü anne sütü bankalarına vermek istemediği ancak %62,3'ünün Türkiye'de anne sütü bankası kurulmasını desteklediği saptanmıştır (Tablo 4).

Annelerin %48,2'sinin yeni doğan, prematüre ya da düşük kilolu bebeklere yarar sağlamak için sütünü süt bankalarına vermek istemediği, %40,9'unun dini inançları gereği süt bankalarına süt vermek istemediği ve %31,5'inin süt bankalarından süt almak istemediği ve %67,3'ünün bulaşıcı hastalık yönünden süt bankalarından süt almak istemediği belirlenmiştir. Annelerin %29,5'i bebeği için gerekli olursa süt bankalarından süt alabileceğini, %77,3'ü süt bankalarına süt verebilmek ve %79,5'i süt alabilmek için eşlerinin onayının olması gerektiğini belirtmektedir (Tablo 5).

Bebeğin doğum haftası ve bebeğin yoğun bakımda kalma durumu ile Türkiye'de anne sütü bankası kurulması ile ilgili görüşler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Doğum haftası 37-42 olan annelerin %66,1'inin ve bebeği yoğun bakımda kalmayan annelerin %68,8'inin Türkiye'de anne sütü bankası kurulmasını istediği belirlenmiştir. Yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, bebeğin doğum kilosu, bebeği besleme şekli, bebek bakımı için destek alma durumu, emzirmeye ilişkin sorun yaşama ve emzirmeye ilişkin eğitim alma durumu ile Türkiye'de anne sütü bankası kurulması ile ilgili görüşler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 6).

Tartışma

Annelerin anne sütü bankacılığı hakkındaki bilgi düzeyinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada; annelerin çoğunluğunun Türkiye'de anne sütü bankacılığı kurulması ile ilgili çalışmalar yapıldığını bilmediği görülmektedir. Gürol ve ark (2013)'nin çalışmasında kadınların %90,6'sının daha önce anne sütü bankacılığı hakkında hiçbir şey duymadıkları belirlenmiştir (11). Ekşioğlu ve ark (2014)'nin çalışmasında annelerin %41,6'sı anne sütü bankacılığının farkında olduğunu belirtmiştir (13). Başka bir çalışmada annelerin %42,4'ünün Türkiye'de süt bankalarının kurulmasına karşı olduğu tespit edilmiştir (14). Türkiye'de yeni

Tablo 2. Bebeklere ilişkin özelliklerin dağılımı (n:220)

Bebeklerin cinsiyeti	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kız	106	48,2
Erkek	114	51,8
Annenin olmasını istediği bebek cinsiyeti		
Kız	52	23,6
Erkek	33	15,0
Fark etmez	135	61,4
Eşinin olmasını istediği bebek cinsiyeti		
Kız	39	17,7
Erkek	57	25,9
Fark etmez	124	56,4
Doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı		
Hemen	95	43,2
1-2 saat içinde	55	25,0
3-4 saat içinde	8	3,6
4 saat sonrasında	15	6,8
Emzirmedim	47	21,4
Bebeğe emzirmeye yönelik sorun yaşama durumu		
Evet	74	33,6
Hayır	146	66,4
Bebeği emzirmeye yönelik yaşanan sorunlar		
Sütü gelmediği için emzirememe	19	25,7
Doğum sonu ağrılara bağlı emzirememe	7	9,5
Estetik kaygılarım nedeniyle emzirememe	43	58,1
Bebekte doğuştan bir rahatsızlık olması nedeniyle emzirememe	1	1,4
Diğer	4	5,4
Bebeğin beslenme şekli		
Yalnızca anne sütü	167	75,9
Hazır mama	11	5,0
Anne sütü, hazır mama ve ek gıdalar	41	18,6
Diğer	1	0,5
Bebeğe bakım verirken destek alma durumu		
Evet	114	51,8
Hayır	106	48,2
Bebeğin bakımına destek veren kişi		
Eş	62	43,7
Ebeveyn (anneanne/babaanne)	70	49,3
Diğer	10	7,0
Bebeğin doğum sonu dönemde yoğun bakımda kalma durumu		
Evet	76	34,5
Hayır	144	65,5
Toplam	220	100

başlayan bir çalışma olduğu için ülkemizdeki anne ve kadınların çoğunluğunun bu konu ile ilgili bilgisinin olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan anneler bebekler için anne sütünün önemli olduğunu düşünmektedir.

Annelerin çoğunluğu bebekleri için bir sütanne istememekte ve kendi sütünü anne sütü bankalarına vermek istememektedir. Kadınların bazıları yeni doğan, prematüre ya da düşük kilolu bebeklere yarar sağlamak için sütünü süt bankalarına vermek istediği ancak bazılarının

Tablo 3. Araştırmaya katılan annelere ilişkin bazı özelliklerin ve kadınların anne sütü bankacılığı hakkındaki bilgilerinin dağılımı (n: 220)

Emzirmeye ilişkin eğitim alma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	158	71,8
Hayır	62	28,2
Emzirmeye ilişkin eğitim aldığı kişi		
Hemşire/ebe	146	88,5
Doktor	16	9,7
Aile büyükleri	3	1,8
Anne sütü bankacılığı hakkında bilgi sahibi olma durumu		
Var	36	16,4
Yok	184	83,6
Daha önce başka bir bebeği emzirme durumu		
Evet	24	10,9
Hayır	196	89,1
Bebeğe başka bir anneden süt verilme durumu		
Evet	14	6,4
Hayır	206	93,6
İslam dinindeki sütannelikle ilgili bilgi sahibi olma durumu		
Evet	82	37,3
Hayır	138	62,7
Türkiye’de anne sütü bankası kurulması için çalışmalar yapıldığını bilme durumu		
Evet	56	25,5
Hayır	164	74,5
Toplam	220	100

Tablo 4. Araştırmaya katılan annelerin anne sütü bankacılığı hakkındaki görüşlerinin dağılımı (n: 220)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bebekler için anne sütünün önemli olup olmadığına ilişkin görüşler		
Evet	216	98,2
Hayır	4	1,8
Bebeği için sütanne isteme durumu		
Evet	21	9,5
Hayır	199	90,5
Kendi sütünü anne sütü bankalarına vermek isteme durumu		
Evet	40	18,2
Hayır	180	81,8
Türkiye’de anne sütü bankası kurulması ile ilgili görüşü		
Kurulmalı	137	62,3
Kurulmamalı	83	37,7
Toplam	220	100

bulaşıcı hastalık yönünden süt bankalarından süt almak istemediği belirlenmiştir. Gürol ve ark (2013)’nin çalışmasında kadınların %64,0’ı süt bankalarına kendi sütlerini bağışlayabileceklerini ifade etmiştir (11). Yapılan başka bir çalışmada kadınların yarısı süt vermenin kabul edilebilir olduğunu, %58’i kendi sütlerini

bağışlayabileceğini, %45,9’u inançlarına uygun olmadığı ve %23,6’sı enfeksiyon hastalıkları yönünden süt vermek istemediğini belirtmiştir (15). İzmir’de yapılan bir çalışmada kadınların %71,3’ü bebeği için süt bankasından anne sütü alma ve %68,8’i süt bankalarına süt verme konusunda gönüllü olduğunu (13) Malatya’da

Tablo 5. Araştırmaya katılan annelerin anne sütü bankacılığı hakkındaki görüşlerinin dağılımı (n: 220)

	Katılıyorum Sayı (%)	Katılmıyorum Sayı (%)	Kararsızım Sayı (%)
Yeni doğan, prematüre ya da düşük kilolu bebeklere yarar sağlamak için sütümü süt bankalarına vermek isterim	75 (% 34,1)	106 (% 48,2)	39 (% 17,7)
Dini inançlarım gereği anne sütü bankalarına süt vermek istemem	78 (% 35,5)	90 (% 40,9)	52 (% 23,6)
Dini inançlarım gereği anne sütü bankalarından bebeğim için Süt almak istemem	106 (% 47,9)	69 (% 31,5)	45 (% 20,5)
Bulaşıcı hastalıkların sütle geçme olasılığına karşı bebeğime süt bankasından süt almak istemem	148 (% 67,3)	32 (% 14,5)	40 (% 18,2)
Bebeğim için gerekli olursa anne sütü bankalarından süt almak isterim	65 (% 29,5)	116 (% 52,7)	39 (% 17,7)
Anne sütü bankalarına süt vermem için eşimin onayını almam gerekir	170 (% 77,3)	35 (15,9)	15 (% 6,8)
Bebeğim için süt bankasından süt almak için eşimin onayı olması gerekir	175 (% 79,5)	29 (% 13,2)	16 (% 7,3)

yapılan çalışmada ise kadınların yalnızca %9,2'sinin süt bankalarına süt verme ve %6,9'u süt alma konusunda gönüllü olduğunu ifade etmiştir (14). Anne sütünün erken bebeklik döneminde anneye ve bebeğe toplumsal ve psikolojik olarak değerler katmakla birlikte ileriki yaşama olumlu etkileri bulunmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklarda, obezitede, metabolik sendromda, alerjik hastalıklarda, kanserde, otoimmün hastalıklarda ve bilişsel gelişimdeki etkileri hastalık ve ölüm oranını azaltmaktadır (3,16). Öncelikli olarak bebeklere kendi annesinin sütünün verilmesi gerektiği ancak herhangi bir sorun olması durumunda hastanede yatan bebekler için süt bankalarının kullanılmasının yararlı olacağı belirtilmektedir (4). Yapılan bir çalışmada anne sütü bankalarındaki sütler uyuşturucu madde, nikotin ve kafein yönünden incelenmiştir. Sütlerde uyuşturucu maddeye rastlanmamıştır ancak sigara kullanmadığını belirten bir donörün sütünde 46.1 ng/mL nikotin ve 138.6 ng/mL kotinin olduğu saptanmıştır ve tüm donörlerin sütünde %45,3'ünde kafein olduğu tespit edilmiştir (17).

Erken doğum yapmış olan 42 annenin sütleri ile 12 donörün süt bankalarındaki sütlerinin kıyaslandığı bir çalışmada; beyindeki beyaz cevherin gelişiminde önemli rol alan nervonik yağ asiti oranlarının yeni doğum yapmış annelerin sütlerinde %90,0 daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca linoleik asit oranı %43,0 oranında süt bankalarındaki sütle daha fazla bulunmuştur (18). Anne sütü bankalarındaki sütlerin saklanması ve ısı işlem görmesi sırasında zarar görmesine neden olabildiğinden süt verilen bebeklerin büyümesini yavaşlattığı tartışmalı bir konudur (19). Özellikle düşük ve çok düşük doğum ağırlıklı bebekler ya da erken doğum öyküsü olan bebekler için kendi annelerinin sütünü alamadıkları takdirde anne sütü bankaları değerli bir alternatif olarak kullanılmaktadır (20). Yapılan çalışmalarda süt bankalarına süt vermek ya da süt almak değişkenlik göstermektedir. Kadınların düşüncelerinin bölgesel farklılıklara bağlı olarak değişiklik gösterdiği düşünülmektedir. Annelerin özellikle süt bankalarındaki sütlerin sağlık yönünden risk taşıyabileceği korkusuyla süt almak istemedikleri görülmektedir. Bu sütlerin kullanımından önce denetimlerinin titizlikle yapılması önem kazanmaktadır.

Tablo 6. Türkiye’de anne sütü bankası kurulması ile ilgili görüşlerin bazı özelliklere göre dağılımı

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Yaş	Evet	Hayır	Önemlilik testi
16-20 yaş	21 (%63,6)	12 (%36,4)	χ^2 : 3,733 p: 0,155
21-35 yaş	107 (%64,5)	59 (%35,5)	
36-48 yaş	9 (%42,9)	12 (%57,1)	
Öğrenim durumu			
İlkokul	60 (%60,6)	39 (%39,4)	χ^2 : 0,638 p:0,727
Ortaokul ve lise	61 (%62,2)	37 (%37,8)	
Üniversite	16 (%69,6)	7 (%30,4)	
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	127 (%62,6)	76 (37,4)	χ^2 : 0,093 p:0,760
Çalışıyor	10 (%58,8)	7 (%41,2)	
Bebeğin doğum haftası			
25-36 hafta arası	26 (%50,0)	26 (%50,0)	χ^2 : 4,366 p:0,037
37-42 hafta arası	111 (%66,1)	57 (%33,9)	
Bebeğin doğum kilosu			
2500 altı düşük doğum ağırlıklı	29 (%53,7)	25 (%46,3)	χ^2 : 2,483 p:0,289
2501-3800 normal doğum ağırlıklı	96 (%64,4)	53 (%35,6)	
3800 üstü iri bebek	12 (%70,6)	5 (%29,4)	
Bebeği Besleme Şekli			
Anne Sütü	101 (%60,5)	66 (%39,5)	χ^2 : 0,949 p:0,330
Anne sütü, mama ve ek gıda	36 (%67,9)	17 (%32,1)	
Bebeğin Yoğun bakımda Kalma Durumu			
Evet	38 (%50,0)	38 (%50,0)	χ^2 : 7,444 p:0,006
Hayır	99 (%68,8)	45 (%31,2)	
Bebeğin Bakımı için destek alma durumu			
Evet	73 (%64,0)	41 (%36,0)	χ^2 :0,313 p:0,576
Hayır	64 (%60,4)	42 (%39,6)	
Emzirme Eğitimi Alma Durumu			
Evet	101 (%63,9)	57 (%36,1)	χ^2 :0,651 p:0,420
Hayır	36 (%58,1)	26 (%41,9)	
Emzirmeye ilişkin sorun yaşama			
Evet	40 (%54,1)	34 (%45,9)	χ^2 :3,206 p:0,073
Hayır	97 (%66,4)	49 (%33,6)	

Bebeğin doğum haftasının ve bebeğin yoğun bakımda kalma durumunun Türkiye’de anne sütü bankası kurulması arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Prematüre doğum yapan ve bebeği yoğun bakımda kalan annelerin beklenenin tam tersine anne sütü bankası kurulması konusuna sıcak bakmadıkları görülmektedir. Yararları hakkında artan kanıtlara karşın Türkiye’de gündeme gelen anne sütü bankacılığı uygulaması; etik sorunlar, geleneksel inançlar ve tutumlar, ailelerin bağışçı sütün güvenliği hakkındaki kaygıları ve bilgi yetersizliği gibi nedenlerden dolayı tartışılan bir konudur (21). Prematüre

doğum yapan ve bebeği yoğun bakımda kalan annelerin de bebeklerinin hassas bir dönemde olması nedeniyle bebeklerini bulaşıcı hastalıklara karşı korumak için süt bankalarının kurulmasını desteklemediği ayrıca süt bankalarının yeni bir kavram olmasının da annelerin kaygılarını artırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada annelerin çoğunluğunun İslam dinindeki sütannelikle ilgili bilgisinin olmadığı, dini inançları gereği süt bankalarına süt vermek istemediği ve dini inançları gereği süt bankalarından süt almak istemediği

görülmektedir. Başka bir araştırmaya göre; kadınların %36,3'ünün dini inançları gereği süt bankalarına süt vermek istemediği ve %28,9'unun da sosyal ve ahlaki sorunlara yol açabileceğini düşündüğü için süt bankalarına süt vermek istemediği belirlenmiştir (11). İslam dininde süt bankalarından alınan süt ile ilgili farklı görüşler söz konusudur. Bir grup İslam düşünürüne göre süt bankalarının kurulması uygun görülmektedir. Bu gerekçeler aşağıdaki gibidir; sütanneliği ve süt kardeşliği ancak emzirme akti gerçekleştiğinde oluştuğu, yalnızca bankalardaki sütün bebeklere verilmesinin anne şefkatinin oluşturmadığı ve süt kardeşliği hükmünü ortaya çıkarmadığı belirtilmektedir. Süt kardeşliğin ortaya çıkabilmesi için belli bir miktar sütün bebeğin midesine gitmesi gerektiği için süt bankalarındaki sütlerin bir havuzda toplanması hangi anneden ne kadar sütün geldiği bilinmemektedir. Ayrıca İslam dininde kolaylaştırıcı olmanın ve yardımlaşmanın uygun görülmesinden anne sütü bankalarından alınan



Sadık Nazik "Hayatın Kaynağı"
STED Fotoğraf Yarışması 2002 Başarı Ödülü

sütün kolaylaştırıcı olduğu, yardımlaşma duygusuyla yapıldığında ve zor durumdaki bebeklerin yaşamlarını kurtarmak için de süt bankalarının kullanılması uygun görülmüştür. Karşıt görüşteki İslam düşünürleri ise süt bankalarından alınan süt ile süt kardeşlik hükmünün doğacağı ve yasaklanan evliliklerin ortaya çıkabileceği, haram evliliklerin neslin devamında bozulmasına neden olacağı, emzirme olmadan da anne sütünü alarak süt kardeşlik hükmünün doğacağı, anne sütünün hayati derecede öneme sahip olmadığı, ihtiyaç duyulan bebekler için süt annesi temin edilebileceği gibi anne sütüne benzer mamalarla da bebeklerin yaşamlarının devam edebileceği belirtilmektedir. Ayrıca İslamiyet'te şüphe duyulan şeylerden kaçınmak gerektiği belirtilmektedir. Bankalardaki sütlerin sağlık açısından da risk taşıyabileceği, bu sütlerin para karşılığı alınıp satılmasının sosyal ve psikolojik sorunlara sebep olacağı düşünülmektedir. Süt bankalarının kurulması ve kullanılmasının uygun görülmediği belirtilmektedir. Ancak bu iki görüşte değerlendirildiğinde anne sütü bankacılığının İslam ülkeleri için uygun olmadığı belirtilmektedir (22). Literatürde çalışma konusuyla benzer çalışmaların sayısının kısıtlı olması nedeniyle bulgular az sayıda veri ile tartışılmıştır.

Sonuç

Araştırmada; annelerin çoğunluğu Türkiye'de anne sütü bankacılığı kurulması ile ilgili çalışmalar yapıldığını bilmemektedir. Anneler bebekleri için anne sütünün önemli bir besin kaynağı olduğuna inanmaktadır. Araştırmaya katılan kadınlar Türkiye'de anne sütü bankasının kurulmasını desteklemesine karşın bebekleri için bir sütanne istememekte ve kendi sütünü anne sütü bankalarına vermek istememektedir. Araştırma sonuçları doğrultusunda süt bankalarının kurulmasına yönelik halkın bilinçlendirilmesi önem kazanmaktadır. Anneler için süt bankalarındaki sütlerin denetimi ve kontrolü kaygı oluşturmaktadır. Çeşitli hastalıklar yönünden süt bankalarındaki sütlerin titizlikle kontrol edilmesi ve süt bankası kurulacak olan ülkelerdeki bireylerin dini inançlarının da dikkate alınması önerilmektedir.

İletişim: Tuba Özaydın

E-posta: tuba_demirel_70@hotmail.com

Kaynaklar

1. Gür E. Anne sütü ile beslenme. Turk Ped Arş 2007;42:11.
2. World Health Organization (WHO). Breast feeding. Erişim Tarihi: 19.12.2017, <http://www.who.int/Topics/Breastfeeding/En/>.
3. Selimoğlu MA, Celiloğlu ÖS, Celiloğlu C. Anne sütü ile beslenmenin ileri yaşama etkileri. Türk Ped Arş 2010;45:309-14.
4. Kim JH, Unger S. Human milk banking. Paediatr Child Health 2010;15;(9):595-598.
5. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), Erişim Tarihi: 10.12.2017, <http://www.Tbmm.Gov.Tr/Eyayin/Gazeteler/Web/Meclis%20bulteni>.
6. Hartmann BT, Pang WW, Keil AD, Hartmann PE, Simmer K. Best practice guidelines for the operation of a donor human milk bank in an Australian NICU. Early Human Development 2007;83:667-673.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017, Erişim Tarihi:12.12.2017, <http://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar>.
8. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013, Bebek ve çocuk ölümlülüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara.
9. Demirtaş B. Türkiye’de anne sütü bankaları olmalı mı? Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14:1.
10. Yaman A. İslam hukukuna özgü bir kurum: süt akrabalığı. SÜİF Dergisi 2002;13:55-67.
11. Gürol A, Özkan H, Celebioğlu A. Turkish Women's Knowledge and Views regarding Mother's Milk Banking. COLEGN 2013;206:6.
12. Alpar R. Spor, Sağlık Ve Eğitim Bilimlerinde Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 1.Baskı. Detay Yayıncılık, Ankara; 2010:143.
13. Ekşioğlu A, Yeşil Y, Turfan EC. Mothers' views of milk banking: sample of İzmir. Turk Pediatri Ars 2015; 50: 83-9.
14. Karadağ A, Özdemir R, Ak M, Özer A, Dogan DG, Elkiran Ö. Human milk banking and milk kinship: Perspectives of mothers in a Muslim country. Journal of Tropical Pediatrics, 2015, 61, 188-196.
15. Senol DK, Aslan E, Women's opinions about human milk donation and human milk banking. Biomedical Research 2017; 28 (15): 6866-6871.
16. İkinci ÖA. Anne sütüyle hayata sağlıklı merhaba. TÜBİTAK Bilim Ve Teknik Dergisi, 2012;Ekim:36-41.
17. Escuder DV, Algar OG, Pichini S, Pacifici R, Lara NR, Alonso CR, Validation of a screening questionnaire for a human milk bank to determine the presence of illegal drugs, nicotine, and caffeine. The Journal Of Pediatrics 2013;164:4.
18. Ntoumani E, Strandvik B, Sabel KG. Nervonic acid is much lower in donor milk than in milk from mothers delivering premature infants, of Neglected Importance?, Prostaglandins, Leukotrienes And Essential Fatty Acids 2013;89:241-244.
19. Arslanoglu S, Moro GE, Bellu R, Turlo D, Nisi D, Tonetto G, Bertino P. Presence of human milk bank is associated with elevated rate of exclusive breastfeeding in VLBW Infants. J. PerinatMed 2012;1:3.
20. Biasini A, Stella M, Malaigia L, China M, Azzalli M, Laguardia MC, Rizzo V. Establishment, Operation and development of a donor human milk bank. Early Human Development 2013;89:7-9.
21. Kadioğlu M, Şahin NH. Anne Sütü Bağışı: Türkiye'deki Durum. HSP 2014;1(2):102-114.
22. Pekdemir Ş. İslâm hukukuna göre anne sütü bankaları. The Journal of Academic Social Science Studies 2015;40:537-554.

Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Transseksüel (LGBT) Hakkında Bilgi, Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

The Evaluation of the Knowledge, Opinions and Attitudes among the Students of Midwifery Department about LGBTs (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender)

Araştırma



Research

Ayşe Mete¹, Nebahat Özerdoğan²

DOI:10.17942/sted.403797

Geliş/Received : 09.03.2018

Kabul/Accepted : 17.06.2018

Öz

Amaç: Yıllardır yok sayılan LGBT bireyler dünyada ve ülkemizde önemli bir grubu oluşturmaktadır. Bu bireyler çoğunlukla ayrımcılık, önyargı, fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk gibi olumsuz durumlara maruz kalmaktadırlar. Bu durumlar hem onları hem de toplumu dolaylı olarak etkilemektedir. Bu çalışmada, ebelik bölümü öğrencilerinin LGBT hakkındaki bilgi, görüş ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde öğrenim görmekte olan toplam 298 öğrenci oluşturmuştur. Evrende belirtilen grup içinden çalışmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 223 öğrenci (evrenin %74,8'i) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma kapsamında öğrencilere 28 soruluk anket formu ve "Eşcinsellere İlişkin Tutumlar Ölçeği (ETÖ)" verilmiştir. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmanın sonuçlarına göre; öğrencilerin yarısından fazlasının lezbiyen, gay ve biseksüel kavramlarının tanımlarını bildikleri ancak transgender kavramı hakkında fikirlerinin olmadığı bulunmuştur. Öğrencilerin çoğu cinsel yönelimin bir seçim olduğunu ve herhangi bir tedavi ya da terapi ile değişebileceğini düşünmektedirler. Çalışma kapsamındaki öğrencilerin neredeyse tamamına yakını toplumda eşcinsellere karşı önyargı olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmadan elde edilen sonuçların ebelik eğitime ve bu konuda yapılacak diğer çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

Anahtar sözcükler: Eşcinsellik, Biseksüellik, Kadın eşcinselliği, Ebelik, Öğrenciler, Tutum

Abstract

Objective: LGBT individuals, who have been ignored for years, constitute an important group in the world and in our country. These individuals are often exposed to adverse circumstances such as discrimination, prejudice, physical, emotional and sexual violence and challenges in accessing healthcare services. These situations directly and indirectly affect both them and the society to which they belong. In this study, it was aimed to evaluate the knowledge, opinions and attitudes of midwifery students about LGBT.

Method: The universe of the study was composed of a total of 298 students studying at the Midwifery Department of Eskişehir Osmangazi University Faculty of Health Sciences. 223 students (74,8% of the universe), who have agreed to participate in the study composed the sample of the research. During the research, a 28-questions questionnaire and "The Homosexuality Attitude Scale (HAS)" were administered to the students. The data were analysed using SPSS 21.0 statistical software package.

Findings: According to the results of the study; more than half of the students knew the definitions of lesbian, gay and bisexual concepts, but they had no idea about the meaning of the word 'transgender'. Most of the students think that sexual orientation is a choice and may change through treatment or therapy. Almost all of the students participated in the study stated that there is a prejudice against homosexuals in society. It is expected that the findings obtained from this study will contribute to midwifery education and to future studies in this field.

Key words: Homosexuality, Bisexuality, Lesbianism, Midwifery, Students, Attitude

1 Arş. Gör.; Gaziosmanpaşa Ü., Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Tokat (Orcid No: 0000-0002-9344-107X)

2 Prof. Dr.; Eskişehir Osmangazi Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Eskişehir (Orcid No: 0000-0003-1322-046X)

Giriş ve Amaç

Canlı türlerinin neredeyse tamamının, özellikle üreme organları ve sistemleri üzerinden dişi ve erkek olarak iki temel biçimde farklılaşması "cinsiyet" olarak tanımlanmaktadır (1). Cinsel kimlik, bireyin kendi bedenini ve benliğini belli bir cinsiyet içinde algılaması ve kabullenmesi; cinsel yönelim, bireyin istek, duygu ve davranışlarının belli bir cinsiyete çekimi; cinsel rol ise bireyin cinsel açıdan davranışlarının toplumsal görünümüdür. Genellikle karşı cinsle ilişkin rol davranışları 3-5 yaşlarında başlamakta, ergenlik döneminde kişilik özelliği halini almaktadır. Bireyin kendisini karşı cinsiyette algılaması, biyolojik cinsiyeti ile ilişkili özelliklerden rahatsızlık duyması ve bunları gizlemeye çalışması, karşı cinsin birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerine sahip olmak istemesi ile karakterize cinsel kimlik bozukluğu, günümüzde genellikle transseksüalite olarak ifade edilmektedir (2). Transseksüeller doğumda yanlış cinsiyete sahip olduklarını ve mevcut cinsiyetlerini belirleyen faktörlerin (örneğin kromozomlar) kendi cinsiyetlerine yönelik farkındalıklarıyla uyuşmadığını düşünen bireylerdir (15). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V)'e göre, cinsiyet disforisi olarak ele alınan transseksüalite de biyolojik cinsiyet ve cinsel kimlik arasında uyumsuzluk söz konusudur ve bu uyumsuzluk huzursuzluk ve sıkıntıya neden olmaktadır (2,9).

Yogyakarta İlkeleri (2007) belgesinde; cinsiyet kimliği kavramı içeriği genişletilerek tanımlanmaktadır: "*Cinsiyet kimliği, her bireyin, doğuştan gelen cinsiyetine uygun düşün düşmesin, dış görünüşün ya da bedensel işlevlerin tıbbi, cerrahi ya da başka yöntemlerle iradi değişikliklerini de içerebilecek bedensel bilinç, giyim kuşam, söz ve davranışlar da dâhil olmak üzere, özel ve kişisel cinsiyetini duyumsama ve yaşama olarak anlaşılmalıdır*". Bu tanıma göre cinsiyet kimliği kişinin, bedensel bilinci ve işlevlerinin yanı sıra temelde özel ve kişisel duyumu ve cinselliğini yaşamasını içeren, doğduğu cinsiyetinden beklenenlere uyup uymama durumuna bakılmaksızın, toplumsal cinsiyet kalıpları ve yargılarının dışında olması durumudur (3,4).

Cinsel yönelim, başkalarına yönelik duygusal ve cinsel çekimlerin doğasını ifade etmektedir (15). Günümüzde toplumlarda yaygın olarak kabul

gören ve gerçekleşen cinsel yönelim şekli bireylerin karşı cinsle yönelmeleridir. Ancak kendi cinsine ya da her iki cinsle birden ilgi duyan bireyler de vardır. Kendi cinsinden olanlara duygusal ve cinsel yönelim içinde bulunan kadın ya da erkeklere eşcinsel (homoseksüel); erkek eşcinsellere "gay", kadın eşcinsellere "lezbiyen" denilmektedir. Biseksüel, hem kendi cinsine hem de karşı cinsle duygusal, erotik ve cinsel yönelim içinde olan kadın ya da erkektir. Transseksüel ise davranışlarından çok iç dünyasında kendisini karşı cinsten biri gibi gören, hisseden kadın ya da erkektir (1).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde; bütün insanların özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğması, herkesin, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka bir görüş, ulusal ya da sosyal köken, mülkiyet, doğuş ya da herhangi başka bir ayırım gözetmeksizin haklardan yararlanabilmesi gerektiği belirtilmektedir (5). Ancak buna karşın günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde LGBT bireyler çoğunlukla toplum tarafından kabul görmemekte; dışlanma, taciz, kınanma, seks işçisi olarak çalıştırılma gibi önyargı ve ayrımcılık içeren çok sayıda uygulamaya maruz kalabilmektedirler. Önyargı ve ayrımcılık içeren uygulamalar LGBT bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlerden yararlanmalarını da olumsuz etkilemekte, dezavantajlı pozisyonda kalmalarına neden olmaktadır. Bu bireyler sıklıkla Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH), alkol ve madde bağımlılığı, şiddet, intihar, depresyon gibi ciddi sorunlar, cinsiyet değiştirmeye yönelik cerrahi operasyonlar nedeniyle sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar karşılaşılabilmektedirler (8,12). Nitelikli bir sağlık bakımı LGBT bireylerin yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmeleri için oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin LGBT bireylere önyargıdan uzak, ayrımcılık içermeyen hizmet sunabilmeleri için konuya ilişkin bilgi sahibi olması ve olumlu tutum geliştirebilmesi gerekmektedir.

Bu araştırmanın amacı, gelecekte LGBT bireylere sağlık hizmeti sunacak ve danışmanlık yapacak olan ebellek bölümü öğrencilerinin LGBT hakkındaki bilgi, görüş ve tutumlarının değerlendirilmesidir. Araştırmadan elde edilen sonuçların ebellek eğitiminde müfredat içeriklerinin düzenlenmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Geerç ve Yöntem

Ebelik bölümü öğrencilerinin LGBT hakkında bilgi, görüş ve tutumlarını belirlemek amacıyla kesitsel olarak planlanan çalışmada veriler, konu ile ilgili literatür taraması sonucu hazırlanan 28 sorulu anket formu ile toplanmıştır (1,7). Anket formu; öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve LGBT hakkındaki bilgi ve görüşlerini inceleyen iki bölümden oluşmuştur. Öğrencilerin konu hakkındaki tutumlarını ölçmek amacıyla "Eşcinsellere İlişkin Tutumlar Ölçeği (ETÖ)" kullanılmıştır. Ölçek, 1980 yılında Hudson ve Ricketts tarafından eşcinsel bireylere yönelik tutumları ölçmek amacıyla 25 madde olarak geliştirilmiştir (10). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Sakallı ve Uğurlu (2001) tarafından yapılmış, bu uyarlamada ölçek 23 maddeye indirilmiştir. Ölçekten toplamda tek bir puan alınmakta ve puanın artmasıyla eşcinsellere ilişkin olumsuz tutumların arttığı belirtilmektedir. Her bir madde 1 (Hiç katılmıyorum) ve 6 (Tamamen katılıyorum) arasında değerlendirilmiştir. Ölçekteki 5,6,8,10,11,13, 17,18, 21,22 ve 23. maddeler ters puanlamaktadır (11,18).

Uygulama alanı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü derslikleri olarak belirlenmiştir. Araştırmanın evrenini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde öğrenim görmekte olan toplam 298 öğrenci oluşturmuştur. Evrende belirtilen grup içinden çalışmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 223 öğrenci (evrenin %74,8'i) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırma 25 Mayıs - 25 Haziran 2017 tarihleri arasında sınıf ortamında yapılmış, öğrencilerin bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra anket formları dağıtılmış ve kendilerinin doldurması sağlanmıştır. Çalışmaya ölçeğin kullanım izni ve çalışmanın yapıldığı kurumdan izin alındıktan sonra başlanmıştır.

Veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 21.0 istatistik paket programında, öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların dağılımında sayı, yüzdelik ve ortalama, kategorik değişkenlerin analizinde ki kare testi, ETÖ'den elde edilen puan ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA - Oneway analysis of variance),

bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi ve ETÖ'den elde edilen puan ile bağımsız değişkenler arasında anlamlı fark bulunan dağılımlarda farklılığın tespitinde, Bonferroni testi yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,8 \pm 2,1$ (min-max=18,0-37,0) olup, %55,2'sinin (n=123) il merkezinde yaşadığı, %78,0'ının (n=174) ailelerinin gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilere lezbiyen, gay, biseksüel ve transgender kavramlarının tanımı sorulmuştur. Buna göre öğrencilerin %95,5'i (n=213) lezbiyen, %91,5'i (n=204) gay, %70,4'ü (n=157) biseksüel kavramını doğru tanımlarken %56,1'i (n=125) transgender kavramını "fikrim yok" olarak bildirmişlerdir. Öğrencilerin cinsel yönelim konusuna ilişkin düşüncelerinin dağılımı Tablo-1'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %42,6'sı (n=95) doğuştan, %50,2'si (n=112) çevresel faktörler, %60,1'i (n=134) psikolojik, %77,1'i (n=172) hormonal ve %20,2'si (n=45) genetik faktörler ile eşcinselliğin ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %3,6'sı (n=8) ailesinde, %24,7'si (n=55) arkadaşlarının içinde tanıdığı eşcinsel birey olduğunu ifade etmişlerdir. Öğrencilere ailelerinden ya da arkadaşlarından birisinin eşcinsel olduğunu öğrendiklerinde verecekleri tepki sorgulandığında; %78,9'u (n=176) bu soruya cevap vermiş olup, bunların %29,1'i anlayışla karşılayıp saygı duyacağını (n=65), %26,0'ı (n=58) şaşıracağını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %92,4'ünün (n=206) klinikte hiç LGBT bireyle karşılaşmadığı ve %63,7'sinin (n=142) LGBT bir bireyin normal bireylerle aynı hasta odasını paylaşabileceğini düşündükleri saptanmıştır. Öğrencilerin buldukları sınıflara göre LGBT bir hastaya bakım vermekten rahatsızlık duyma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,225$, $p > 0,05$) ve %64,6'sı (n=144) LGBT bir hastaya bakım vermekten rahatsızlık duymayacağını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin ETÖ puan ortalaması $90,0 \pm 28,0$ (min-max=23,0-138,0)'dir.

Tablo 1. Öğrencilerin cinsel yönelime ilişkin düşüncelerinin dağılımı (n=223)

	Evet		Hayır		Fikrim Yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsel yönelim bir seçim midir?	103	46,2	91	40,0	29	13,0
Cinsel yönelim herhangi bir tedavi ya da terapi ile değişebilir mi?	115	51,6	48	21,5	60	26,9
Eşcinsellik ruhsal bir bozukluk mudur?	86	38,6	99	44,4	38	17,0
Eşcinsellik fizyolojik bir bozukluk mudur?	118	52,9	73	32,7	32	14,3
Eşcinseller iyi bir ebeveyn olabilirler mi?	83	37,2	63	28,3	77	34,5
Eşcinsel bireyler toplum içinde cinsel kimliklerini gizli mi tutmalıdırlar?	25	11,2	147	65,9	51	22,9
Bir kişinin cinsel yönelimi çevresindeki kişilerden etkilenerek değişebilir mi?	143	64,1	55	24,7	25	11,2
Bir arkadaşınızın ya da ailenizden birisinin eşcinsel olması sizin toplumsal statünüzü etkiler mi?	70	31,4	122	54,7	31	13,9
Toplumda eşcinsel bireylerin olması toplumun ahlakını bozar mı?	73	32,7	94	42,2	56	25,1
Eşcinsel bireylere karşı toplumda önyargı var mıdır?	211	94,6	2	0,9	10	4,5
LGBT bireyler cinsel yolla bulaşan hastalıklara daha mı kolay yakalanırlar?	103	46,2	35	15,7	85	38,1
LGBT bireylere sağlık bakımında ayrımcılık uygulanmakta mıdır?	48	21,5	75	33,6	100	44,8
Dini inancınız gereği kişinin biyolojik cinsiyet dışında farklı cinse yönelmesi günah mıdır?	122	54,7	35	15,7	66	29,6

Tablo 2. Öğrencilerin ailesi ya da arkadaşları arasında LGBT birey bulunma durumuna ETÖ puan ortalamalarının dağılımı

Öğrencilerin bazı özellikleri, LGBT ile ilgili bilgi ve görüşleri	Eşcinsellere ilişkin tutumlar ölçeği median (%25-%75)	p*
Ailede tanıdık LGBT birey		
Var	53,0 (32,5-79,5)	p*=0,001
Yok	90,0 (75,0-114,0)	
Arkadaşlarda tanıdık LGBT birey		
Var	72,0 (47,0-89,0)	p*=0,001
Yok	94,5 (79,0-118,5)	

* Mann-Whitney U testi.

Öğrencilerin arkadaşlarında ya da ailesinde tanıdıkları LGBT bireylerin olup olmaması ile ETÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analize göre anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 2). Ailesi ya da arkadaşları arasında LGBT bireylerin bulunması durumunda öğrencilerin olumsuz tutumlarının azaldığı görülmüştür.

Öğrencilerin LGBT ile ilgili bilgi ve görüşleri değerlendirildiğinde; tedavi ya da terapi ile cinsel yönelimin değişiklik gösterebileceği, eşcinselliğin ruhsal bir bozukluk olma durumu, çevreden

etkilenmesi, eşcinsellerin iyi bir ebeveyn olma durumu, kimliklerini gizlemeleri, bir arkadaş ya aileden birisinin eşcinsel olmasının toplumdaki statüyü etkilemesi, toplumda eşcinsel bireylerin olmasının toplumun ahlakını bozması, LGBT bireylerin daha kolay CYBH'a yakalanma durumu, LGBT bir hastaya bakım vermenin rahatsızlık oluşturması, LGBT bireylere sağlık bakımında ayrımcılık uygulanması, biyolojik cinsiyet dışında farklı cinse yönelmenin günah olmasına yönelik soruların cevapları ile ETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,05, Tablo 3). Verilen cevapların

Tablo 3. Öğrencilerin LGBT ile ilgili bilgi ve görüşleri ile ETÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

Öğrencilerin LGBT ile İlgili Bilgi ve Görüşleri	Eşcinsellere İlişkin Tutumlar Ölçeği Ortalama±SS	F p*
Sizce herhangi bir tedavi ya da terapi ile cinsel yönelim değişebilir mi?		
Evet	94,7±26,4	F= 15,393
Hayır	71,3±29,4	p*=0,000
Fikrim Yok	95,8±23,5	
Sizce eşcinsellik ruhsal bir bozukluk mudur?		
Evet	103,4±24,9	F=25,642
Hayır	76,9±27,0	p*=0,000
Fikrim Yok	93,4±21,3	
Sizce eşcinseller iyi bir ebeveyn olabilirler mi?		
Evet	69,4±25,3	F=57,804
Hayır	108,1±21,2	p*=0,000
Fikrim Yok	97,2±20,9	
Sizce eşcinseller kimliklerini gizli mi tutmalıdırlar?		
Evet	112,6±22,7	F=31,521
Hayır	80,5±26,7	p*=0,000
Fikrim Yok	105,9±19,2	
Eşcinsellik çevreden etkilenerek değişebilir mi?		
Evet	93,3±25,9	F=7,718
Hayır	77,7±30,2	p*=0,001
Fikrim Yok	97,8±27,3	
Bir arkadaşınızın ya da ailenizden birisinin eşcinsel olması sizin toplumsal statünüzü etkiler mi?		
Evet	106,5±22,3	F=28,884
Hayır	78,6±27,4	p*=0,000
Fikrim Yok	96,9±20,0	
Sizce toplumda eşcinsel bireylerin olması toplumun ahlakını bozar mı?		
Evet	110,7±21,2	F=65,845
Hayır	71,2±24,5	p*=0,000
Fikrim Yok	94,2±19,2	
Sizce LGBT bireyler cinsel yolla bulaşan hastalıklara daha mı kolay yakalanırlar?		
Evet	95,3±25,1	F=12,675
Hayır	69,4±31,3	p*=0,000
Fikrim Yok	91,9±26,2	
LGBT bir hastaya bakım vermek sizi rahatsız eder mi?		
Evet	112,2±24,2	F=35,555
Hayır	79,7±25,2	p*=0,000
Kısmen	107,0±22,2	
Sizce LGBT bireylere sağlık bakımında ayrımcılık uygulanmakta mıdır?		
Evet	78,5±27,0	F=6,745
Hayır	89,1±26,5	p*=0,001
Fikrim Yok	96,0±27,9	
Dini inancınız gereği kişinin biyolojik cinsiyeti dışında farklı cinse yönelmesi günah mıdır?		
Evet	98,1±26,9	F=19,610
Hayır	67,6±28,8	p*=0,000
Fikrim Yok	86,7±22,0	

* p<0,05 değeri anlamlı kabul edilmiştir.

kendi içindeki farklarını analiz etmek amacıyla yapılan Bonferroni testine göre; cinsel yönelimin bir tedavi ya da terapi ile değişmeyeceğini, eşcinselliğin ruhsal bir bozukluk olmadığını, kimliklerini gizli tutmamaları gerektiğini, çevreden etkilenerek değişmeyeceğini, ailelerinde ya da arkadaşlarından birisinin eşcinsel olmasının kişilerin toplumsal statüsünü etkilemeyeceğini, LGBT bireylerin CYBH'a daha kolay yakalanmayacağını, LGBT bir hastaya bakım vermekten rahatsızlık duymayacağını düşünenlerin fark oluşturduğu saptanmıştır. Eşcinsellerin iyi bir ebeveyn olacağını, toplumda eşcinsel bireylerin olmasının bireylerin toplumsal statüsünü etkileyeceğini, biyolojik cinsiyet dışında farklı cinse yönelmenin günah olacağını düşünen, düşünmeyen ve fikri olmayan grupların ETÖ puan ortalaması bakımından tümünün farklı olduğu bulunmuştur.

Yapılan istatistiksel analizde öğrencilerin sınıfları, yaşadıkları yer, gelir durumuna göre ETÖ puanları arasında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna göre öğrencilerin sınıfları, yaşadıkları yer ve gelir durumları ETÖ puanlarını etkilememektedir (sırasıyla, $F=1,435$, $p=0,233$; $F=1,560$, $p=0,200$; $F=2,282$, $p=0,104$ ve $p>0,05$). Öğrencilerin cinsel yönelimin bir seçim, eşcinselliğin fizyolojik bir bozukluk ve toplumda eşcinsel bireylere karşı ön yargı olup olmadığı sorularına verdikleri yanıtlar ve ETÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmış, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla, $F=2,450$, $p=0,089$; $F=1,266$, $p=0,284$, $F=2,758$, $p=0,006$ ve $p>0,05$).

Tartışma

Beş farklı Association of Southeast Asian Nations (Güneydoğu Asya Uluslar Birliği - ASEAN) ülkesinde (Endonezya, Malezya, Myanmar, Tayland ve Vietnam) 3262 lisans üniversite öğrencisi arasındaki LGBT bireylerde sağlık göstergelerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, katılımcıların %5'i kendini LGBT birey olarak tanımlamıştır. Bu çalışmada LGBT bireylerin %23,5'inin ciddi depresyon yaşadığı, %40,0'inin intihar düşüncesine sahip olduğu, %35,3'ünün intihar girişiminde bulunduğu, %28,6'sının alkol kullandığı, %14,0'inin son 12 ay içinde yasadışı uyuşturucu ve %46,4'ünün patolojik düzeyde internet kullandığı bildirilmiştir. Çalışma

sonucunda LGBT üniversite öğrencileri arasında depresyon, intihar ve bağımlılık davranışlarının yaygın olduğu belirtilmiştir (12). Transseksüel bireylerde özellikle ergenlik öncesi ve ergenlik dönemlerindeki intihar düşüncelerinin ve girişimlerinin yaygınlığını belirlemek amacıyla 141 transseksüel bireyle yapılan bir çalışmada; katılımcıların %29,8'i intihar girişiminin olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %9,2'sinin halen, %55,3'ünün ise yaşam boyu intihar düşüncesi olduğu belirtilmiştir. Çalışmada intihar girişimlerinin %76,7'sinin 21 yaşından önce gerçekleştiği saptanmıştır (23). Ciddi hastalık yükü bulunan LGBT bireylerin sağlık hizmetlerinden gerektiği biçimde yararlanmalarını sağlamak, sağlık profesyonelleri tarafından onlara ayırım gözetmeksizin ulaşabilecekleri nitelikli sağlık hizmetini sunmak toplum sağlığı açısından önemlidir. Bu çalışmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; ebeklik bölümü öğrencilerinin LGBT bireylere yönelik olumsuz önyargılarının bulunduğu, cinsel yönelime ilişkin düşünceleri sorulduğunda fikrim yok diyenlerin oranının %11,2 ile %44,8 arasında beklenenden yüksek olduğu görülmüştür. Ailesi ya da arkadaş çevresinde LGBT tanıdığı olanların eşcinsellere yönelik olumsuz tutumlarının azaldığı, konu ile ilgili bilgisizlik ya da yanlış bilgiye sahip olmanın olumsuz tutumları artırdığı belirlenmiştir.

Sağlık Yüksekokulu ile Meslek Yüksekokulundaki öğrencilerin LGBT bireyler hakkındaki görüşlerinin saptanması amacıyla 600 öğrenciyle yapılan bir çalışmada, erkek öğrencilerin LGBT bireylere karşı daha olumsuz bir bakış açısına sahip oldukları belirtilmiştir. Çalışmada LGBT bireylerin negatif ayrımcılığa maruz kaldıklarını düşünenlerin büyük bölümü (%75,0) kadınlardan ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinden (%64,2) oluşmaktadır. Kadınların yarısından fazlası (%57,3) LGBT bireylerin kendilerini gizlememesi gerektiğini düşünürken erkeklerde bu oranın daha düşük (%31,1) olduğu bildirilmiştir (22). LGBT bireyler, ABD'deki nüfusun neredeyse yüzde 10'unu temsil ederken birçok klinisyen cinsel azınlık gruplarına nasıl bakım yapılacağını bilmemektedir. ABD'de hemşirelik öğrencilerinin LGBT bireylere bakım verme konusundaki bilgi ve tutumlarını incelemek amacıyla 190 hemşirelik öğrencisiyle yapılan bir çalışmada, mezun hemşirelerin lisans ve lisansüstü öğrencilere göre

daha bilgili oldukları ve LGBT bireylere sağlık hizmeti sunma yönünde daha olumlu tutum gösterdikleri, çalışma bulgularımıza benzer biçimde lisans ve lisansüstü eğitim alan öğrencilerde önemli bilgi eksikliklerinin bulunduğu belirtilmiştir. Konuyla ilgili yeni öğretim stratejilerinin oluşturularak, öğrencilerin LGBT bireylere bakım vermede daha rahat ve donanımlı olmalarına yardımcı olunması gerektiği bildirilmiştir (17). Son zamanlarda hasta odaklı bakım talebi ve LGBT hastaların ihtiyaçlarına daha fazla önem verilmesine karşın, hemşirelerin halen LGBT hasta bakımı konusunda temel eğitime sahip olmadığı ve sonuç olarak olumsuz tutumlara sahip oldukları düşünülmektedir. San Francisco Körfezi Bölgesinde 268 hemşire ile yapılan ve hemşirelerin LGBT hasta bakımı ile ilgili rahatsızlık nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, hemşirelerin %80'inin LGBT konularıyla ilgili okulda ya da mevcut iş yerlerinde herhangi bir eğitim almadıkları bulunmuştur. Hemşirelerin çoğu, LGBT bireyin bakımında rahat olduklarını ifade etmelerine karşın, bazıları onların kültürüne özgü bakım veremediklerini belirtmişlerdir (16). İngiltere'de 22 pratisyen hekimle lezbiyen ve gay hastalarının cinsel sağlık sorunlarını tartışırken karşılaştıkları zorluklar hakkındaki bakış açılarını incelemek amacıyla yapılan nitel bir araştırmada, hekimlerin neredeyse yarısı heteroseksüel olmayanların cinsel sağlık konularından söz etmede zorlanabileceklerini belirtmişlerdir. Zorlukların öncelikle lezbiyen ve gaylerin yaşam biçimleri ve cinsel uygulamaları hakkındaki bilgisizlikten, bu bireylere hitap ederken kullanılacak uygun dilin bilinmemesinden ve gay erkeklerin ilişkilerinin doğası hakkındaki varsayımlardan kaynaklandığı bildirilmektedir. Çalışmadaki katılımcılar lezbiyen ve gay hastaların cinsel sağlıkları hakkında bir iletişim yolu geliştirmenin gerektiğini belirtmişlerdir (26).

Altmış üç LGBT bireyle yapılan bir araştırmada, trans bireylerin biseksüel ve eşcinsel bireylere oranla sağlık kuruluşlarında negatif ayrımcılığa daha fazla uğradığı ve daha uygunsuz koşullarda sağlık hizmeti aldıkları bildirilmiştir. Çalışmada cinsel yönelim/cinsiyet kimliği nedeniyle sağlık kuruluşlarında ayrımcılığa uğradığını belirten 14 kişilik gruptan 11 kişinin (%78, 6) doktorlar, 4 kişinin (%28,6) hemşireler tarafından negatif ayrımcılığa uğradığı belirtilmiştir (25). 18 LGBT

bireyle yapılan nitel bir araştırmada ise katılımcıların sağlık çalışanlarının önyargı, ayrımcı tutum ve davranışları yüzünden sağlık kuruluşlarına gitmek istemedikleri; hastalıklarının son evrelerine kadar gitmeyi erteledikleri ve bu nedene bağlı ölümlerin yaşandığı bildirilmiştir. Ayrıca katılımcılar, özel ve devlet hastanelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin davranış farklılığına dikkat çekmişler ve özel hastaneleri tercih ettiklerini ifade etmişlerdir (21). Yılmaz ve Göçmen'in (2015) 2875 LGBT kişiyle yaptıkları çalışmada LGBT bireyler yaşamlarını idame ettirmeye yönelik en temel alanlarda bile ciddi ayrımcı tutumlara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Ayrımcılığa uğradığını bildiren LGBT'lerin çoğunluğu yasal yollara başvurmadıklarını, %43,2'si yaşamında en az bir kez intiharı düşündüğünü, %50,3'ü cinsel sağlık hizmetlerine nereden ve nasıl ulaşacaklarını bilmediklerini ifade etmişlerdir (8).

Kaos Gay ve Lezbiyen Kültürel Araştırmalar ve Dayanışma Derneği (Kaos GL)'nin "Türkiye'de Kamu Çalışanı Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Trans ve İntersekslerin (LGBTİ) Durumu 2016" araştırmasında 20 kamu çalışanı LGBTİ'den yalnızca 1'inin, iş yerinde cinsel kimliğini çekinmeden ifade ettiği bildirilmiştir (13). Kaos GL'nin "Türkiye'de Özel Sektör Çalışanı LGBTİ'lerin Durumu 2016" çalışmasına göre özel sektörde çalışan 85 LGBTİ bireyin çoğunun işyerinde gizlenmek zorunda kaldığı, kimliğini açıklayanların 3'te 1'inin ayrımcılığa uğradığı bildirilmiştir. Yaklaşık olarak yalnızca 5 çalışandan 1'inin iş başvurusu esnasında cinsel kimliğine ilişkin tamamen açık ve özgür davranabildiği belirtilmiştir (14). Yavuz ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada, eşcinsel erkeklerin çoğunlukla ergenlik dönemi ve sonrasında, hiç tanımadıkları yabancı kişiler tarafından, kamuya açık alanlarda, orta ve ağır şiddette saldırıya maruz kaldıklarını bulmuşlardır (6). Kendini gay ya da biseksüel erkek olarak tanımlayan 210 kişi ile yapılan bir çalışmada, cinsel yönelimleri nedeni ile bireylerin %33,3'ünün fiziksel travma yaşadığı, %50,0'inin en az bir kez sözlü tacize uğradığı bildirilmiştir. Çalışmaya katılan eşcinsel bireylerin %45,2'sinin toplumda kendilerini korumak için cinsel yönelimlerini gizledikleri, %68,6'sının eşcinselliğini dini inançları açısından günah olarak değerlendirmedeği belirtilmiştir (24). Endonezya'nın başkenti Cakarta'da düzenlenen

Endonezya Dinler ve Barış Konferansı'nda "Eşcinsellik İslam'da caizdir" fetvası veren İslam uzmanları, inancın eşcinseli olmadığını, eşcinselliğin Allah'tan geldiğini ve bu yüzden doğal olduğunu belirtmişlerdir. Ancak Hristiyanlık, Musevilik ve İslamiyet'te karşı cinsler arasındaki ilişkiyi esas alan ve eşcinselliği yasaklayan bir yaklaşım söz konusudur. Eşcinsellik, erkeğin egemenliğine bir tehdit oluşturduğu için ayıp, günah ve yasak sayılmakta, toplum tarafından sapkın ve marjinal olarak düşünülmektedir (19). Bizim çalışmamızda öğrencilerin yarısından fazlası kişinin biyolojik cinsiyeti dışında farklı cins yönelmesinin günah olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler

Yıllardan beri yok sayılan LGBT bireyler aslında dünyada ve ülkemizde önemli bir grubu oluşturmaktadır. Onların maruz kaldıkları ayrımcılık, önyargı, fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk gibi olumsuz durumlar bireysel sağlıklarını, dolaylı olarak toplumu olumsuz etkilemektedir. Sağlık alanında bakım sağlayacak ve danışmanlık yapacak olan ebelik bölümü öğrencilerinin LGBT bireyler hakkında bilgi, görüş ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptığımız çalışmanın sonuçlarına göre öğrencilerin yarısından fazlasının lezbiyen, gay ve biseksüel kavramlarının tanımlarını bildikleri ancak transgender kavramı hakkında fikirlerinin olmadığı bulunmuştur. Öğrencilerin çoğu cinsel yönelimin bir seçim olduğunu ve herhangi bir tedavi ya da terapi ile değişebileceğini düşünmektedirler. Çalışma kapsamındaki öğrencilerin neredeyse tamamına yakını toplumda eşcinsellere karşı olumsuz önyargı olduğunu belirtmişlerdir.

Ülkemizde tabu halinde olan, daha çok bilgisizlik ve önyargılı olmaktan kaynaklanan negatif ayrımcı tutumun hakim olduğu bu konu hakkında öğrencilere ders kapsamında daha ayrıntılı eğitim verilmesi, özellikle LGBT bireyler ile çalışmalar yapılması, onların yaşadığı zorlukların ele alınması ve çözümlenmesine yardımcı olunmasının, LGBT bireylerin nitelikli sağlık hizmeti alabilmeleri ve sorunlarının çözümünde oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir.

İletişim: Arş. Gör. Ayşe Mete

E-posta: ayse.mete@gop.edu.tr

Kaynaklar

1. KAOS GL Eğitim Grubu. "LGBT çocuklar için ne yapmalı?" . LGBT Çocuklar ile Çalışan Öğretmenler için Kılavuz Kitabı. 2014.
2. Keskin N, Yapça G, Tamam L. Transseksüalizm: Klinik özellikleri ve yasal konular. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi* 2015;7(4):436-47.
3. Jogjakarta İlkeleri (2007). Uluslararası İnsan Hakları Mevzuatının Cinsel Yönelim ve Cinsiyet Kimliği Alanlarında Uygulanmasına İlişkin İlkeler.
4. Kayır GÖ. Sosyolojik değerlendirme: LGBT bireyler açısından cinsiyet kimlikleri meselesi. *Eğitim Bilim Toplum Dergisi* 2015;13(51):73-97.
5. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, TBMM İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu. <http://www.danistay.gov.tr/upload/insanhaklarievrenselbeyannamesi.pdf>. Erişim Tarihi: 01.03.2018
6. Yavuz, MF, Dalkanat N, Gölge ZB, Müderrisoğlu S. Eşcinsel erkeklere yönelik fiziksel şiddetin değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi* 2006;20(2):15-21.
7. KAOS GL Medya Klavuzu. 2011. <http://www.kaosgldernegi.org/resim/kutuphane/dl/sikcasorulansorular.pdf> Erişim Tarihi: 15.03.2017
8. Yılmaz V, Göçmen İ. Türkiye'de lezbiyen, gay, biseksüel ve trans bireylerin sosyal ve ekonomik sorunları araştırmasının özet sonuçları. Cilt IV, Sayı 6, 2015:94-101, Türkiye Politika ve Araştırma Merkezi (Research Turkey), Londra: Research Turkey (<http://researchturkey.org/9142>).
9. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.
10. Hudson W, Ricketts W. A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of Homosexuality* 1980;5: 357-72.
11. Sakallı N, Uğurlu O. Effects of social contact with homosexuals on heterosexual Turkish university students' attitudes towards homosexuality. *Journal of Homosexuality* 2001;42(1):53-62.
12. Peltzer K, Pengpid S. Stress among lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) university students in ASEAN countries: Associations with poor mental health and addictive behavior. *Gender & Behaviour* 2016;14(3):7806-15.
13. Türkiye'de Kamu Çalışanı Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Trans ve İntersekslerin Durumu. <http://www.kaosgldernegi.org/yayindetay.php?id=168>, Erişim tarihi: 01.03.2018
14. KAOS GL. LGBTİ çalışanlar gizlenmek zorunda kalıyor! <http://kaosgl.org/sayfa.php?id=22637>, Erişim tarihi: 01.03.2018
15. Yarns BC, Abrams JM, Meeks TW, Sewell DD The mental health of older LGBT adults. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18:60 DOI 10.1007/s11920-016-0697-y.

16. Carabez R, Pellegrini M, Mankovitz A, El,ason M, Ciano M, Scott M. "Never in all my years...": Nurses' education about LGBT health Journal of Professional Nursing, 2015;31(4):323–9.
17. Cornelius JB, Carrick J. Editor: Patterson BJ. A survey of nursing students' knowledge of and attitudes toward LGBT health care concerns. Research Briefs. 2015;36(3):1223 DOI: 10.5480/13-1223.
18. Okutan N. (Eşcinsellere yönelik tutumlar: Cinsiyetçilik, romantik ilişkilerle ilgili kalıp yargılar ve yetişkin bağlanma biçimleri açısından bir değerlendirme. Yüksek Lisans Tezi, 2010 Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı.
19. Kırmızı K. Eşcinselliğe dinlerin ve toplumun bakışı. <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1431723768.pdf>. Erişim Tarihi: 01.03.2018.
20. Ayten A, Anık E. LGBT bireylerde dinî inanç, din ve tanrı tasavvuru, dinî ve manevî başa çıkma süreci. Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi 2014;14(2):7-31.
21. Karakaya S. LGBT bireylerin sağlık bakım deneyimleri ile ilgili görüşleri: Niteliksel çalışma. Yüksek Lisans Tezi, 2017 İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
22. Özpulat F, Bulut FY, Kör M. Üniversite öğrencilerinin LGBT bireyler hakkındaki görüşleri. International Journal of New Trends in Social Sciences. 2017;1(2):23-32.
23. Yüksel Ş, Arslantaş Ertekin B, Öztürk M, Bıkmaz PS, Oğlağı Z. Klinikte ihmal edilen bir konu: Transseksüel bireylerde intihar riski. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi; 2017;54:28-32. Doi: 10.5152/npa.2016.10075.
24. Yalçınoğlu N, Önal AE. (2014). Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve sağlık üzerine etkileri. Turk J Public Health 2014;12(2):100-12.
25. Yeşiltepe G. Lezbiyen gay biseksüel trans (LGBT) bireyler ve hasta hakları, Uzmanlık Tezi, 2015 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.
26. Hinchliff S, Gott M, Galena E.. 'I dare say I might find it embarrassing': General practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. Health Soc Care Community; 2005;13(4):345-53.

0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Ateş Konusunda Bilgi ve Uygulamaları: Diyarbakır Örneği

The Knowledge and Practices among Mothers with Children Aged 0 to 6 Years about Fever: An Example from Diyarbakır



Gülhan Yiğitalp¹

DOI: 10.17942/sted.399082

Geliş/Received : 26.02.2018
Kabul/Accepted : 09.07.2018

Öz

Amaç: Çalışma Diyarbakır'da 0-6 yaş arası çocuğu olan annelerin çocuklarda gelişen ateş konusunda bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmanın evrenini Diyarbakır merkeze bağlı 11 Aile Sağlığı Merkezine Ocak-Nisan 2015 tarihleri arasında başvuran 0-6 yaş grubu çocuğu olan 428 anne oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anneler ile yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Veriler, sayı, yüzdelikler ve ki-kare hesaplanarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 30.44 ± 6.31 yıldır. Annelerin %53.7'sinin ateşin sınırlarını doğru bildiği belirlenmiştir. Çocuğun ateşini düşürmek için yapılan uygulamalar arasında %51.2 oranında "ateş düşürücü verme" olduğu, %86.4'ünün ateşin zararı olarak "havale geçirme" cevabını verdikleri saptanmıştır. Annelerin %48.1'i "4 saat ve altı" sürede ateş düşürücü verdiğini ifade etmişlerdir. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça evde derece bulundurma, yüksek ateşin derecesini bilme, doza dikkat etme düzeyinin arttıği saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Annelerin ateşe yönelik uygulamalarda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça ateşle ilgili bilgi düzeyi artmaktadır.

Anahtar sözcükler: Ateş, Çocuk, Anneler, Bilgi, Uygulamalar

Abstract

Objective: This study was designed to examine the knowledge and practices among mothers with children aged 0-6 years in Diyarbakır regarding fever in children.

Materials and Methods: The target population of this descriptive study consisted of 428 mothers with children aged 0-6 years, who went to 11 Family Health Centres in downtown Diyarbakır between January and April 2015. A questionnaire prepared by the researcher was used to collect data. The data were collected through face-to-face interviews with mothers. The data were analysed by calculating number, percentage and chi-square.

Findings: The average age of the mothers participated in the study was 30.44 ± 6.31 years. It was seen that 53.7% of them knew the grades of fever correctly. 51.2% of the mothers were "giving antifebriles" to reduce the child's fever and according to 86.4% of them "febrile seizure" was the most common harm of high fever. 48.1% of mothers stated that they give antifebriles every "4 hours or less". It was determined that as the educational level of mothers increased, the rates of keeping a thermometer available at home, knowing about the grades of high fever and giving correct doses of medications increased ($p < 0.05$).

Conclusion: It was seen that the mothers did not have sufficient information about fever treatment practices. As the educational level of mothers increases, their level of knowledge about fever also increases.

Key words: Fever, Child, Mothers, Knowledge, Practices.

1 Dr. Öğr. Üyesi, Dicle Ü. Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Diyarbakı (Orcid No: 0000-0001-5800-3878)

Giriş

Ateş; vücut sıcaklığının ölçüldüğü yere göre ortalamadan 1°C ya da daha yüksek olmasıdır. Vücut sıcaklığı gün içinde değişiklikler gösterir. Özellikle akşam saatlerinde, sıcak hava, hareket, sıkı giyinme, sıcak yiyecek ve içecekler ile vücut sıcaklığı artabilir (1,2). Literatürde değişimle beraber vücut ısısının; rektal 38°C, oral 37.8°C, aksiler 37.2°C'nin üzerinde olması ateş olarak değerlendirilmektedir (3,4).

Ateş çocukluk çağında, sıklıkla karşılaşılan semptomlardandır ve ailelerin sağlık kuruluşuna başvurma nedenlerinin başında gelmektedir (2,5). Ateş hastalık olarak değerlendirilerek ailelerde korku ve endişeye neden olmakta ve ateşe yönelik ailelerin yanlış ve hatalı girişimlere başvurmalarına neden olabilmektedir. Oysaki ateş bir semptomdur ve vücudun vermiş olduğu doğal bir savunma mekanizmasıdır (6,7).

Yüksek ateş durumunda başvuru alan yanlış ve hatalı uygulamalar çocuklarda ölümlerle sonuçlanabilen komplikasyonlara yol açmaktadır. Bundan dolayı ateş durumunda alınması gereken önlemler ve zamanında yapılacak müdahaleler büyük öneme sahiptir (8).

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda ailelerin çocuklarda ateş ile ilgili bilgi ve uygulamaları irdelenmiştir (8-13). Ancak araştırmanın planlandığı Diyarbakır ilinde annelerin çocuklarda ateş konusunda bilgi ve uygulamalarıyla ilgili çalışmalara ulaşılammıştır. Bu nedenle çalışma, Diyarbakır'da 0-6 yaş arası çocuğu olan annelerin çocuklarda gelişen ateş konusunda bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Diyarbakır merkeze bağlı 11 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) yürütülmüştür. Sosyoekonomik durum bakımından toplumu yansıması ve ulaşımın kolay olmasından dolayı bu ASM'ler seçilmiştir. Araştırmanın evrenini, Ocak 2015 - Nisan 2015 tarihleri arasında, Diyarbakır merkeze bağlı 11 ASM'ye başvuran 0-6 yaş grubu çocuğu olan anneler oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş belirtilen tarihler arasında herhangi bir sağlık şikâyeti ya da bağıışıklama nedeni ile ASM'ye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul

eden 428 anne ile çalışma yürütülmüştür.

Annelere çalışmanın amacı açıklanmış, soruları yanıtlanmış ve sözlü onayları alınmıştır. Annelere çocukları hakkında verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan 31 sorudan oluşan soru formuyla toplanmıştır (7,9,13-15). ASM'ye başvuran annelerle uygun bir ortamda yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler elde edilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistik analizi bilgisayar ortamında SPSS 16 (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paketi kullanılarak yapılmıştır. Sayı, yüzdelikler ve önemlilik testi olarak da ki-kare hesaplanmış, p<0.05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 30.44±6.31 yıldır. Annelerin %33.2'sinin okuma yazma bilmediği, %90.9'unun çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmada annelerin %97.7'sinin çocuğunda ateş şikâyeti olduğu, %46.7'sinin çocuğun ateşi olunca ASM'ye başvurduğu, %77.6'sının alnına dokunarak ateşi tespit ettikleri ve %33.6'sının evinde derece bulunduğu belirlenmiştir. Annelerin %43.5'i ateşin derece ile koltuk altından ölçüldüğünü, %43.7'si nereden ölçüldüğünü bilmediğini, %53.7'si ateşin sınırlarını doğru bildiği, %64.5'i çocuk ateşlenince ilk aklına gelen hastalığın soğuk algınlığı/grip olduğunu ifade etmişlerdir. Çocuğun ateşini düşürmek için annelerin %51.2'si "ateş düşürücü verme", %32.2'si "periferik soğutma" yaptığı belirlenmiştir. Annelerin periferik soğutma yöntemini sıklıkla koltuk altı (%43.7) ve baş (%40.7) bölgesine uyguladıkları saptanmıştır. Annelerin %56.8'inin periferik soğutmada ılık su kullandığı, %86.4'ünün ateşin zararı olarak "havale geçirme" cevabını verdikleri görülmüştür (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan annelerin ateş düşürücü ilaçlar hakkındaki bilgi ve uygulamaları incelendiğinde %51.2'sinin ibuprofen,

Tablo 1. Ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleri		
Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Ort±SS 30.44±6.31		
Anne eğitim düzeyi		
Okuryazar olmayan	142	33.2
Okuryazar	79	18.5
İlkokul	88	20.6
Ortaokul	31	7.2
Lise	58	13.5
Üniversite	30	7.0
Anne çalışma durumu		
Çalışmıyor	389	90.9
Çalışıyor	39	9.1
Baba eğitim düzeyi		
Okuryazar olmayan	30	7.0
Okuryazar	52	12.1
İlkokul	136	31.8
Ortaokul	71	16.6
Lise	92	21.5
Üniversite	47	11.0
Babanın mesleği		
İşçi	163	38.1
Memur	56	13.1
Serbest Meslek	166	38.8
İşsiz	25	5.8
Emekli	7	1.6
Diğer	11	2.6
Aile tipi		
Çekirdek	346	80.8
Geniş	82	19.2
Çocuk sayısı		
4 ve daha az	357	83.4
4'ten fazla	71	16.6
Yerleşim yeri		
Apartman dairesi	285	66.6
Gecekondu	127	29.7
Müstakil	16	3.7
Gelir durumu		
500 TL altı	57	13.3
500-1000 TL	203	47.4
1001-2000 TL	112	26.2
2000TL üstü	56	13.1
Sosyal güvence		
SGK	248	57.9
Yeşil kart	118	27.6
Özel sigorta	17	4.0
Yok	45	10.5
Toplam	428	100.00

%22.2'sinin parasetamol kullandığı, %48.1'i "4 saat ve altı" sürede ateş düşürücü verdiğini, %41.8'i ilaç dozunu yaşa göre ayarladığını, %86.4'ü ateş düşürücüleri eczaneden doktor reçetesi ile aldığını, %23.8'i doktora danışmadan antibiyotik kullandıklarını, ateş düşürücü ile ilgili bilgiyi %83.4 oranında sağlık personelinen aldıklarını ifade etmişlerdir. Annelerin %66.1'i ateş düşürücü ilaçların faydaları olarak çocuğun havale geçirmesini engellediğini, %79.7'si ateş düşürücü ilaçların yan etkilerini bilmediklerini bildirmişlerdir (Tablo 3).

Annelerin eğitim düzeyi ve ateş ile ilgili bazı değişkenler karşılaştırıldığında, eğitim düzeyiyle evde derece bulundurma, yüksek ateşin sınırlarını bilme, ilaç dozuna dikkat etme arasında anlamlı ilişki bulunurken ($p<0.05$), doktora danışmadan antibiyotik kullanma, ateş düşürücüyü temin etme yöntemi arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Annelerin eğitim düzeyi arttıkça evde derece bulundurma, yüksek ateşin derecesini bilme, doza dikkat etme düzeyinin arttığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tartışma

Diyarbakır'da 0-6 yaş arası çocuğu olan annelerin çocuklarda gelişen ateş konusunda bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla tasarlanan bu araştırmada, annelerin %46.7'si çocuğunda ateş olduğunda ASM'ye, %37.6'sı acil servise başvurduğunu belirtmişlerdir. Celasin ve ark.nın (4) çalışmasında annelerin %96.1'inin öncelikle kamu kuruluşlarına (hastane, sağlık ocağı) başvurduğu, Çiftçi ve Beklen'in (8) çalışmasında %32.3'ünün ASM'ye başvurduğu belirlenmiştir.

Ateşin ölçümü mutlaka termometre ile yapılmalıdır. Elle dokunarak yapılan ateş ölçümü yanıltıcı olmaktadır. Çalışmamızda annelerin büyük çoğunluğunun vücut ısısını ilk değerlendirme yöntemi olarak çocuğun alınına dokunarak yaptıkları belirlenmiştir. Benzer çalışmalarda da bu oran %62.2 ile %77.2 arasında bulunmuştur (4,8,15). Çocukta gelişen ateşin sağlıklı bir biçimde izlenmesi hastalığın seyrini ortaya koymak ve tedaviye karar vermek bakımından önemli olduğundan, annelerin bu hususta sağlık eğitimine ihtiyaç duydukları açıktır. Ayrıca bu araştırmada annelerin %33,6'sının evinde derece olduğu ve derece olanların

Tablo 2. Annelerin ateş konusundaki bilgi ve uygulamaları

Çocuğunuzda ateş şikâyeti oldu mu?	Sayı	Yüzde
Evet	418	97.7
Hayır	10	2.3
Çocuğunuzda ateş olunca hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?*		
Aile sağlığı merkezi	200	46.7
Acil servis	161	37.6
Çocuk polikliniği	129	30.1
Özel sağlık kuruluşu	16	3.7
Ateş olduğunu nasıl belirlersiniz?*		
Alnına dokunarak	332	77.6
Derece ile ölçerek	121	28.3
Genel durumuna bakarak	75	17.5
Evde derece var mı?		
Evet	144	33.6
Hayır	284	66.4
Hangi tür derece var? (n=144)		
Dijital	111	77.1
Cıvalı	33	22.9
Derece ile ateş nereden ölçülür?*		
Koltuk altı	186	43.5
Alın	26	6.1
Ağız	24	5.6
Kulak	23	5.4
Makat	11	2.6
Bilmiyorum	187	43.7
Yüksek ateş kaç dereceye denir?		
Bilmiyor	165	38.6
37 C altı	6	1.4
37-38	27	6.3
38 ve üzeri	230	53.7
Çocuk ateşlenince ilk aklına gelen hastalık?*		
Soğuk algınlığı/grip	280	64.5
Tonsillit/Faranjit	71	16.6
Bronşit	62	14.5
Menenjit	34	7.9
Diş çıkarma	28	6.5
İshal	15	3.5
İYE	13	3.0
Güneş çarpması	4	0.9
Bilmiyor	41	9.6
Çocuğunuzda ateş olunca ilk yaptığınız uygulama nedir?*		
Ateş düşürücü verme	219	51.2
Giysilerini çıkarma	177	41.4
Periferik soğutma	138	32.2
Doktora götürme	56	13.1
Periferik soğutmayı nereden uyguluyorsunuz?*		
Koltuk altı	187	43.7
Baş	174	40.7
Tüm vücut	89	20.8
El-yüz	72	16.8
Gövde	25	5.8
Bilmiyor	62	14.5

Tablo 2'nin devamı Annelerin ateş konusundaki bilgi ve uygulamaları

	Sayı	Yüzde
Periferik soğutmayı ne ile uyguluyorsunuz?*		
Ilık su	243	56.8
Soğuk su	97	22.7
Duş	67	15.7
Alkol\sirke	24	5.6
Bilmiyor	57	13.3
Ateşin zararları neler olabilir?*		
Havale geçirme	370	86.4
Beyin hasarı	84	19.6
Halsizlik	79	18.5
Enfeksiyon	63	14.7
İştah azalması	59	13.8
Solunum güçlüğü	39	9.1
Ölüm	13	3.0
Beyin kanaması	13	3.0
Bilmiyor	37	8.6

*Yüzdeler n=428 üzerinden hesaplanmıştır.

çoğunluğunun dijital dereceye sahip oldukları belirlenmiştir. Halıcıoğlu ve ark.nın (3) araştırmasında da %29.0'nın evinde derecenin olduğu ve çoğunun dijital dereceye sahip olduğu, Demir ve Bayat'ın (16) araştırmasında %22.1'inin evinde derece bulunduğu, Temel ve ark.nın (17) araştırmasında %97.3'ünün evinde dijital derece bulunduğu belirlenmiştir.

Çocuklarda ateş; rektal, oral, aksillar, timpanik, temporal arterden ölçülebilir (18). Bu çalışmada anneler "derece ile ateş nereden ölçülür?" sorusuna %43.5'i koltuk altından %43.7'si bilmiyorum cevabını vermişlerdir. Öztürk ve ark.nın (19) çalışmasında ailelerin %70.9'u çocuğun ateşini koltuk altından ölçtüklerini, Araz'ın (9) çalışmasında %79.5'i koltuk altından %2.5'i bilmediğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara göre annelerin ateşin ölçüldüğü bölgeyi bilmemelerinin yüksek olması kadınların bu konuda eğitime ihtiyaçlarının olduğunu göstermektedir.

Aksiller ölçümle değerlendirilen sıcaklık tanılmasında; normal vücut sıcaklığı (36.5-37.2°C), Subfebril Ateş (37.2-38.4°C), Hafif Ateş (38-38.5°C), Orta Ateş (38.5-39°C), Yüksek Ateş (39-40°C), Hiperpireksi (40.5°C ve üzeri) olarak değerlendirilmektedir (2).

Bu çalışmada araştırmaya dahil edilen annelerin yarısından fazlası yüksek ateşi 38°C ve üstü

olarak tanımlarken, geri kalan önemli bir kısmının ateşin sınırlarını bilmedikleri ya da yanlış bildikleri saptanmıştır. Baş ve ark.nın (7) çalışmasında annelerin %70.7'si 38°C ve üzeri, Dong ve ark.nın çalışmasında (6) ailelerin yarısından fazlasının 38°C ve üstü, Zyoud ve ark.ı (20) annelerin yaklaşık 3/4'ünün 38-39°C üstünü yüksek ateş olarak tanımladıkları görülmüştür.

Annelerin ateş olunca ilk yaptığı uygulama olarak ateş düşürücü verme, çocuğun giysilerini çıkartma, periferik soğutma yapma olduğu, periferik soğutmayı koltuk altından, ılık su ile, soğuk su ile, alkol/sirke ile yaptığı görülmüştür. Yapılan başka araştırmalar da çalışmamızla paralellik göstermektedir (10,21-24). Annelerin ateş durumunda çocuğun giysilerini çıkarma, ılık kompres uygulama, çocuğa ılık duş aldırma gibi yararlı uygulamalar yanında, sirkeli su, alkol ve kolonya kullanma, doktor önerisi olmadan ateş düşürücü kullanma gibi hatalı uygulamalar yaptıkları da görülmektedir. Periferik soğutma doğru biçimde yapılırsa ateşe yaklaşımda olumlu bir uygulama olarak kabul edilir (14). Sirkeli/alkollü su çocuğun ateşini bir anda düşüreceği için periferik soğutmada tavsiye edilmez (25).

Ateş nedeniyle geçirilen nöbetlerin morbiditeyi artıran faktörlerle ilişkili olabileceğini düşünen ebeveynler, sıklıkla korku ve endişe yaşarlar (26). Ateş, çocukların genel durumunu bozduğundan

Tablo 3. Annelerin ateş düşürücü ilaçlar konusundaki bilgi ve uygulamaları

	Sayı	Yüzde
Ateş düşürücü olarak hangi tür ilaç kullanıyorsunuz?*		
buprofen	219	51.2
Parasetamol	95	22.2
Aferin	46	11.9
Aspirin	20	10.7
Novalgin	51	4.7
Bilmiyor	79	18.5
Ateş düşürücüyü kaç saatte bir veriyorsunuz?		
4 saat ve altı	206	48.1
5 saat ve üstü	162	37.9
Ateşi çıktıkça	48	11.2
Reçeteye göre	12	2.8
Ateş düşürücünün dozuna dikkat ediyormusunuz?		
Evet	388	90.7
Hayır	40	9.3
Dozu neye göre ayarlıyorsunuz?*		
Yaşa göre	179	41.8
Reçeteye göre	155	36.2
Ateşin yüksekliğine göre	82	19.2
Kiloya göre	44	10.3
Ateş düşürücüyü nereden temin ediyorsunuz?		
Eczaneden doktor reçetesiyle	370	86.4
Eczaneden reçetesiz	53	12.4
Tanıdıklardan	5	1.2
Doktora danışmadan antibiyotik kullanıyor musunuz?		
Evet	102	23.8
Hayır	326	76.2
Ateş düşürücü hakkında bilgileri nereden alıyorsunuz?*		
Sağlık personeli	357	83.4
Akraba	138	32.2
Arkadaşlar	53	12.4
Televizyon	30	7.0
İnternet	16	3.7
Gazete, dergi	13	3.0
Ateş düşürücü ilaçların faydaları nelerdir?*		
Havale geçirmesi engellenir	283	66.1
Çocuk kendini daha iyi hisseder	221	51.6
İyileşmesi daha hızlı olur	186	43.5
Daha kolay uyur	90	21.0
Etrafıyla ilgili hale gelir	58	13.6
İştahı açılır	53	12.4
Bilmiyor	45	10.5
Ateş düşürücü ilaçların yan etkileri nelerdir?*		
Bilmiyor	341	79.7
Alerji	44	10.3
Böbrek yetmezliği	24	5.6
Karaciğer yetmezliği	20	4.7
Hazımsızlık	14	3.3
Mide kanaması	13	3.0

*Yüzdeler n=428 üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4. Annelerin eğitim düzeyi ve ateş ile ilgili bazı değişkenlerin karşılaştırılması

	Eğitimsiz		İlköğretim		Lise ve üzeri		X ² :p	
	N	%	N	%	N	%	X ²	P
Evde derece								
Yok	187	84.6	76	63.9	21	23.9	104.507	0.000
Var	34	15.4	43	36.1	67	76.1		
Yüksek ateş kaç derecedir?								
Bilmiyor	117	52.9	43	36.1	5	5.7	69.515	0.000
37 °C altı	0	0.0	5	4.2	1	1.1		
37-38 °C	11	5.0	6	5.0	10	11.4		
38 °C ve üzeri	93	42.1	65	54.6	72	81.1		
Doktor danışmadan antibiyotik kullanma								
Evet	60	27.1	22	18.5	20	22.7	3.272	0.195
Hayır	161	72.9	97	81.5	68	77.3		
Doza dikkat etme								
Evet	190	86.0	111	93.3	87	98.9	13.683	0.001
Hayır	31	14.0	8	6.7	1	1.1		
Ateş düşürücüyü temin etme								
Eczaneden Reçetesiz	27	12.2	13	10.9	13	14.8	2.597	0.627
Eczaneden Reçeteli	190	86.0	105	88.2	75	85.2		
Tanıdıklarından	4	1.8	1	0.8	0	0.0		

aile üyelerini korkutsa da bağışıklık sisteminin bazı bileşenlerine faydalı olduğu ve enfeksiyonlara karşı vücudun korunmasına ve iyileşmesine katkıda bulunduğu belirtilmektedir (2). Bu çalışmada ailelerin ateşin zararları konusundaki en büyük endişesi %86.4 oranında havale geçirme, %19.6 oranında beyin hasarı olduğu bulunmuştur. Bu bulgulara paralel olarak Dalkıran'ın (27) çalışmasında annelerin %82.5'inin çocuklarının havale geçirmesinden ve %72.5'inin ateşli havalenin birçok ciddi hasarlara neden olacağı konusunda endişeleri olduğu, Nerkiz ve ark.nın (12) çalışmasında ailelerin %90.4'ü havale, %37.1'i beyin hasarı, Chiappini ve ark.nın (28) yaptıkları bir çalışmada görüşülen ailelerin hepsi, ateşin en az bir olumsuz etkisinin olduğunu ve %89.9'u tedavi edilmediği takdirde ateşin beyin hasarı ya da nöbetlere yol açabileceğini belirtmişlerdir.

Parasetamol ve ibuprofen çocuklarda ateş tedavisinde sıklıkla kullanılan ateş düşürücüler arasındadır (13,29,30). Bu çalışma kapsamındaki anneler de literatür ile benzer biçimde ateş düşürücü olarak İbuprofen ve Parasetamol kullandığını belirtmişlerdir.

Aileler ateş durumunda paniğe kapıldıklarından gereğinden sık ateş düşürücü ilaç kullanmaktadırlar. Nerkiz ve ark.nın (12) yaptıkları çalışmada 4 saat ve daha sık aralıklara ateş düşürücü verilebileceğini bildiren ailelerin oranı %33.9 bulunmuştur. Araz'ın (9) çalışmasında ailelerin %60.8'i 4 saat ve daha sık aralıklarla ateş düşürücü ilaç verdiklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmada da annelerin yaklaşık yarısı 4 saat ve daha sık aralıklara ateş düşürücü verdiğini bildirmişlerdir.

Çalışma kapsamına alınan annelerin büyük çoğunluğu ateş düşürücünün dozuna dikkat ettiğini, %41.8'i dozu çocuğun yaşına göre, %36.2'si reçeteye göre, %19.2'si ateşin yüksekliğine göre, %10.3'ü kiloya göre ayarladığını ifade etmişlerdir. Karaahmetoğlu ve ark.nın (14) çalışmasında annelerin %30.1'inin çocuğun yaşına göre, %33.6'sının reçeteye göre ilaç dozunu ayarladığı bulunmuştur. Bebiş ve ark.nın (11) çalışmasında annelerin 4/2'sinden fazlası ilaç prospektüsünde belirtilen çocuğun yaşına ve kilosuna göre; 4/1'i doktor reçetesine göre; 5/1'i ise ateş yüksekliğine göre ilaç dozunu ayarladığını belirtmişlerdir. Çatak ve ark.nın (13)

çalışmasında annelerin %48.5'i ateş düşürücü reçete edilirken çocuklarının yaşının sorulduğunu belirtmişlerdir. Oysa uygun dozun ayarlanabilmesi için çocuğun ağırlığının bilinmesi gerekmektedir. Annelerin bu konuda doğru bilgilendirilmeleri önem taşımaktadır.

Çiftçi ve Beklen (8) annelerin %79.8'inin ateş düşürücüyü doktor reçetesiyle aldığını, Kılıç ve ark. (31) ailelerin %63.0'ünün ilaç vermeden önce doktora başvurduklarını, Çataklı ve ark. (13) annelerin %84.2'sinin ateş düşürücüleri doktor önerisiyle kullandıklarını belirlemişlerdir. Bu çalışmada da benzer olarak annelerin %86.4'ünün ateş düşürücüyü eczaneden doktor reçetesiyle temin ettiği bulunmuştur. Ayrıca annelerin %23.8'i doktora danışmadan çocuğa antibiyotik verdiklerini belirtmişlerdir. Özkan ve Öztürk'ün (10) çalışmasında da annelerin %16.9'u ateşi yükseldiğinde çocuğa antibiyotik verdikleri, Halicioğlu ve ark. (3) çalışmasında %1.0'i doktora gitmeden antibiyotik verdikleri, Demir ve Bayat'ın (16) çalışmasında %1.7 oranında doktora danışmadan antibiyotik verdikleri belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda bu oranın diğer çalışmalara göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu konuda ailelere, özellikle annelere antibiyotik kullanım alanları ve önemi konusunda planlı eğitimler verilmelidir.

Araz'ın (9) çalışmasında annelerin %39.8'i, Suluhan ve ark.nın (32) çalışmasında %46.8'i ateş düşürücü ilaçların yan etkisini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada da annelerin %79.7'si ateş düşürücü ilaçların yan etkisini bilmediklerini belirtmişlerdir. Bu veriler annelerin ateş düşürücüler hakkında bilgi ve danışmanlığa ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Literatürde ebeveynin eğitim düzeyinin düşük olmasının, ailenin ateşli çocuğa yaklaşımını, ailelerin ateş ile ilgili tutumlarını ve ateş düşürücü ilaç kullanımını etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (13,28,33). Bu çalışmada da eğitim düzeyiyle evde derece bulundurma, yüksek ateşin derecesini bilme, ilaç dozuna dikkat etme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça evde derece bulundurma, yüksek ateşin derecesini bilme, doza dikkat etme düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Sonuç olarak bu araştırmada annelerin büyük çoğunluğu vücut ısısını yanlış yolla belirlediği ve yarısına yakını ateşin sınırlarını bilmediği, ayrıca ateşe yönelik uygulamalarda yeterli bilgiye sahip olmadıkları bulunmuştur. Annelerin eğitim düzeyinin evde derece bulundurma, ateşin sınırlarını bilme ve ilaç dozuna dikkat etme durumunu etkilediği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, ateş durumunda anneler öncelikle ASM ve acil kliniklere başvurdukları için bu alanda çalışan sağlık personellerinin özellikle hemşirelerin ailelere ateş ile ilgili doğru bilgilendirme yapması önem arz etmektedir. Bu kapsamda ailelere yüksek ateşin tanımı, nedenleri, ateşin komplikasyonları, ateş durumunda yapılacak ilk uygulamalar gibi konularda kapsamlı ve sürekli eğitimler verilmesi hatalı uygulamaların önlenmesinde büyük katkılar sağlayacaktır.

Teşekkür

Bu çalışmada özellikle verilerin toplanmasında ve analizinde vermiş olduğu katkılardan dolayı Arş. Gör. Dr. Funda GÜMÜŞ'e teşekkür ederim.

İletişim: Dr. Gülhan Yiğitalp

E-posta: gyigitalp@dicle.edu.tr

Kaynaklar

- 1.Smith J. Methods and devices of temperature measurement in the neonate: a narrative review and practice recommendations. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2014;14(2):64-71.
- 2.Çaka SY, Çınar N, Altinkaynak S. Ateşli Çocuğa Yaklaşım. *Journal of Human Rhythm*, 2015;1(4):133-138.
- 3.Halicioğlu O, Koc F, Akman S, Teyin A. Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *Izmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2011;1(1):13-19.
- 4.Celasin NŞ, Ergin D, Atman Ü. Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008; 22(6):315-322.
- 5.Teller J, Ragazzi M, Simonetti GD, Lava SAG. Accuracy of tympanic and forehead thermometers in private paediatric practice. *Acta Paediatrica* 2014;103(2):80-83.
- 6.Dong L, Jin J, Lu Y, Jiang L, Shan X. Fever phobia: a comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient

- department in a children's hospital in China. *BMC pediatrics* 2015;15(1):163.
7. Baş NG, Karatay G, Karatay M. Beş yaş altı çocuğa sahip annelerin ateş yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2016;13(3):258-263.
 8. Çiftçi EK, Beklen S. 0-6 yaş arası çocuğu olan annelerin ateş ve ateş düşürücüler ile ilgili bilgi ve inanışları. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2014;11(2):83-91.
 9. Araz NÇ. Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: bilgi, tutum ve uygulamaları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2013;7(1):27-32.
 10. Özkan H, Öztürk S. Doğu Anadolu bölgesinde bir kent merkezinde iki aile sağlığı merkezine başvuran annelerin çocukları ateşlendiğinde yaptığı uygulamalar. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* 2013;3(2):121-126.
 11. Bebiş H, Coşkun S, Açıkkel C, Özdemir S. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Yüksek Ateşe İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(6):699-708.
 12. Nerkiz P, Doğaner YÇ, Aydoğan Ü, Onar T, Gök F, Sağlam K, ve ark. Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş bilinç durumu. *Eurasian Journal of Family Medicine* 2012;1(1):11-16.
 13. Çataklı T, Can V, Dallar Y. Annelerin Ateş Düşürücü Kullanma Bilgileri Yeterli mi?. *J Pediatr Inf* 2012; 6(4):139-143.
 14. Karaahmetoğlu GU, Softa HK, Zengin N. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015;4(2):54-60.
 15. Arslan S, Aydın M. Annelerin ateş korkusu ve ateş yönetimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015;5(1):1-6.
 16. Demir M, Bayat B. Tokat karşiyaka doğum ve çocuk hastanesi acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 14(Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı) 2005;14:22-29
 17. Temel AB, Arabacı Z, Kahveci T. Annelerin çocuklarında ateş yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Kastamonu Sağlık Akademisi* 2016;1(1):1-17.
 18. Hockenberry J. Assessment of the Child and Family. In J. Hockenberry, D. Wilson (Ed.). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (9. Baskı), USA: Elsevier Mosby. 2013;86-140.
 19. Öztürk Ö, Topan A, Ayyıldız T. Ateş şikayeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015;2(3):285-296.
 20. Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Nabulsi MM, Tubaila MF, Awang R, et al. Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: A Cross-sectional study from palestine. *BMC Pediatrics* 2013;13(66):1-8.
 21. Eliaçık K, Kanık A, Oyman G, Rastgel H, Güngör S, Anıl M, ve ark. Ebeveynlerin ateş hakkındaki bilgi, inanış ve yanlış uygulamaları. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;13(1):5-7.
 22. Bölükbaş N, Erbil N, Altunbaş H, Arslan Z. 0-12 aylık bebeği olan annelerin çocuk bakımında başvurdukları geleneksel uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009;6(1):164-176.
 23. Poirier MP, Collins EP, McGuire E. Fever phobia: a survey of caregivers of children seen in a pediatric emergency department. *Clin Pediatr* 2010;49(6):530-534.
 24. Wallenstein MB, Schoeder AR, Hole MK, Ryan C, Fijalkowski N, Alvarez E, et al. Fever literacy and fever phobia. *Clin Pediatr* 2013;52(3):254-259.
 25. Green R, Jeena P, Kotze S, Lewis H, Webb D, Wells M. Management of acute fever in children: guideline for community healthcare providers and pharmacists. *South African Medical Journal*. 2013;103(12): 948-954.
 26. Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*. 2011;127(3):580-587.
 27. Dalkıran YA. Annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili bilgi düzeyleri. *Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi*. İstanbul:2007.
 28. Chiappini E, Parretti A, Becherucci P, Pierattelli M, Bonsignori F, Galli L, et al. Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC pediatrics* 2012;12(1): 97.
 29. Saz EU, Koturoğlu G, Duyu M, Ozananar Y, Kurugöl Z, Sever M. Türk ailelerinin ateş yönetimi ile ilgili bilinç düzeyi ve korkuları. *Çocuk Enf Derg* 2009;3:161-164.
 30. Cohee LM, Crocetti MT, Serwint JR, Sabath B, Kapoor S. Ethnic Differences in Parental Perceptions and Management of Childhood Fever. *Clin Pediatr (Phila)* 2010;49(3):221-227.
 31. Kılıç R, Kendir ÖT, Gökay SS, Çelik T, Bakır, E, Özkaya AK, ve ark. Çocuklarda ateş ile ilgili ebeveynlerin tutum ve davranışları. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med* 2016;3:76-85.
 32. Suluhan D, Taşal C, Yıldız D, Fidancı BE, Konukbay D, Gök F, ve ark. 0-6 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ateş Düşürücü İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2016;24(2):90-96.
 33. Crocetti M, Sabath B, Cranmer L, Gubser S, Dooley D. Knowledge and management of fever among Latino parents. *Clin Pediatr* 2009; 2:183-189.

Seçilmiş Bir Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencilerinin Hekim Hakları Konusundaki Görüş ve Farkındalık Durumlarının İncelenmesi (2018)

Opinions and Awareness of a Selected Medical School Interns on Physicians' Rights (2018)

Araştırma



Research

Deniz Yaşar¹, Ataberk Beydemir², Behlül Atalay³, Berk Batuhan Bayraktar⁴, Burak Dalkıran⁵, Cem Kurtoğlu⁶, Gökçem Ayan⁷, Mine Topçuoğlu⁸, Nihan Avcu⁹, Sare Demirtaş¹⁰, Merve Büke¹¹, Banu Çakır¹²

Geliş/Received : 21.12.2018
Kabul/Accepted : 14.16.2019

DOI:10.17942/sted.486203

Öz

Hasta haklarıyla bir bütün olan hekim hakları, hekim-hasta ilişkisinin ve hekimliğin nitelikli bir şekilde icrasının temelini oluşturur. Giderek artan hekim hak ihlalleriyle ilgili haberler, ülkenin çeşitli yerlerinde göreve başlayacak hekim adaylarının hekim hakları konusundaki farkındalıklarının önemini arttırmaktadır.

Çalışmada seçilmiş bir tıp fakültesi Dönem VI öğrencilerine hekim hakları ile ilgili Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı'nda kabul edilen önermeleri içeren standart bir anket formu sunulmuştur. Katılımcıların hekim hakları konusundaki farkındalık düzeyleri, öncelik verdikleri haklar ve bunlarla ilişkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Google formlar ile hazırlanan anket Ekim 2018'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF)'nde okumakta olan 353 intörn hekim tarafından online elektronik ortamda doldurulmuştur. Veri analizinde SPSS v22.0 programı kullanılmış olup, tüm analizler için tip I hata değeri 0,05 kabul edilmiştir.

Sosyodemografik faktörler ile toplam farkındalık puanı arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. Ancak tıp fakültesini kendi isteğiyle tercih eden grubun farkındalık düzeyi (puan ortalaması 21,0) diğerlerinden yüksektir. Hak ihlallerine şahit olduğunu belirten hekimlerin farkındalık puanı ortalamaları hak ihlaline tanık olmadığını belirtenlerden daha yüksektir. "Hekimler, çalıştıkları kurumlarda, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışma hakkına sahiptirler" önermesi en önemli hak (n=123) olarak seçilirken, en önemli hekimlik sorunu "şiddet" (n=294) olarak belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Hekim, Hak, Şiddet, İntörn, Farkındalık, Hak ihlalleri

Abstract

Physician's rights, which constitute a whole together with the patient's rights form a basis for the patient-physician relationship and good medical practice. The ever-increasing number of news on violation of physician's rights increase the importance of awareness about physicians' rights among interns, who will begin medical practice in various regions of the country. In this study, a standard questionnaire containing the resolutions on physician's rights accepted at Turkish Medical Association Ethical Declarations Workshop were administered to the interns of a selected medical school. It was aimed to investigate the level of awareness on physicians' rights among the participants, identify the rights that they prioritised and associated factors.

The questionnaire created via Google Forms was filled out online by 353 Term VI students, attending Hacettepe University Faculty of Medicine (HUFM) in October 2018. SPSS v22.0 software was used for data analysis and 0,05 was considered to be type I error value. A significant difference could not be detected between sociodemographic characteristics and total awareness score. However, the awareness level of the students who have voluntarily chosen medical school was higher (a mean score of 21) than that of their counterparts. The mean awareness score of interns, who stated that they have witnessed a violation of physician rights was higher than that of the ones who have not experienced such a witnessing. The resolution stating that "Physicians have the right to work in a healthy and safe environment" was seen to be most significant right (n= 123), whilst "violence" was considered to be the most important problem of physicians (n= 294).

Key words: Physician, Right, Violence, Intern, Awareness, Violations of rights

1 İnt. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara (Orcid No: 0000-0003-3403-165X)

2 İnt. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara (Orcid No: 0000-0002-9743-3253)

3 İnt. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara (Orcid No: 0000-0002-8179-2753)

4 İnt. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara (Orcid No: 0000-0001-7989-2643)

5 İnt. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara (Orcid No: 0000-0002-0834-1913)

6 İnt. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara (Orcid No: 0000-0002-7879-8468)

7 İnt. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara (Orcid No: 0000-0002-0934-7129)

8 İnt. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara (Orcid No: 0000-0002-0271-618X)

9 İnt. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara (Orcid No:0000-0001-5475-9440)

10 İnt. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Ankara (Orcid No: 0000-0002-7375-794X)

11 Asist. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Ankara (Orcid No: 0000-0002-5723-1171)

12 Prof. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Ankara (Orcid No: 0000-0001-9381-2013)

Giriş

Hekim hakları, mesleki uygulamayı icra etmek ve hekimliği nitelikli yapabilmek için, farklı ifadeyle de hekimlere birtakım görev ve sorumlulukları yükleyebilmek için gerekliliği öngörülen haklardır (1). Hasta haklarıyla hekim hakları birbirlerine karşı oluşturulmuş haklar değildir, aksine bu iki hak iç içe geçerek daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunmanın ön koşulunu oluşturmaktadır.

Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencilerine hekim hakları ile ilgili Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı'nda kabul edilen maddelerden hazırlanan önermeler sunulmuş ve verdikleri cevaplar ölçüsünde bu öğrencilerin farkındalık düzeylerinin saptanması hedeflenmiştir. Ek olarak yanlış ya da eksik bilinen hakların tespit edilmesi ve bu hakları bilme durumunun bazı sosyodemografik faktörlerle olası ilişkilerinin belirlenmesi de çalışmanın kısa dönem amaçları arasındadır. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre uzun dönemde; tıp alanındaki güncel sorunlar açısından hekimlerin hakları hakkındaki farkındalıklarını artırmak, tıp fakültesi dekanlıklarını tespit edilen eksiklikler konusunda bilgilendirmek ve mezuniyet öncesi verilecek olan eğitimlere katkı sağlamak; ek olarak da ileride hekim haklarıyla ilgili yapılacak olan çalışmalara ışık tutmak hedeflenmiştir.

Bu araştırmada, Türkiye Cumhuriyeti'nde çalışan hekimlerin bağlı oldukları Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) yayınladığı Türk Tabipleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesinde bulunan haklar incelenerek çalışmada kullanılacak hekim haklarının içerikleri düzenlenmiştir. Bu bildirge 4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara'da düzenlenen "Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda kabul edilmiştir. Daha sonra 20 Haziran 2009 tarihinde Ankara'da düzenlenen "Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda güncellenmiştir (3). Bu çalışmada TTB tarafından kabul edilen hekim haklarına ek olarak çalışma evrenini oluşturan intörn hekimler için önemli olacağı araştırmacılar tarafından düşünülen ve Tababet Uzmanlık Yönetmeliğinde yer alan hekim hakları ile ilgili maddelerden biri de kullanılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmada evren olarak, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde Dönem 6 öğrencisi olarak eğitim gören intörn hekimler seçilmiştir. Tüm intörn

hekimlere katılımları duyuru şeklinde rica edilmiş ve zorlama olmaksızın çalışmaya katılmayı kabul eden 353 intörn hekim ile tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Toplam fakülte'deki intörnlerin mevcudu 485 olup çalışmada %73'üne ulaşılmıştır.

Araştırma için, araştırmacılar tarafından oluşturulan 5 bölüm ve 43 sorudan oluşan çoktan seçmeli ve boşluk doldurma seçeneklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Google formlardan düzenlenen çevrimiçi doldurmaya uygun olan bu anket öğrencilerin iletişim aracı olarak kullandıkları sosyal medya grupları (Facebook grup, Whatsapp mobil uygulama) üzerinden paylaşılmıştır. Bu sebeple fakülte dekanlığından özel bir izin alınması gerek görülmemiştir. Araştırma, etik kurul kararı gerektiren herhangi bir klinik ya da deneysel çalışma içermemektedir. Katılımcıların onamları çevrimiçi doldurulan anketin giriş sayfasında alınmıştır. Ankette; sosyodemografik özellikler ile ilgili 10 soru, tıp fakültesindeki eğitim süreci ile ilgili üç soru, mezuniyet sonrası kariyer planlaması ile ilgili altı soru, tıp fakültesini tercih süreci ve eğitim süresince karşılaşılan olumsuzluklarla ilgili üç soru, hekim haklarını tanıma konusunda bilgi düzeyleri ve verdikleri önceliklerle ilgili 21 soru bulunmaktadır.

Bu çalışmada hekim haklarıyla ilgili 12 tane doğru önerme sunulmuştur. Bu önermelere "Kesinlikle katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum ve Kesinlikle katılıyorum" şeklinde 5 adet yanıt verme seçeneği verilmiştir. Doğru önermeler için ilk 3 seçenek 0 (sıfır) puan iken; "katılıyorum" 1 (bir) puan ve "kesinlikle katılıyorum" 2 (iki) puan olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada 6 tane hekim hakkı olmayan önerme puanlamasında "Kararsızım, Katılıyorum ve Kesinlikle katılıyorum" seçenekleri 0 (sıfır); "katılmıyorum" 1 (bir) ve "kesinlikle katılmıyorum" 2 (iki) puan olarak belirlenmiştir. 18 soruya verilen cevaplara göre toplam puan hesabı yapılmıştır.

Verilerin analizi için frekans ve yüzde dağılımları, merkezi eğilim ve yayılım (ortalama ve standart sapma), bilgi puanı hesaplanması, ortalamalar arasındaki fark SPSS versiyon 22.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı, $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Hekim hakları ile ilgili toplam farkındalık puanının katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, çalışmaya katılan 176 kadın intörnün toplam puanlarının ortalaması 20,55 ve standart sapması 5,9 bulunmuştur. 177 erkek katılımcının ise ortalaması 20,20 iken standart sapması 5,9 olarak tespit edilmiştir (Bağımsız T-testi $p=0,579$). Hacettepe Türkçe Tıp bölümünde okuyan 177 öğrencinin toplam farkındalık puanlarının ortalaması 20,11 ve standart sapması 5,8; minimum 1 ve maksimum 32 puandır. Hacettepe İngilizce Tıp bölümünde ise 129 intörn hekim, ortalama 20,87 puan ve 5,9 standart sapma ile minimum 7 ve maksimum 32 puan almıştır. Kastamonu Tıp bölümünden 29 kişinin ortalaması 20,59 ve standart sapması 7,1 olurken minimum 0 ve maksimum 32 puandır. Bozok Tıp bölümünden 18 katılımcının ortalaması 19,06 ve standart sapması 3,9; minimumu 12 ve maksimumu 24 puandır (Oneway Anova $p=0,530$). Yaş grupları üç kategoride incelendiğinde; 23 yaş ve aşağısında olan 213 öğrencinin ortalaması 20,35 ve standart sapması 6,3'tür; minimum 0 ve maksimum 32 puandır. 24 yaşında olan 114 katılımcının ortalaması 20,31 ve standart sapması 5,2 iken minimumu 6 ve maksimumu 31 puandır. 25 yaş ve üzeri olan 26 intörnün ortalaması 20,81 ve standart sapması 5,5 iken minimum 9 ve maksimum 30 puandır (One way Anova, $p=0,924$), (Tablo 1).

Tablo 1'de katılımcıların anne eğitim seviyelerinin üniversite düzeyinde olanlar ve olmayanlar arasında farkındalık puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır ve annesi üniversite mezunu olan 183 intörn hekimin farkındalık puanlarının ortalaması 20,60 iken standart sapması 5,6'dır. Üniversite mezunu olmayan annelerin çocukları olan 170 intörnün ortalaması 20,12 ve standart sapması 6,2'dir (Bağımsız t testi, $p=0,447$). Katılımcılardan baba eğitim seviyeleri üniversite mezunu olan 268 intörnün ortalama farkındalık puanı 20,61 ve standart sapması 5,8'dir. Babalarının eğitim düzeyi üniversite mezunu olmayan 85 öğrencinin farkındalık puanı ortalaması 19,61 ve standart sapması 6,1'dir (Bağımsız t testi, $p=0,172$). Ebeveynlerin meslek grupları; hekim hakları konusunda bilgi ve farkındalığı fazla olabilecek "Sağlık-Eğitim-Hukuk" grubunda çalışanlar ve "Diğerleri"

şeklinde gruplanmıştır. Katılımcılardan anne meslekleri "Sağlık-Eğitim-Hukuk" grubunda olan 113 intörnün farkındalık puanı ortalaması 21,21 ve standart sapması 5,8'dir. Diğer meslek gruplarında çalışan annesi olan 240 katılımcının ortalaması 19,97 ve standart sapması ise 5,9'dur (Bağımsız t testi, $p=0,060$). Katılımcıların baba mesleklerine göre sınıflandırmasında babası "Sağlık-Eğitim-Hukuk" grubunda olan 114 kişinin ortalaması 20,46'dır ve standart sapması 6,2'dir. Babaları diğer meslek gruplarında çalışan 239 intörn hekimin ortalaması ise 20,33 ve standart sapması 5,8'dir (Bağımsız t testi, $p=0,852$). Hekim hakları ile ilgili toplam farkındalık puanının, katılımcıların ailelerinin ekonomik durumunu kendi beyanlarına göre düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırmaları incelendiğinde Tablo 1'de belirtildiği gibi ailelerinin ekonomik durumunu düşük olarak belirten 24 intörnün ortalaması 20,38 ve standart sapması 6,0 iken minimum 10 ve maksimum 31 puandır. Aile gelirlerini orta olarak belirten 181 intörn hekimin farkındalık puan ortalaması 20,56 ve standart sapması 6,2 iken minimum 0 ve maksimum 32 puan almışlardır. Aile ekonomik durumun yüksek olduğunu belirten 148 intörn hekimin farkındalık puan ortalaması 20,14 iken standart sapması 5,5'dir. Bu hekimler minimum 1 ve maksimum 31 puan almışlardır (One way Anova testinin $p: 0,817$) (Tablo 1).7

TTB Etik Bildirgeler Çalıştayına göre hazırlanmış hekim haklarından doğru olan önermelere katılımcıların verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında en çok bilinen hak olarak 232 kesinlikle katılıyorum, 100 katılıyorum cevabıyla (%94 farkındalık oranı) 13. sıradaki "Hekimler, meslek ahlakına uygun olmayan davranışlara ortak olmayı reddetme hakkına sahiptir." önermedir. Buna en yakın %93,8 farkındalık oranı ile (217 kesinlikle katılıyorum, 114 katılıyorum cevabı) 15. sıradaki "Hekim izin kullanma, emeklilik, sürekli mesleki gelişimini sağlayacak etkinliklere katılma gibi haklara sahiptir." maddesidir. Katılımcıların %21,5 oranla en çok kararsız kaldıkları 18. sıradaki "Her servisin normal polikliniğinde yeterli sayıda uzman görevlendirilebiliyorsa uzman hekim günde bakması gereken hasta sayısını sınırlama hakkına sahiptir." önerme aynı zamanda %70,3 ile en az farkında olunan maddedir (Tablo 2).

Tablo 1. Toplam farkındalık puanının katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (HÜTF, Ekim 2018)

	N	%	Ortalama± Standart Sapma	P değeri
Cinsiyet				
Kadın	176	49,9	20,55±5,9	0,579*
Erkek	177	50,1	20,20±5,9	
Fakülte				
Hacettepe Türkçe Tıp	177	50,1	20,11±5,8	0,530 †
Hacettepe İngilizce Tıp	129	36,5	20,87±5,9	
Kastamonu Tıp	29	8,2	20,59±7,1	
Bozok Tıp	18	5,1	19,06±3,9	
Yaş				
23 ve aşağısı	213	60,4	20,35±6,3	0,924 †
24	114	32,3	20,31±5,2	
25 ve yukarısı	26	7,3	20,81±5,5	
Anne eğitim				
Üniversite mezunu	183	51,8	20,60±5,6	0,447*
Diğer	170	48,2	20,12±6,2	
Baba eğitim				
Üniversite mezunu	268	75,9	20,61±5,8	0,172*
Diğer	85	24,1	19,61±6,1	
Anne meslek				
Sağlık-eğitim-hukuk	113	32,0	21,21±5,8	0,060*
Diğer meslek grupları	240	68,0	19,97±5,9	
Baba meslek				
Sağlık-eğitim-hukuk	114	32,3	20,46±6,2	0,852*
Diğer meslek grupları	239	67,7	20,33±5,8	
Aile ekonomisi				
Düşük	24	6,8	20,38±6,0	0,817 †
Orta	181	51,3	20,56±6,2	
Yüksek	148	41,9	20,14±5,5	

*:Bağımsız T-testinin p değeridir. †: One way Anova testinin p değeridir.

Araştırma anketinde altı tane hekimlerin hakları olmayan yanlış-çeldirici önermeler ile katılımcıların farkındalıkları ölçülmüştür. 1. sıradaki "Rutin korunma önlemlerinin yetersiz kaldığı ancak enfeksiyon zinciri henüz tam olarak tanımlanmamış bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda hekimin kendi sağlığını ön planda düşünerek hastayı tedavi etmeyi reddetme hakkı vardır." önermesi % 11,3 ile farkındalığı en az bulunan önermedir. 14. madde "Hekim, çalıştığı hastanede kendisinden kıdemli ya da üst düzey yönetici statüsünde çalışan personellerin verdiği görevleri hukuka aykırı bulsa dahi yapması gerekmektedir." Hekimler tarafından hakları

olmadığı ile ilgili en çok bilinen maddedir (Tablo 3).

Araştırma anketinde katılımcılara sunulan 18 önerme içinden kendilerine göre en önemli hak olarak kabul ettikleri maddeyi yazmaları istenmiştir. "Hekimler, çalıştıkları kurumlarda, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışma hakkına sahiptirler." önermesi 123 katılımcı tarafından (%34,8) en önemli hak olarak görülmüştür.

Tıp fakültesini kendi kararıyla seçtiğini ifade eden 255 katılımcının toplam farkındalık puanının ortalaması 21, standart sapması 5,6; minimum 0,

Tablo 2. Çalışmaya katılan dönem 6 öğrencilerinin TTB Etik Bildirgeleri Çalışmayı'na göre hazırlanmış hekim hakları listesinde yer alan haklara ait "Yanlış" olarak verilen önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (HÜTF, Ekim 2018)

Sunulan doğru önerme (anketteki sayı numarası ile)	Kesinlikle katılıyor		Katılıyor		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kişinin sağlık durumu acil bir girişim gerektirmiyorsa hekim sağlık hizmeti sunmayı reddedebilir	93	26,3	172	48,7	38	10,7	44	12,4	6	1,7
Hekim, sağlık hizmeti sunulan kişi ve yakınlarından gelebilecek istemleri, bilimsel bilgiye uyumluluğu temelinde değerlendirecek geri çevirme hakkına sahiptir	155	43,9	160	45,3	25	7,1	11	3,1	2	0,6
Hekimin onurlu ve sıkıntısız belirli bir gelir düzeyine sahip olması bir haktır	218	61,8	112	31,7	16	4,5	7	2	0	0
Hekim kendisine başvuran ya da hizmet sunmakta olduğu kişi ile daha önceden var olan kişisel bir ilişkisi nedeniyle mesleki yargılarının etkilenebileceğinden kaygılanıyor ise, böylece bir durumda o kişinin uygun nitelikte sağlık hizmeti alamayacağı düşüncesi ile kişinin sağlığını tehlikeye atmıyor olduğu sürece hizmet sunmayı reddedebilir	126	35,7	166	47,0	47	13,3	12	3,4	2	0,6
Hekimler, çalıştıkları kurumlarda, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışma hakkına sahiptirler	255	72,2	67	19,0	19	5,4	7	2	5	1,4
Bulaşıcı bir hastalık söz konusu olduğunda; çalışma ortamında rutin korunma araçları bulunmuyor ve o hastalığın bulaş riski tıbbi uygulama ile anlamlı biçimde artıyor ise, hekim kendisini ve başkalarını korumak gereğiyle hastayı uygun olanakların bulunduğu yerlere yönlendirebilir	203	57,5	121	34,3	27	7,6	2	0,6	0	0
Hekim çağdaş tıp olanaklarını izlemek ve uygulama yapabilmek için gerekli ortamda çalışma hakkına sahiptir	213	60,3	114	32,3	16	4,5	6	1,7	4	1,1
Sözlü ya da fiziksel bir şiddet söz konusu olduğunda, hasta bir başka hekime yönlendirilebiliyorsa ve bu yönlendirme kişinin sağlığını tehlikeye atmıyorsa hekim hizmet sunmayı reddedebilir	204	57,8	104	29,5	37	10,5	7	2	2	0,6
Hekimler, meslek ahlakına uygun olmayan davranışlara ortak olmayı reddetme hakkına sahiptir	232	65,7	100	28,3	17	4,8	4	1,1	0	0
Hekim izin kullanma, emeklilik, sürekli mesleki gelişimini sağlayacak etkinliklere katılma gibi haklara sahiptir	217	61,5	114	32,3	17	4,8	2	0,6	3	0,8
Hekim örgütlenme hakkına, çalıştığı kurumlarda yönetsel ve hizmete ilişkin kararlara katılma ve denetleme hakkına sahiptir	183	51,8	131	37,1	35	9,9	2	0,6	2	0,6
Her servisin normal polikliniğinde yeterli sayıda uzman görevlendirilebiliyorsa uzman hekim günde bakması gereken hasta sayısını sınırlama hakkına sahiptir	104	29,5	144	40,8	76	21,5	23	6,5	7	2

Tablo 3. Çalışmaya katılan dönem 6 öğrencilerinin TTB Etik Bildirgeleri Çalıştayına göre hazırlanmış hekim hakları listesinde yer alan haklara ait yanlış olarak verilen önermelere verdikleri yanıtların dağılımı (HÜTF, Ekim 2018)

Sunulan yanlış önerme	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rutin korunma önlemlerinin yetersiz kaldığı ancak enfeksiyon zinciri henüz tam olarak tanımlanmamış bulguları hastalıklar söz konusu olduğunda hekimin kendi sağlığını ön planda düşünerek hastayı tedavi etmeyi reddetme hakkı vardır	6	1,7	34	9,6	55	15,5	155	43,8	104	29,4
Hekim, tecrübe edinme maksadı ile insanlar üzerinde fiziki ya da biyolojik herhangi bir tedavi uygulama hakkına sahiptir	75	21,2	109	30,9	60	16,9	72	20,3	38	10,7
Hekim, acil durumlarda gelen hastalara acil müdahaleyi yaptıktan sonra başka bir hastaneye sevk ederken, gönderdiği hastanede bir doktor ayarlamak zorunda değildir	36	10,2	101	28,6	75	21,2	94	26,6	48	13,6
Hekim bulunduğu bölgede tek uzman olduğunda dahi izin kullanma hakkına sahiptir	18	5,1	61	17,3	67	18,9	125	35,3	83	23,4
Hekim, çalıştığı hastanede kendisinden kıdemli ya da üst düzey yönetici statüsünde çalışan personellerin verdiği görevleri hukuka aykırı bulsa dahi yapması gerekmektedir	181	51,3	97	27,5	30	8,5	27	7,6	18	5,1
Hekim daha önce kendisine ya da kendi birinci derece yakınına zarar vermiş olan, aralarında husumet bulunan hastaya acil durumlarda müdahale etmeyi reddetme hakkına sahiptir	61	17,3	124	35,1	62	17,5	48	13,6	58	16,4

maksimum 32 puan iken tıp fakültesini ailesinin yönlendirmesi ile seçtiğini ifade eden 54 katılımcının ortalaması 18,6 ve standart sapması 5,9; minimum 7, maksimum 30 puandır (Tablo 4 ANOVA $p=0,010$, Bonferroni'ye göre yapılan post-hoc testlerde iki önerme arası $p=0,049$).

Tablo 5'te katılımcıların hastane ortamında hak ihlaline tanık olma durumları ile toplam farkındalık puanları karşılaştırılmıştır (ANOVA $p=0,000$). Daha önce hak ihlaline tanık olmadığını belirten 283 katılımcının ortalaması 19,6 ve standart sapması 5,8; minimum 0, maksimum 32 puandır. Hasta ya da yakınlarından kaynaklanan sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalan 26 katılımcının ortalaması 23,5 ve standart sapması 4,5; minimum 12, maksimum 30 puandır (Bonferroni'ye göre yapılan post-hoc testlerde $p=0,004$). Çalışma koşullarıyla ilgili hak ihlaline tanık olan 44 katılımcının ortalaması 23, standart sapması 5,1; minimum 13, maksimum 32 puandır (Hak ihlaline tanık olmayan grup ile Bonferroni'ye göre yapılan post-hoc testlerde $p=0,004$).

Tablo 6'da katılımcıların toplam farkındalık puanlarının "Günümüzde en önemli hekimlik sorunu nedir/nelerdir?" sorusuna verdikleri yanıtla göre dağılımı verilmiştir. İntörn hekimlerden "Şiddet'i" en önemli sorun olarak gören 294 hekimin ortalaması 21, standart sapması 5,6 iken sorun olarak görmeyen 59 kişinin ortalaması 16,9 ve standart sapması 5,9'dur (t testi $p=0,000$). "Değersizleştirme-itibarsızlaştırma" maddesini en önemli sorun olarak gören 273 hekimin ortalaması 21,1 ve standart sapması 5,3'tür. Bunu sorun olarak görmeyen 80 hekimin ise ortalaması 17,2 ve standart sapması 6,9'dur (t testi $p=0,000$). "Performansa bağlı maaş sistemini" sorun olarak gören 193 hekimin ortalaması 21,5 ve standart sapması 5,1'dir. Bu maddeyi önemli bir sorun olarak görmeyen 160 katılımcının ortalaması 18,9 ve standart sapması 6,3'tür (t testi $p=0,000$).

Tartışma

Bu çalışmada hekim hakları hakkında farkındalık puanlarının ortalamaları kıyaslandığında kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Türkiye'de çalışma yaşamında kadının konumu zaman içerisinde gelişme gösterse de ataerkil

Tablo 4. Toplam farkındalık puanının katılımcıların tıp fakültesini seçmesinde neyin etkili olduğu durumuna göre dağılımı (HÜTF, Ekim 2018)

	N	%	Ortalama± Standart Sapma	P değeri
Kendi kararıyla	255	72,2	21,0±5,6	0,010*
Aile yönlendirmesi	54	15,2	18,6±5,9	
Çevre yönlendirmesi	11	3,1	17,6±7,6	
Puanı yüksek olduğundan	33	9,3	19,1±6,1	
Toplam	353	100,0	20,3±5,8	

*; ANOVA p değeri

Tablo 5. Toplam farkındalık puanının katılımcıların hak ihlaline tanık olma durumuna göre dağılımı (HÜTF, Ekim 2018)

	N	%	Ortalama± Standart Sapma	P değeri
Hayır, olmadım	283	80,1	19,6±5,8	0,000*
Hasta ya da yakınlarından kaynaklanan sözlü ya da fiziksel şiddet	26	7,3	23,5±4,5	
Çalışma koşulları ile ilgili (hasta sayısı, nöbet saatleri, mobbing vb.)	44	12,4	23,0±5,1	
Toplam	353	100,0	20,3±5,8	

*; Oneway ANOVA p değeri

Tablo 6. Toplam farkındalık puanının katılımcıların "Günümüzde en önemli hekimlik sorunu/sorunları nedir/nelerdir?" Sorusuna verdikleri cevaplara göre dağılımı (HÜTF, Ekim 2018)

	N	%	Ortalama± Standart Sapma	P değeri
Şiddet				
Hayır	59	16,7	16,9±5,9	0,000*
Evet	294	83,3	21±5,6	
Nöbet-mesai saatlerinin fazla olması				
Hayır	70	19,8	19,7±5,7	0,319*
Evet	283	80,2	20,5±5,9	
Değersizleştirme-itibarsızlaştırma				
Hayır	80	22,6	17,7±6,9	0,000*
Evet	273	77,4	21,1±5,3	
Performansa bağlı maaş sistemi				
Hayır	160	45,3	18,9±6,3	0,000*
Evet	193	54,7	21,5±5,1	
Yabancı hekim transferi				
Hayır	286	81,0	20±5,8	0,091*
Evet	66	19,0	21,4±5,8	
Devlet hizmet yükümlülüğü				
Hayır	289	81,8	20,2±5,9	0,409*
Evet	64	18,2	20,9±5,4	
Malpraktis				
Hayır	252	71,3	19,8±6,1	0,07*
Evet	101	28,7	21,6±5	
Emeklilikteki maddi kaygılar				
Hayır	288	81,5	20,1±5,8	0,108*
Evet	65	18,5	21,4±5,8	

*: Independent T testi p değeri

toplum özelliklerinden gelmenin etkisi ile halen kadınların haklarının ve iş gücündeki konumlarının geliştirilmesi için çalışmalar yapılması gerekmektedir (4). Bu çalışmada kadınların ve erkeklerin haklarının farkında olma durumu arasında açık olarak öne sürülecek bir fark olmamasının, toplumun eğitilmiş bir kesimini temsil etmelerinden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Türkiye İstatistik Kurumunun verilerine göre 2016 yılında, cinsiyete göre seçilmiş göstergeler arasında yüksek okul ya da fakülte mezun olan nüfus oranı kadınlar için % 14,2 iken, erkekler için bu oran % 18,8'dir (5). Çalışmamıza katılan intörn hekimlerin ebeveynlerinin eğitim durumu Türkiye toplum genelinden çok farklıdır. Bu farklılıkta tıp fakültesini kazanma ve seçme aşamasında aile eğitiminin olumlu katkısı olması ile yorumlanmıştır. Ancak, ebeveynlerin eğitim durumu ve hekimlerin haklarının farkındalıkları

için hesaplanan ortalama puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada, aile eğitiminin, hekimlerin bilinci üzerinde etkili olacağı düşünülmüştür ancak çalışma sonucunda hekimlerin hakları hakkındaki bilinci ebeveyn eğitiminden ziyade bireysel gelişimleri ile edinmiş olabileceği sonucu çıkmıştır.

Ekonomik problemlerin artmasıyla paralel olarak hukuksal yasaklar ve sınırlamaların da arttığı ile ilgili yazılar bulunmaktadır (6). İntörn hekimlerin ailelerinin ekonomik durumlarının artması, artan refah düzeyi ve hakların farkındalıklarını artırabileceği düşüncesini çağrıştırdığı gibi ekonomik durumunun düşük ya da orta olması haklar için verilecek mücadeleyi de artırabilir şeklinde araştırmacılar tarafından yorumlanmıştır. Bu çalışmamızın sonucuna göre katılımcıların kendi beyanları ile elde edilen verilere göre ekonomik durum ve haklar hakkındaki toplam farkındalık arasında Tablo 10'da görüldüğü üzere anlamlı bir sonuç çıkmamıştır.



Ahmet Aziz Akdağ STED Fotoğraf Yarışması Arşivi

İnsanların oluşturduğu ve onlara yönelik uygulanan birçok meslek için etik değerlerden bahsedilebilir. Tıbbi etik, sağlık ve tıp hizmetindeki sorunların ortaya konmasıyla ve bunların çözülmesi için değerler sisteminin üretilmesiyle ortaya çıkan bir olgudur (7). Hekimler, kurumlarda kıdemli ya da üst düzey yöneticilerin verdikleri görevleri meslek ahlakına uygunluğu gözeterek yerine getirmelidirler. Hukuk ve etiğe uygunluk hekimlerin davranışlarının, görevlerini icra etmelerinin temelinde olan bir ilkedir. Bu çalışmaya katılan hekimlerin ahlaka uygunluk konusunda sahip oldukları haklarla ilgili farkındalıklarının çok yüksek olduğu Tablo 2 ve Tablo 3'teki verilerle tespit edilmiştir.

Ankara ili merkez ilçelerinde görev yapmakta olan aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimlerden oluşan 381 hekim ile yapılan hekimlerin mevzuata göre sahip oldukları haklar konusundaki bilgi düzeyleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, Tababet Uzmanlığı Yönetmeliğine göre poliklinikte günde bakılacak hasta sayısı sınırının hekimlere sorulduğu bir çalışma mevcuttur. Hasta sayısı olarak cevabın sorulduğu bu çalışmada sorunun doğru bilinme oranı % 17,8'dir (8). Mezun olmadan önce hekimlerin bu haklarıyla ilgili farkındalıklarının artması gerekmektedir. Yapılan araştırmamızda intörn hekimlerin bu haklarıyla ilgili farkındalık oranı tablo 2'de belirtildiği üzere diğer haklara göre daha az bulunmuştur.

Hekimin bazı ön koşullar sağlandığında hastayı tedavi etmeyi reddetme hakkı vardır. Rutin korunma önlemlerinin yetersiz kaldığı ancak enfeksiyon zinciri henüz tam olarak tanımlanmamış bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda hekimler buldukları alanda mevcut korunma önlemlerini alarak hastayı tedavi etmelidir (3).

Bu hassasiyetle ilgili katılımcıların farkındalıklarının artırılması üzerine ileri çalışmalar yapılmalıdır. Hekimin, sağlık hizmeti görevini iyi bir biçimde yerine getirebilmesi için öncelikle kendisinin sağlıklı ve huzurlu olması gerekmektedir. Katılımcılar arasında bu düşüncenin çok yaygın olduğu kanısına varılmıştır. İntörnlere en önemsedikleri hekimlik hakkı bu temele dayanmaktadır.

Kişinin meslek seçimini kendi iradesi ile yapmasının mesleki başarısını olumlu etkilediği ile

ilgili araştırma yapılmıştır (9). Bu araştırmaya göre kişilerin tıp fakültesi tercihlerini kendi istekleriyle yapan katılımcıların hekim haklarıyla ilgili farkındalıklarının daha fazla olmasının altında mesleği severek yapacak olmaları düşünülmüştür. Araştırmacılar tarafından çalışma öncesinde hekim hak ihlaline tanık olan kişilerin haklarıyla ilgili farkındalıklarının daha yüksek olabileceği hipotezi kurulmuştu. Araştırma sonucunda bu hipotez, Tablo 5'te bulunan verilerle doğrulanmıştır. Ancak hekim hakkı konusunda farkındalığı az olan katılımcıların hak ihlallerini tanıma konusunda yetersiz olabilecekleri de düşünülmelidir.

Günümüzde giderek artan hekime şiddet ile ilgili haberler hekimlerin bu konuda duyarlılıklarını artırmıştır. Sağlık çalışanlarını olumsuz etkileyen, hemen her basamakta karşılaşılan bir sorun olarak sağlıkta şiddet son derece güncel ve mesleki ilgiyi azaltıcı bir faktördür (10). Katılımcılar arasında en önemli günümüz hekimlik sorunlarından şiddet olduğunu düşünen intörnlere hekim haklarıyla ilgili farkındalıklarının, şiddeti en önemli sorun olarak görmeyen intörnlere göre daha yüksek olmasında konuyla ilgili kendini savunma ihtiyacından kaynaklanan araştırmalarda bulunarak bilgilendiği düşünülmüştür. TTB Mart 2017'de Türk Ceza Kanununa ek madde önerisinde bulunmuştur (11). Sağlıkta şiddetin sona ermesi her bilinçli hekimin çok önemli bir talebidir. Bu araştırmada da katılımcıların şiddet konusundaki hassasiyetlerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuçlar

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencilerinin hekim hakları konusundaki farkındalığını ölçmek amacıyla yapılan çalışmada dönem 6 öğrencilerinin %73'üne ulaşılmıştır. Bu oran kesitsel bir çalışma için yeterli olmadığı için çalışma tanımsaldır. Ayrıca değişkenler için neden sonuç ilişkileri tespit edilememiştir.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencilerine hekim hakları ile ilgili olarak bazı önermeler sunularak görüş ve farkındalıkların belirlenmesi, yanlış ya da eksik bilinen hakların tespit edilmesi, en çok önemsenen hakkın tespit edilmesi, hakları bilme durumunun bazı sosyodemografik faktörlerle olası ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Elde edilen verilere göre; tıp fakültesini kendi isteğiyle tercih eden ve hastayla birebir ilişkide bulunacak olan dönem 6 öğrencilerinin hekim hakları konusunda daha bilgili olduğu saptanmıştır. Mecburi hizmete gitmeyi düşünen hekim adaylarının hekim hakları konusunda daha çok farkındalık sahibi olduğu sonucuna da varılmıştır.

İntörnlük süresince şiddete maruz kalanların hekim hakları konusunda beklenenin aksine farkındalıklarının şiddete maruz kalmayanlardan anlamlı bir farkı olmadığı görülmüştür. Çalışmada neden-sonuç ilişkisine ulaşamadığından bu durumun bir neden mi yoksa bir sonuç mu olduğu bilgisine ulaşılamamıştır.

En önemli hekimlik sorunu olarak büyük bir çoğunluk tarafından "şiddetin" gösterilmesi, son zamanlarda artan ve medyada geniş yer tutan hekime yönelik şiddet haberlerinin etkisi olduğunu düşündürmektedir. İntörnlük sürecinde hak ihlaline maruz kalanların hekim hakları farkındalık puanlarının anlamlı düzeyde diğer intörnlere göre yüksek çıktığı saptanmıştır. Bu durumun intörnlere hakları konusunda bilgi edinmeye yönelttiği düşünülmektedir.

Bu çalışma ile belirlenen amaçların bir kısmına ulaşılrken geri kalan amaçlar için ileride yapılacak olan çalışmalara, bu çalışmanın ışık tutacağı temenni edilmektedir.

Teşekkür

Çalışmamızın her türlü sürecinde kendisine danıştığımız Prof. Dr. Banu ÇAKIR, Arş. Gör. Dr. Merve BÜKE ve etik konusunda bizi yönlendiren Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN'e ve çalışmamıza katılma gönüllülüğünü gösteren Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2018-2019 dönemi intörn hekimlerine teşekkür ederiz.

İletişim: Deniz Yaşar

E-posta: deniz.yasar12@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

1. Arda B. Etik Açından Hekim Hakları. Cilt 51. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Sayı 3. 1998; s.121.
2. Yüksek Öğretim Kurulu. Tıp Eğitiminde İntörnlük Çalıştayı. Erişildi: Ekim 30, 2018.
3. <http://www.yok.gov.tr/web/guest/tip-egitiminde-intornluk-calistayi>.
4. TTB Etik Kurulu, TTB Etik Bildirgeleri. Birinci Baskı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2010.
5. Gül H, Yalçınoğlu N, Atlı Zahide C. Türkiye'de Çalışma Yaşamında Kadının Konumu ve Sorunları. TAF Prev Med Bull; 2014;13(2); s.169-176.
6. TÜİK, Sayı 27594, 06 Mart 2018 Saat 10:00 Haber Bülteni. Erişildi: Ekim 30, 2018. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27594.
7. Çeçen A. Ekonomi ve İnsan Hakları, Türkiye Barolar Birliği Dergisi. 1989/4; s.530.
8. Sütlaş M. Hasta ve Hasta Yakını Hakları. İstanbul: Çivi Yazıları, Berdan Matbaası. 2000.
9. Derhem B. Hekimlerin mevzuata göre sahip oldukları haklar ve cezai sorumlulukları konusunda bilgi düzeyi ve davranışları, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara. 2016; s.54.
10. Vurucu T. Meslek Lisesi Öğrencilerinin Meslek Seçimi Yeterliliği ve Meslek Seçimini Etkileyen Faktörler, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Denetimi, Yüksek Lisans Programı, İstanbul. 2010; s.83-98.
11. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. Erişildi: Ekim 30, 2018 <http://www.journalagent.com/bsbd/pdfs/BSBD-53825-REVIEW-MEYDANLIOGLU.pdf>.
12. Türk Ceza Kanunu Ek Madde Önerisi. Erişildi: Ekim 30, 2018 <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddet.pdf>.

Normal Doğum Yapan Primipar Annelerin Erken Doğum Sonu Dönemde Emzirme Başarısı ve Etkileyen Faktörler

Breastfeeding Success Rate during the Early Postpartum Period among Primiparous Mothers Who had Vaginal Delivery and Associated Factors

Araştırma



Research

Selma Gönenli¹, Asiye Ayar Kocatürk², Kıymet Yeşilçiçek Çalık³

DOI: 10.17942/sted.448325

Geliş/Received : 26.07.2018

Kabul/Accepted : 01.12.2018

Öz

Amaç: Çalışma normal doğum yapan primipar annelerin erken doğum sonu döneminde emzirme başarısını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Haziran-Temmuz 2015 tarihleri arasında İstanbul'da bir devlet hastanesinin doğum kliniğinde gerçekleştirilen bu tanımlayıcı çalışmanın örneklemini 278 primipar anne oluşturdu. Veriler amacına uygun hazırlanmış anket formu ve LATCH emzirme değerlendirme ölçeği ile toplandı. Verilerin analizinde sayı ve yüzdelik değerler uygulandı.

Bulgular: Annelerin tamamı doğum öncesi dönemde emzirme konusunda eğitim aldı. Çoğunluğunun emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları doğrudu ve doğum sonrası erken dönemde emzirme konusunda birkaç kez ebe/hemşireden bilgi ve emzirme desteği almışlardı. Emzirme uygulamasını ilk defa hastanede yapan annelerin çoğunluğu ilk emzirmede sorun yaşadılar ve yardıma ihtiyaç duydular. Taburcu olduktan sonra neredeyse tamamının emzirmeyi sürdürmek ile ilgili endişeleri var ve doğum sonrası dönemde emzirme danışmanlığı istediler. Annelerin LATCH ortalama puanları 7.9 ± 1.46 idi.

Sonuç: Çalışmada annelerin emzirme hakkında teorik bilgi ve uygulamalarının iyi düzeyde olmasına karşın bu bilgilerin davranışa dönüşmediği görülmektedir. Özellikle primipar annelerde başarılı bir emzirmenin başlatılıp sürdürülmesi için doğum sonrası dönemde de belli aralıklarla uygulamalı olarak emzirme eğitimlerinin yinelenmesi, eğitimlerin uygulamaya geçip geçmediğinin kontrol edilmesi özgüven taşımaları açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Anne sütü, Emzirme, Emzirme davranışı, Primipar, Postpartum dönem

Abstract

Objective: The study was conducted to determine the factors affecting breastfeeding success during early postpartum period among primiparous mothers who had a vaginal delivery.

Method: The sample of this descriptive study, which was carried out at the birth clinic of a public hospital in Istanbul between June and July 2015 was composed of 278 primiparous mothers. The data were collected using a questionnaire prepared in line with the purpose of the study and the LATCH breastfeeding assessment scale. Numbers and percentage values were used during the analysis of the data.

Findings: All of the mothers have been trained in the prenatal period about breastfeeding. Most of them had accurate knowledge and practices about breastfeeding and received information and breastfeeding support from midwives/nurses a few times during the postpartum period. The majority of the mothers who initiated breastfeeding at the hospital had problems during the first practice and needed help. After being discharged, almost all of them had worries about the continuation of breastfeeding and asked for breastfeeding consultancy during the postpartum period. The mean score of the mothers on the LATCH scale was 7.9 ± 1.46 .

Conclusion: It was seen that although the theoretical knowledge of the mothers about breastfeeding has been at a good level, this knowledge could not be turned into action.

In order to initiate and maintain successful breastfeeding especially in primiparous mothers, in terms of their self-confidence, it is important to repeat practical breastfeeding training periodically and to inspect whether this acquired knowledge was put into practice.

Key words: Breast milk, Breastfeeding, Breastfeeding behaviour, Primiparous, Postpartum Period

1 Uzman Ebe.; Haydarpaşa eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul (Orcid no: 0000-0001-5180-3610)

2 Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Ü. Sağlık Bilimleri Fak., Ebelik Bölümü, İstanbul (Orcid no: 0000-0003-1423-648X)

3 Dr. Öğr. Üyesi, Karadeniz Teknik Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Trabzon (Orcid no: 0000-0001-7146-3385)

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), bebeklerin ilk altı aya kadar yalnızca anne sütüyle beslenmesini ve bu süre içerisinde su dahil hiçbir ek besin verilmemesini, altıncı aydan itibaren ise ek besinlerle birlikte olmak koşuluyla iki yaşına kadar anne sütüyle beslenmesini önermektedir (1,2). Ancak bu önerilere karşın yalnızca anne sütü alma ve anne sütüne devam etme oranları beklenenden düşük olduğu bildirilmektedir (1-4). Gelişmekte olan ülkelerde 6 aydan küçük bebeklerin %39'u yalnızca anne sütü alırken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %20'lere kadar düşmektedir. UNICEF ve DSÖ dünyada ilk altı ay yalnızca anne sütü ile besleme oranını %38 olarak bildirmektedir (1,2).

Türkiye'de ise 1991 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından anne sütü ile beslenmenin özendirilmesi, emzirmenin başarılı ve yerleşik bir uygulama haline gelmesini sağlamak üzere "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı" başlatılmıştır (5). Ancak tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de pek çok özendirici çalışmaya karşın ilk altı ay yalnızca anne sütüyle beslenme oranı istenilen düzeyde değildir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre bebeklerin yalnızca %57,9'unun yaşamın ilk iki ayında yalnızca anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Bu oran çocuğun yaşıyla birlikte hızla azalmakta ve 4-5 aylık bebeklerde %9,5'e, 6-9 aylık bebeklerde ise %2,4'e kadar düşmektedir (6).

Çalışmalarda primipar annelerin multiparlara göre emzirmeye başlama ve sürdürme performanslarının düşük olduğu, emzirme konusunda daha fazla endişe yaşadıkları (bebeğini ilk kez emzirirken güçlük çekeceğine inanma, sütünün bebeğe yeterli olup olmayacağı endişesi, emzirme sırasında meme başında ağrı ve acı olacağını düşünme ve sütünün erken kesilmesi endişesi gibi) ve emzirmede yaşadıkları güçlükler dolayısıyla ek gıdalara erken başlama ve emzirmeyi erken dönemde kesmeye daha yatkın oldukları belirtilmektedir (7-10). Bu nedenle özellikle primipar annelerde başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için doğum sonu dönemde annenin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolünü kabullenmesi, eve gittiğinde

kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir. (11-13). Dolayısıyla doğum öncesinden başlanmak üzere, doğum sonu dönem hastanede ve ev ziyaretleri yoluyla, annelerin emzirme konusunda bilgilendirilmesi ve desteklenmesi, emzirme konusunda verilen eğitimlerin uygulamaya geçip geçmediğinin kontrolü ve annenin sorularının yanıtlanması oldukça önemlidir.

Gereç ve yöntem

Araştırmanın tipi ve amacı

Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırmanın amacı, normal doğum yapan primipar annelerin erken doğum sonu dönemde emzirme başarısı ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman

Bu çalışma Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (ZKEAH) Obstetri Doğum A servisinde normal doğum yapan primipar anneler ile 10 Haziran-30 Temmuz 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. ZKEAH, bebek dostu bir hastanedir.

Araştırmanın evreni/örnekleme

Araştırma evrenini, ilgili hastanede 2014 yılında ilk doğumlarının normal yapan 750 primipar anne, araştırmanın örneklemini ise hastaneye doğum yapmak için başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve normal doğum yapan primipar anneler oluşturdu. Örnekleme büyüklüğü evreni belli olan örnekleme seçimi formülü ile hesaplanarak %95 güven aralığında toplamda en az 278 olarak belirlendi.

Araştırmaya miyadında doğum yapmış, sağlıklı fetüse sahip, bebeği 2500 gramın üzerinde olan, bebeğinde konjenital anomali olmayan, kronik hastalığı olmayan, gebelik ve doğumla ilgili herhangi bir komplikasyon yaşamamış olup, en az ilkökul mezunu olan normal doğum yapan primipar anneler dahil edildi.

Veri toplama araçları

Veri toplama aracı olarak; tanımlayıcı veri formu ve LATCH emzirme değerlendirme ölçeği kullanıldı.

Tanımlayıcı veri formu

Bu form annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini, anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi

ve uygulamalarını saptamak amacıyla literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından geliştirildi (1,3,4,7,9,10,12). Formda 37'si açık uçlu, 10'u çoktan seçmeli olmak üzere toplam 47 soru bulunmaktadır.

LATCH emzirme değerlendirme ölçeği

LATCH emzirme değerlendirme ölçeği, annelerin emzirme davranışlarını değerlendirmek amacıyla, Jensen, Wallece ve Kelsay (1994) tarafından geliştirildi (14). Ölçeğin her maddesi 0-2 puan arasında değerlendirilen 5 kriterden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10 ve en düşük puan 0'dır. Ölçüm aracının kesme noktası yoktur. Puanlama annenin emzirme davranışı gözlenerek yapılır. LATCH puanı yükseldikçe emzirme başarısının yüksek olduğu anlaşılmaktadır. LATCH emzirme değerlendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik güvenirliği, Yenal ve Okumuş (2003) tarafından yapıldı (15).

Tablo 1. Annelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri (n=278)		
Anneyi tanıttıcı özellikler	Sayı	%
Yaş grubu		
18-22 yaş	261	93.8
23 yaş ve üzeri	17	6.2
Eğitim durumu		
İlköğretim	256	92.3
Lise ve üzeri	22	7.8
Çalışma durumu		
Çalışmayan	269	96.7
Çalışan	9	3.3
Aile tipi		
Çekirdek	254	91.4
Geniş	24	8.6
Gebelik sayıları		
İlk defa gebe kalanlar	269	96.7
Birden fazla gebe kalanlar	9	3.3
Daha önce düşük/kürtaj olma durumu		
Hayır	269	96.7
Evet	9	3.3
Gebelik kontrolü yaptırılan yerler		
Aile sağlığı merkezi	251	90.2
Devlet hastanesi	14	5.0
Özel hastane	7	2.5
Birden fazla yerde muayene olanlar	6	2.1

LATCH, emzirmeyi değerlendirmek ve gerekli durumlarda uygun girişimlerde bulunmak için 5 kriter üzerine odaklanır;

L (Latch on Breast); bebeğin memeyi tutmasını,

A (Audible Swallowing); bebeğin yutkunma sesinin duyulmasını,

T (Type of Nipple); annenin meme başının tipini,

C (Comfort of Breast/Nipple); annenin meme/meme başı rahatlığını,

H (Hold/Positioning); annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardımı tanımlar.

Veri toplama

Veriler doğum sonrası kliniklerde ilk 8-12 saat içinde taburculuktan önce toplandı. Verilerin toplandığı aşamada tüm anneler, emzirme ebe/hemşireleri tarafından değerlendirilerek rutin bakım almıştır.

Tanımlayıcı verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi, LATCH emzirme değerlendirme ölçeğini değerlendirebilmek için ise emzirme anında gözlem metodu kullanıldı. Emzirme anı araştırmacı tarafından doğum sonrası ilk 8-12 saat içindeki herhangi bir spontan emzirme zamanı beklenecek gözlemlendi. Herhangi bir müdahalede bulunulmadan emzirme izlendi ve LATCH emzirme değerlendirme ölçeği anında dolduruldu. Formların doldurulma süresi yaklaşık 30 dakika sürdü. Emzirme davranışının gözlenme süresi bebeğin emme süresine göre değişiklik gösterse de minimum 15 dakika, maksimum 30 dakika ortalama 20 dakika aldı.

Verilerin değerlendirilmesi

Veriler SPSS (16.0) programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizinde sayı, yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri içeren tanımlayıcı testler kullanıldı. Annenin emzirme davranışını değerlendirmek amacıyla kullanılan LATCH ölçeği, vaginal doğumdan 8-12 saat sonra gözlemlenerek puanlandı. LATCH sistemini oluşturan her bir kriter için 0, 1, 2 puanları atandı ve emzirme davranışı toplam alınan puanlara göre değerlendirildi.

Tablo 2. Annelerin anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları (n=278)

Anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgileri		n	%
İlk emzirme doğumdan sonra ne kadar süre içinde başlanacağını bilme	Biliyor	254	91.4
	Bilmiyor	24	8.6
İlk sütün bebeğe verilmesi gerektiğini bilme	Biliyor	278	100
	Bilmiyor	-	-
Bebek emzirildikçe annenin sütü miktarının artacağını bilme	Biliyor	278	100
	Bilmiyor	-	-
Emzirme işlemine her zaman bırakılan memeden başlanması gerektiğini bilme	Biliyor	151	54.3
	Bilmiyor	127	45.7
Anne sütünün bebeği hastalıklara karşı koruduğunu bilme	Biliyor	278	100
	Bilmiyor	-	-
Bebeğin doyduğunu düşündüren bulguları bilme	Biliyor*	270	97.1
	Bilmiyor	8	2.9
Emzirmenin anne vücudunun eski haline dönme sürecini hızlandırdığını bilme	Biliyor	252	90.6
	Bilmiyor	26	9.4
Sıvı gıdalar tüketmenin anne sütünü artırdığını bilme	Biliyor	240	86.3
	Bilmiyor	38	13.7
Anne sütünün sağılıp saklanabildiğini bilme	Biliyor	270	97.1
	Bilmiyor	8	2.8
Biberonla beslenmenin emzirmeyi olumsuz etkilediğini bilme	Biliyor	253	91.0
	Bilmiyor	25	9.0
Yalnızca anne sütü verme süresini bilme	Biliyor	254	91.4
	Bilmiyor	24	8.6
Toplam emzirme süresini bilme	Biliyor	263	94.6
	Bilmiyor	15	5.4
Ek gıdaya başlama zamanını bilme	Biliyor	266	95.6
	Bilmiyor	12	4.3
Etkin emzirme göstergelerini bilme	Biliyor**	270	97.1
	Bilmiyor	8	2.9
Meme başı çatlağı oluşmaması alınması gereken önlemleri bilme	Biliyor***	231	83.0
	Bilmiyor	47	16.8
Emzirmeye ilişkin uygulamaları İlk emzirme zamanı	Doğru	259	93.2
	Yanlış	19	6.8
İlk verilen besinin doğruluğu	Doğru	270	97.1
	Yanlış	8	2.9
Emzirme sıklığı	Doğru	173	62.2
	Yanlış	105	37.8
Emzirme süresi	Doğru	237	85.3
	Yanlış	41	14.7
Emzirirken dikkat edilecek davranışlar	Doğru****	267	96.0
	Yanlış	11	4.0
Toplam		278	100

*Memeyi bırakır, 24 saatte 4-6 kez yaptığı idrar ve gaita yapar, uyur, kilo alır.

**Bebeğin şakaklarında ve kulaklarında kimildama olması, meme ucunun tamamının ve kahverengi kısmın büyük bir bölümünün bebeğin ağzında olması gereklidir.

***Emzirme doğru teknikle yapılmalı, meme ucu kuru tutulmalı, anne sütü sürülür, yalnızca meme ucunu değil meme ucunu çevreleyen aerola adı verilen koyu alanın tümünü bebeğin ağzına verilir.

****Meme ve el hijyenine, burnunun en az bir deliğinin açık olmasına, memenin bebeğin ağzına tam oturmasına, bebeğin yutma sesinin gelmesine, emerken dudaklarının açık olmasına, memeyi tutuşa, emzirme süresine, emzirmede meme sırasına, emerken hava yutmamasına dikkat ederim.

Tablo 3. Sağlık personelinin emzirme desteği verme durumu (n=278)

Emzirme destek uygulamaları	Sayı	%
Doğumdan önce emzirme ile ilgili bilgi alma		
Evet	278	100
Hayır	-	-
Emzirme bilgi kaynağı		
Ebe/Hemşire	261	93.8
İnternet, yazılı kaynaklar	17	6.1
Emzirme uygulamasını ilk defa hastanede yapma durumu		
Evet	278	100
Hayır	-	-
Doğumdan sonra emzirme desteği veren kişi		
Ebe/hemşire	278	100
Doğumdan sonra ebe/hemşirenin emzirme desteğini nasıl sağladığı		
Bebeğin emişini izleyip gerekli uyarıları yaptı	266	95.6
Bebeği memeye tutturdu ve yastıkla kola destek verdi	12	4.3
Doğumdan sonra sağlık personelinin kaç kez emzirme desteği sağladığı		
Birden fazla	275	99.0
Bir kez	3	1.0
İlk emzirmede yardıma ihtiyaç duyduunuz mu?		
Evet	270	97.1
Hayır	8	2.9
Emzirirken herhangi bir sıkıntı yaşama		
Evet*	270	97.1
Hayır	8	2.9
Emzirmek ve emzirmeyi sürdürmekle ilgili bir endişeniz var mı?		
Evet**	271	97.4
Hayır	7	2.5
Taburcu olduktan sonra emzirme izlem ve danışmanlık isteme durumu		
Evet	270	97.1
Hayır	8	2.9

* Memede gerginlik, doluluk, sızlama, batma, yanma.

**Sürekli emzirememekten kaynaklı sütün azalması ve kesilmesi, bebeğin kendisinin emmek istememesi, zamanla emzirmekten yorulma/bıkma, yalnızca anne sütüyle 6 ay doyar mı endişesi.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın ZKEAH'inde yapılabilmesi için, Kuzey Kamu Hastaneleri Birliğinden yazılı izin (77517973-770), Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden etik onay (B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06/2015/116) ve araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden yazılı onam alındı.

Bulgular

Normal doğum yapan primipar annelerin erken doğum sonu dönemde emzirme başarısı ve etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda belirtildi.

Araştırmaya katılan annelerin demografik ve obstetrik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının $29,12 \pm 4,35$ olduğu, %93.8'inin 18-22 yaş aralığında, %92.3'ünün ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu, %96.7'sinin çalışmadığı, %91.4'ünün çekirdek aile yapısında, %96.7'nin ilk gebeliği olduğu ve gebelik kontrollerini Aile Sağlığı Merkezlerinde (%90.2) yaptırdığı belirlendi

Araştırmaya katılan annelerin tamamının (%100) ilk sütün bebeğe verilmesi gerektiğini, emzirdikçe anne sütünün artacağını ve anne sütünün bebek için yararlarını bildiği belirlendi. Annelerin

Tablo 4. Annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği Puanları (n=278)

LATCH (10 Puan üzerinden)	Sayı	%
9 Puan	55	19.8
8 Puan	166	59.7
7 Puan	54	19.4
6 Puan	3	1.1
Toplam	278	100.00
LATCH puan ortalaması ise $7.9 \pm 1,46$ (min: 6, max: 9)		

tamamına yakınının doğumdan sonra ilk yarım saatte emzirmeye başlanması gerektiğini (%91,4), bebeğin doyduğunu düşündüren bulguları (%97.1), sağlıklı anne sütünün saklanabileceğini (%97.1), etkin emzirme göstergelerini (%97.1), ek gıdalara başlama zamanını (%95,6) ve toplam emzirme süresi (%94.6) gibi anne sütü ve emzirmeye yönelik bilgilerinin doğru olduğu saptandı (Tablo 2).

Annelerin emzirmeye ilişkin uygulamaları incelendiğinde ise; %93,2'sinin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdikleri, %97,1'inin ilk verdikleri besinin anne sütü olduğu ve %96,0'sının emzirirken nelere dikkat edilmesi gerektiğini bildiği belirlendi (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan annelerin tamamı (% 100) doğum öncesi dönemde emzirme hakkında ebe/hemşireden (%93.8) bilgi aldıkları, emzirme uygulamasını ilk defa hastanede yaptıkları, bu ilk emzirme uygulamasında ebe/hemşireden birden fazla (%99.0) kez destek aldıkları ancak bu desteğe karşın çoğunluğunun (%97.1) ilk emzirme esnasında yardıma ihtiyaç duydukları ve emzirmeyi sürdürmek ile ilgili endişeleri olduğu (%97.4) saptandı (Tablo 3).

Annelerin emzirmesi LATCH'a göre gözlenip değerlendirildiğinde, en yüksek puanı (9 puan) alan anne oranı % 19.8, en düşük puanı (6 puan) alan anne oranı % 1.1, LATCH puan ortalaması ise $7.9 \pm 1,46$ (min: 6, max: 9) olarak tespit edildi (Tablo 4).

Tartışma

Bu araştırmada normal doğum yapan primipar annelerin erken doğum sonu dönemde emzirme başarısı ve etkileyen faktörler değerlendirildi. Doğum öncesi emzirme eğitimi ve doğum sonrası emzirme desteği, emzirmeyi başlatmak ve sürdürmek konusunda yürütülen eğitsel

çalışmaların ilk altı ayda yalnızca anne sütüyle beslemenin devamlılığını artırdığı bilinmektedir (16-18). Örneğin Glaser ve arkadaşlarının okul tabanlı emzirme eğitiminin etkililiğini değerlendirdikleri sistematik derlemede, yapılan eğitimlerin emzirme ve emzirmeyi sürdürmek konusunda olumlu tutumlar oluşturduğu gösterildi (19). Li-Yin ve arkadaşlarının çalışmasında ise doğum öncesi emzirme eğitimi alan annelerin, eğitim almayan gruba göre emzirme bilgisinin daha yüksek olduğu ve doğum sonu birinci ayda daha az emzirme problemleri yaşadıkları belirtildi (20). Bu çalışmada annelerin tamamı doğum öncesi dönemde emzirme konusunda eğitim aldı ve nerdeyse tamamının anne sütü/emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamalarının doğru olduğu saptandı. Yapılan çalışmalarda kadınların anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi (anne sütünün önemi, bebeğin doyduğunu gösteren belirtiler, ek gıdaya başlama zamanı vb.) ve uygulamalarının (emzirme sıklığı, süresi, emzirirken dikkat edilecek davranışlar vb. gibi) yeterli oldu durumlarda hem emzirme başarısının hem de emzirme öz-yeterliliklerinin arttığı belirtilmektedir (11,21-23). Örneğin Meedya ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik bir derlemede, doğum sonrası ilk altı aydaki emzirme süresinin, kadının emzirme isteği ve özyeterliliğine bağlı olarak pozitif yönde arttığı ifade edildi (24). Stuebe ve Bonuck'un çalışmasında annelerin emzirme bilgisi, prenatal dönemde emzirme ile ilgili olumlu tutumu ve prenatal dönemde bu konuların üzerinde önemle durulmasının emzirmenin sürdürülmesinde etkili olduğu belirtildi (25). Bununla birlikte bu çalışmada 10 tam puan üzerinden değerlendirilen LATCH ortalama puanlarının 7.9 ± 1.46 olarak iyi düzeyde tespit edildi. Bu sonuçlar hastanenin bebek dostu hastane olması nedeniyle etkin emzirme danışmanlığı hizmeti verilmesiyle ilişkili olması açısından sevindiricidir. Benzer biçimde Bostancı ve İnal'ın bebek dostu hastanede doğum

yapan annelerin, emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerini ve bebeklerini emzirme durumlarını değerlendirdikleri çalışmada LATCH puan ortalaması $8,83 \pm 1,46$ (26), Lee ve Ip'in çalışmasında LATCH puan ortalaması 8.3 (27) ve Yenal ve arkadaşlarının çalışmasında ise LATCH puan ortalaması 8.40 olarak bulundu (21). Bununla birlikte emzirme eğitiminin görsel eğitim materyali kullanılarak interaktif eğitim yöntemleriyle verildiği çalışmalarda ve antenatal dönemde annelerin emzirme öz-yeterliliklerini yükseltmeye yönelik yapılan emzirme danışmanlığı eğitimlerinde LATCH puan ortalamalarının 9 puan ve üzerinde olduğu belirlendi (28-31).

Emzirme doğal ve basit bir olaymış gibi görünmesine karşın çoğu annenin başlangıçta nasıl emzireceği konusunda yeterli bilgi ve eğitime, emzirmeyi etkili ve doğru bir biçimde yerine getirmesi için de kendine güven duymasını sağlayan bir çevrenin özendirme ve desteğine ihtiyacı vardır (21,32-35). Çünkü emzirme yalnızca fizyolojik bir olay değil öğrenilmesi gereken bir süreçtir. Bu sürecin doğumdan hemen sonra başlatılması ve sürdürülmesinde sağlık ekibine önemli görevler düşmektedir (11,13,16,18). Hannula ve arkadaşlarının yaptıkları sistematik derlemede annelerin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde emzirmeye ilişkin desteklenmesinin ve cesaretlendirilmesinin emzirmeyi olumlu yönde etkilediği belirtildi (23). Bu çalışmada da annelerin tamamına yakını doğum sonrası erken dönemde emzirme konusunda birkaç kez olacak biçimde ebe/hemşireden bilgi ve emzirme desteği alarak ilk emzirme uygulamasını hastanede yapmışlardır. Bu sonuçlar, Sağlık Bakanlığının emzirmeyi destekleyen politikalarının uygulanması açısından değerli bir göstergedir. Ancak yine bu çalışmada annelerin tamamına yakını doğum öncesi ve doğum sonrası erken dönemde aldıkları eğitim ve desteğe karşın ilk emzirmede bir sorun yaşamaması, meme ucu problemlerinin ilk gün başlamış olması ve yardıma ihtiyaç duymaları dikkat çekicidir. Yani anneler emzirmeyi teorik olarak biliyorlar fakat uygulamada sıkıntı yaşıyorlar. Nitekim yapılan çalışmalarda da doğum sonrası dönemde emzirmede yaşanan güçlüklerin emzirmenin erken dönemde bırakılmasının başlıca nedeni olarak gösterilmektedir (7,8,29,32,36,37). Brown ve Lee'nin çalışmasında annelerin bebeklerini

mama ile beslemesinde annenin bilgi ve destek eksikliği ile annenin emzirme sırasında yaşadığı zorlukların etkili olduğu ifade edildi (38). Hauck ve arkadaşlarının çalışmasında primipar kadınların multipar kadınlara göre emzirme ile ilgili daha fazla problem yaşadığı, primipar kadınların yaşadıkları sorunların kaynağının ise hastanede ebe ve çocuk sağlığı hemşirelerinden yeterli bilgi ve destek alamadıkları ve emzirme deneyimleri olmamasından kaynaklandığı belirtildi (37). Laantera ve arkadaşlarının çalışmasında da primipar kadınların multipar kadınlara göre emzirme ile ilgili daha fazla problem yaşadığı ve paritenin memeden kesmede etkili olduğu gösterildi (39). Bu konuda hazırlanan kanıta dayalı rehberlerde ve çalışmalarda emzirmeyi güçlendirmede eğitimlerin yalnızca literatürde bulunan bilgiler doğrultusunda hazırlanmış düz metinlerden ziyade, görsel ve şekiller içeren broşürler ile uygulamalı olarak desteklenmesinin eğitimin etkinliğini ve başarısını artırmada etkili olduğu belirtilmektedir (17,19,28,29). Örneğin Alioğulları ve arkadaşlarının çalışmasında, doğum sonrası ilk 24 saat içerisinde interaktif eğitim alan annelerin emzirme başarısı ile sözel olarak eğitim verilen annelerin emzirme başarısı arasında anlamlı bir fark olduğu, görsel içerikli broşür ve interaktif eğitim yöntemi uygulanan annelerin emzirme başarısının daha yüksek olduğu ve emzirme öz yeterliliklerini olumlu yönde etkilediği bildirildi (30). Üstüner ve Bodur'un yaptıkları çalışmada anne sütünün yararı konusundaki bireysel aşamalı eğitimin, emzirme oranını artırdığı, yapılan destek, rehberlik ve uygulamanın anne sütüne devamda etkili olduğu saptandı (40). Ancak genel olarak ülkemizde ilk emzirme doğumhanenin ve çalışan ebe/hemşirelerin yoğunluğuna göre çoğu zaman doğumhanede kanama kontrolü beklerken yaptırılmaktadır. Bu süreçte bebeğin memeye tutturulma işlemini ebe/hemşire yaptırmakta ve aynı süreçte emzirme tekniğiyle ilgili pratik bilgiler verilmektedir. Fakat doğumdan hemen sonraki süreçte annenin ağrı, yorgunluk ve halsizlik gibi fizyolojik faktörlerin etkisi altında olduğu ve bu durumun öğrenmeyi olumsuz etkilediği göz önünde bulundurulmalıdır (13). Dolayısıyla doğumhanedeki ilk emzirmeden taburculuğa kadar geçen sürede emzirme desteğinin doğum salonundaki özenle devam ettirilmesi, negatif olarak algılanan faktörlerin saptanabilmesi için emzirme periyotlarının gözlenmesi ve hem etkili hem de etkili olmayan

emzirme uygulamalarının somut olarak gösterilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

DSÖ, yetersiz süt algısının birçok toplumda emzirmeyi bırakmada sıkça gösterilen neden olduğunu belirtmektedir (1). Farklı örneklem grupları ile yapılan çalışmalarda da annelerin yeterli süt üretemeyeceği endişesi ilk aylarda emzirmenin bırakılmasında önemli bir neden olarak belirtilmektedir (7,8,11-13,22). Ahluwalia ve arkadaşlarının çalışmasında, emzirmenin erken bırakılmasında gösterilen öncelikli nedenin yetersiz süt algısı olduğu gösterildi (41). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında ise primipar annelerin multiparlara göre daha fazla oranda doğum sonrası emzirme sırasında yardıma gereksinim duyacağını düşünme, bebeğini ilk kez emzirirken güçlük çekeceğine inanma, emzirme sırasında meme başında ağrı ve acı olacağını düşünme, sütünün bebeğe yeterli olup olmayacağı ve sütünün erken kesilmesi endişesini taşıdıkları belirtildi (7). Archabald ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da kadınların %81.5'inin emzirmeyle ilişkili en az bir endişe yaşadığı ve yalnızca %25.4' ünün yaşadıkları bu endişelere yönelik olarak prenatal dönemde sağlık çalışanlarından danışmanlık aldığı saptandı (36). Bu çalışmada da annelerin tamamına yakınının emzirme konusunda ve emzirmeyi sürdürmek ile ilgili endişeleri bulunmaktadır. Bu endişelerini destekler biçimde de doğum sonrası dönemde emzirme danışmanlığı desteği istemişlerdir. Ayrıca bu sonuçlar, annelerin sahip oldukları bazı sosyodemografik özelliklerin (çoğu genç yaşta, ilköğretim mezunu, çalışmıyor, çekirdek aile yapısına sahip ve primipar) emzirme başarısını olumsuz etkileyen faktörler olması açısından da dikkate alınması gereken önemli veriler olduğu kanaatindeyiz. Çünkü yapılan çalışmalarda emzirme sürecinin demografik, sosyal, psikolojik ve fiziksel etki gibi birçok değişkenden etkilendiği, genç, çekirdek aile yapısına sahip olan, eğitim düzeyi ve sosyal statüsü düşük anneler ile daha önce emzirme deneyimi olmayan anneler, emzirmeyi erken bırakma açısından daha riskli bir grubu oluşturdukları bilinmektedir (3,9,11,22,29,33). Dolayısıyla bu sonuçlar, primipar annelerin emzirme yolculuğunu evde sürdürmek ve yönetmek için öz-yeterliliklerinin gelişmediğinin ve başarılı bir emzirmenin başlatılıp

sürdürülmesinde yalnızca doğum öncesi ve erken doğum sonu dönemde teorik ağırlıklı verilen eğitimin yeterli olmadığı bir göstergesi olabilir. Emzirmenin sıklıkla doğumdan sonraki ilk haftalarda bırakıldığı gerçeği dikkate alındığında kendilerini emzirme konusunda yeterli ve başarılı hissedemeyen, endişeli olan ya da bu konuda desteklenip öz-yeterlilikleri artıramayan annelerin emzirme başarılarının azalacağı kaçınılmaz bir gerçektir.

Sonuç ve öneriler

Bu çalışmada annelerin emzirme hakkında teorik bilgilerinin yeterli olmasına karşın emzirme davranışlarının istenen düzeye ulaşamadığı, ilk emzirmeden taburculuğa kadar geçen sürede ebe/hemşireden birkaç kez destek aldıklarını ancak çoğu doğum sonu erken dönemde ilk emzirme sırasında çeşitli sıkıntılar yaşadığı, emzirmeyi sürdürmekle ilgili endişelerinin olduğu ve taburcu olduktan sonra özellikle uygulamaya yönelik emzirme danışmanlığı istediklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuçlara göre özellikle primipar annelerde başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için doğum öncesi, doğum ve doğumdan sonra belli aralıklarla uygulamalı olarak emzirme eğitimlerinin yinelenmesi, ev ziyaretleriyle izlem danışmanlığının sürdürülmesi, destek grupları ve akran rol modelleri oluşturularak emzirme sorunlarıyla baş etmeyi öğretme gibi öz-yeterliliklerini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunulması önerilmektedir.

Teşekkür

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm annelere teşekkür ederiz.

İletişim: Kıymet Yeşilçiçek Çalık

E-posta: omrumyesilcicek@hotmail.com

Kaynaklar

1. WHO. Breastfeeding,2016. Erişim tarihi 02.05.2018, www.who.int/topics/breastfeeding/en
2. UNICEF. From the first hour of life. making the case for improved infant and young child feeding everywhere. Erişim tarihi 02.05.2018, <https://data.unicef.org/wp.../From-the-first-hour-of-life.pdf>.
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França G V, Horton S, Krasevec J, Group TLBS. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and life longeffect.The Lancet 2016, 387(10017): 475-490.

4. Bhandari N, Kabir, AK, Salam, MA. Main streaming nutrition in to maternal and child health programmes: Scalin gup of exclusive breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition* 2008; 4 (1): 5-23.
5. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı. Anne sütünün teşviki ve bebek dostu sağlık kuruluşları programı. Erişim tarihi 02.05.2018, cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/.../751-anne-sütünün-teşviki-ve-bebek-dostu-sağlık-kuruluş.
6. TNSA 2013 Sonuçları- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA2013 - Nüfus Etütleri Erişim tarihi 02.05.2018, www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/tnsa2013_sonuc_ sunum_21222014.pdf.
7. Yanikkerem E, Ay S, Göker A. Primipar ve multipar gebelerin emzirme tutumu ve yaşadıkları endişeler. *Van Tıp Dergisi* 2014; 21(1): 6-16.
8. Üst ZD, Pasinlioğlu T. Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015; 2(3):306-317.
9. Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, van Schayck CP. Factors associated with the duration of exclusive breast-feeding in asthmatic families. *Health Education Research* 2008; 23: 158-169.
10. Sacco LM, Caulfield LE, Gittelsohn J, Martinez H. The conceptualization of perceived insufficient milk among Mexican mothers. *Journal of Human Lactation* 2006;22: 277-286.
11. Kılıcı H, Çoban A. The correlation between breastfeeding success in the early postpartum period and the perception of self-efficacy in breastfeeding and breast problems in the late postpartum. *Breastfeeding Medicine* 2016;11(4): 188-195.
12. Özsoy S. Adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2014; 22(2): 84-93.
13. Özkara H, Fidancı BE, Yıldız D, Kaymakamgil Ç. Emzirme danışmanlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016; 15(6): 551-555.
14. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. Latch: Breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing (JOGNN)* 1994; 23(1): 27-32.
15. Yenal K, Okumuş H. LATCH emzirme tanılama ölçeğinin güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği (HEMAR-G)* 2003; 5(1): 38-44.
16. Cangöl E, Şahin NH. The effect of a breastfeeding motivation program maintained during pregnancy on supporting breastfeeding: a randomized controlled trial. *Breastfeeding Medicine* 2017; 12(4): 218-226.
17. Eksioğlu A, Yeşil Y, Demir Gungör D, Ceber Turfan E. The effects of different breastfeeding training techniques for primiparous mothers before discharge on the incidence of cracked nipples. *Breastfeeding Medicine* 2017;12(5), 311-315.
18. Wallenborn JT, Lu J, Perera RA, Wheeler DC, Masho SW. The impact of the professional qualifications of the prenatal care provider on breastfeeding duration. *Breastfeeding Medicine* 2018; 13(2): 106-111.
19. Glaser DB, Roberts KJ, Grosskopf NA, Basch CH. An evaluation of the effectiveness of school-based breastfeeding education. *Journal of Human Lactation* 2016; 32(1): 46-52.
20. Li-Yin SS, Chien LY, Chien LY, Tai CJ, Lee CF. Effectiveness of a prenatal education programme on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17: 296-303.
21. Yenal K, Aluş Tokat M, Durgun Ozan Y, Çeçe Ö, Bakılan Abalı F. Annelerin emzirme özyeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)* 2013; 10(2): 14-19.
22. Çalık KY, Çetin FC, Erkaya R. Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 6(3), 80-91.
23. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of Professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(9):1132-1143.
24. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women Birth* 2010; 23(4):135-145.
25. Stuebe AM, Bonuck K. What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population. *Breastfeed Medicine* 2011; 6(6):413-420.
26. Bostancı G, Sevil İ. Bebek dostu özel bir hastanede doğum yapan annelerin, emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerinin ve bebeklerini emzirme durumlarının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015;2(3), 260-270.
27. Lee CY, Ip WY. The Efficacy of breastfeeding in Chinese women with different intrapartum experiences: a Hong Kong study. *Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics and Midwifery* 2008; 8(1), 13-17.
28. Tokat MA, Okumuş H. Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği (HEMAR-G)* 2013;10 (1): 21-9.

29. Öztürk S, Erci B. Postpartum dönemdeki primipar annelere loğusa ve yenidoğan bakımı konusunda verilen eğitimin annelik özgüvenine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 5(2): 25-31.
30. Alioğulları AS, Esencan TY, Ünal A, Şimşek Ç. Anne sütünün faydalarını ve emzirme tekniklerini içeren görsel mesaj içerikli broşür ile annelere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;19(4):252-260.
31. Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *Journal of Human Lactation* 2001;17:20-23.
32. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria P, Wade A. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; Issue 1. Art. No: CD001141. DOI:10.1002/14651858.CD001141.pub3.
33. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Bhandari, N. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 2015; 104(S467): 114-134.
34. Moore E, Coty M.B. Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: breastfeeding attitudes, support, barriers, self efficacy, and intention. *Journal of Pediatr Health Care*. 2006; 20(1):36-8.
35. Pitts A, Faucher MA, Spencer, R. Incorporating breastfeeding education into prenatal care. *Breastfeeding Medicine* 2015;10(2): 118-123.
36. Archabald K, Lundsberg L, Triche E, Norwitz E, Illuzzi J. Women's prenatal concerns regarding breastfeeding: are they being addressed? *Journal of Midwifery Womens Health* 2011; 56(1):2-7.
37. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS, Butt J, Schmied V. The association between women's perceptions of professional support and problems experienced on breastfeeding cessation: a Western Australian study. *Journal of Human Lactation* 2011; 27(1):49-57.
38. Brown A, Lee M. An exploration of the attitudes and experiences of mothers in the United Kingdom who chose to breastfeed exclusively for 6 months postpartum. *Breastfeed Medicine* 2011; 6(4):197-204.
39. Laanterä S, Pietilä AM, Ekström A, Pölkki T. Confidence in breastfeeding among pregnant women. *Western Journal of Nursing Research* 2012; 34(7):933-951.
40. Üstüner F, Bodur S. Bebeklerde aylık izlem ve hemşire tarafından annenin pekiştirici emzirme eğitimi ile ilk altı ay yalnızca anne sütü verme arasındaki ilişki. *Genel Tıp Dergisi* 2009; 19(1):25-32.
41. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfe

Bir Fizik Tedavi Dal Merkezine Başvuran Postmenapozal Kadınlarda Osteoporotik Kırıklardan Korunma Davranışının Belirlenmesi

Evaluation of Osteoporotic Fracture Prevention Behaviours of Postmenopausal Women Applied to a Physical Therapy Branch Centre

Araştırma



Research

Dr. Ceren Varer Akpınar¹, Dr. Safiye Özurmaz², Dr. Aliye Mandıracıoğlu³

Geliş/Received : 19.07.2018

Kabul/Accepted : 02.12.2018

DOI: 10.17942/sted.446001

Öz

Osteoporoz önlenilebilir bir hastalıktır. Osteoporozdan korunma yolları ve neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi, risk altındaki kişilerin eğitimi ve risk faktörlerine yönelik bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması osteoporoz ve osteoporozla ilgili kırıkları azaltmak açısından önemlidir. Çalışmanın amacı risk altında olan postmenopozal dönemdeki kadınların osteoporotik kırıklardan korunmaya yönelik davranış ve niyetini ölçmek, risk faktörleri ve korunma yolları açısından farkındalıklarını artırmaktır. Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini bir fizik tedavi dal merkezine Ekim-Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran 55 yaş üstü postmenapozal dönemdeki 228 kadın oluşturmaktadır. Katılımcılara sosyo-demografik özellikler ve kırık gelişimini etkileyebilecek özellikleri sorgulayan anket uygulanmıştır. Osteoporotik kırıklardan korunmaya yönelik niyet ve davranış ölçmek 2015 yılında geliştirilen geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış bir osteoporotik kırıklardan korunma ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $65,69 \pm 7,74$ 'dir. Ölçekten alınan ortalama puan $86,25 \pm 12,27$ (56-102) olarak hesaplanmıştır. Biriyle beraber yaşayanlarda, genel sağlık algısı yüksek olanlarda, günlük işlerde aktif olanlarda, düşme deneyimi yaşayanlarda ve daha önce osteoporoz ile ilgili bilgi alanlarda osteoporozdan korunma ve tedavi ile ilgili davranış ve niyeti anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınlarda, korunma ve tedavi ile ilgili davranış ve niyetin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Daha önce bilgi sahibi olmanın, sağlık algısının iyi olmasının ve günlük işlerde aktif olmanın bu niyeti etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle özellikle risk grubu olan kadınlarda osteoporozla ilişkin farkındalık düzeyinin artırılması, eğitim verilmesi, aktif olmalarının desteklenmesi önemlidir.

Anahtar sözcükler: Osteoporoz, korunma, davranış, niyet, postmenapozal

Abstract

Osteoporosis is a preventable disease. Determination of osteoporotic prevention methods and the risk factors that may cause osteoporosis, education of the people at risk and improving their knowledge levels and awareness about risk factors are important for minimising osteoporosis and osteoporosis-related fractures. The aim of the study was to evaluate the osteoporotic fracture prevention behaviours and intentions among postmenopausal women at risk and to increase their awareness in terms of risk factors and prevention methods. The research design was cross-sectional. The study population consisted of 228 postmenopausal women over the age of 55, who applied to a physical therapy branch centre between October and December 2017. A questionnaire asking them to describe their socio-demographic characteristics and the features that could affect fracture formation was administered to the participants. The osteoporotic fracture prevention scale, which has been developed in 2015 and analysed in terms of its validity and reliability was used to evaluate osteoporotic fracture prevention behaviours and intentions. The mean age of the women participated in the research was $65,69 \pm 7,74$. The mean score on the scale was calculated to be $86,25 \pm 12,27$ (56-102). The scores for the behaviours and intentions towards osteoporosis prevention and treatment were found to be significantly higher among the participants living with someone, having better perceived health, in those who were active in daily routine, who experienced a fall and had prior knowledge about osteoporosis. It was seen that the behaviours and intentions towards prevention and treatment were at a good level among the women participated in the study. It was determined that having prior knowledge, better perceived health and being active in daily routine affect this intention. For this reason, it is important to increase the level of awareness of osteoporosis among women at risk, to provide them with training and to support them in being active.

Keys words: Osteoporosis, Prevention, Behaviour, Intention, Postmenopausal

1 Dr. Arş. Gör.; Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir Aydın (Orcid No: 0000-0001-8168-6435)

2 Dr. Öğr. Üyesi, Adnan Menderes Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Aydın (Orcid No: 0000-0002-1842-3058)

3 Prof. Dr. Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir (Orcid No: 0000-0002-0873-4805)

Giriş

Günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olan osteoporoz(OP) kemik mineral yoğunluğunun azalması ve kemik dokusunun mikro yapısının bozulması ile karakterize, kırık riskinin arttığı en sık görülen iskelet sistemi hastalığıdır. OP önlenemez ya da oluşumu geciktirilebilir bir hastalıktır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporuna göre dünyada 200 milyon kişi osteoporozla yakalanmakta ve bunların büyük çoğunluğunu 55 yaş üzeri kadınlar oluşturmaktadır (2). Özellikle postmenapozal kadınlarda, östrojen azalmasına bağlı olarak kemik kütle kayıplarının artmasıyla beraber OP ve buna bağlı gelişen osteoporotik kırık riski erkeklerden daha yüksektir (3).

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla beraber ileri yaşta karşılaşılan kronik hastalıklar önem kazanmaya başlamıştır ve buna bağlı olarak da osteoporozda önemli bir sağlık sorunu haline almıştır (4). Kırık riskini arttıran osteoporoz morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir (5). Her iki kadından biri, her beş erkekten biri hayatlarının bir döneminde OP ile ilgili kırık riski altındadır. Özellikle kalça kırıklarının beşte biri ölüm ile sonuçlanmakta, yarısı ise yatağa bağlı kalmaktadır. İleri yaşta osteoporozla sekonder gelişen vertebra deformiteleri, ağrı, hareket kısıtlılığı ve bunlara bağlı sosyal izolasyona sebep olabilmektedir (6).

OP çeşitli risk faktörleri vardır. İleri yaşlarda, kadınlarda ve beyaz ırkta daha sık olmak üzere değiştirilemeyen risk faktörlerinin yanında; düzenli fiziksel aktivite, etkin beslenme, yeterli kalsiyum ve D vitamini alımı, sigara ve alkol kullanım durumu gibi değiştirilebilir birçok risk faktörü de mevcuttur. Değiştirilebilir risk faktörleri açısından kişilere erken yaşta itibaren eğitim verilmesi ve farkındalık sağlanması önemlidir (7–9). Osteoporoz tedavisinden çok önlenmesi ve erken tanı konulmasına yönelik girişimler hem halk sağlığı hem de artan tedavi maliyetleri açısından daha faydalı olacaktır. Osteoporozdan korunma yolları ve neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi, risk altındaki kişilerin eğitimi ve risk faktörlerine yönelik bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması osteoporoz oluşumunu ve osteoporozla bağlı kırıkları azaltacaktır. OP'dan ve/veya buna bağlı

kırıklardan korunmaya yönelik risk altındaki postmenapozal kadınların davranış düzeyini değerlendirmek gerekmektedir.

Çalışmanın amacı postmenopozal dönemde kadınların osteoporotik kırıktan korunmaya yönelik bilgi düzeylerini tespit etmek ve osteoporotik kırıklardan korunma yönelik niyet ve davranış ölçen soru ve bilgilerle kadınların konu hakkında bilgilerini arttırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki araştırma Aydın il merkezinde bulunan bir fizik tedavi dalı merkezi polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Hastanenin günlük ortalama poliklinik sayısı 20 civarında olup bunların yaklaşık dörtte birini 55 yaş üstü kadınlar oluşturmaktadır. Ekim-Aralık 2017 döneminde 3 ay boyunca dal merkezine başvuran, 55-90 yaş arası çalışmaya katılmayı kabul eden postmenapozal dönemdeki 228 kadın çalışma kapsamına alınmıştır. Bilinç-konuşma-duyma bozukluğu olanlar, yatağa bağlı veya bakıma muhtaç olanlar, son iki ayda büyük cerrahi operasyon geçirenler, ekstremitte amputasyonu olanlar, yakında cerrahi planlananlar ve akut travmalı olanlar çalışmaya alınmamıştır. Katılımcılar sosyo-demografik özellikler ve kırık gelişimini etkileyebilecek özellikleri (sağlık algısı, aktivite durumu, düşme ve kırık deneyimi, ortopedik ameliyat geçirme, yardımcı ortopedik araç kullanımı, osteoporozla ilgili bilgi alma durumu) sorgulayan 11 soruluk bir anket doldurmuştur. Ev işi, bahçe işi, alışveriş gibi herhangi bir aktivitesi varsa, günlük olarak aktif kabul edilmiştir. Osteoporotik kırıktan korunmaya yönelik niyet ve davranışları değerlendirmek için planlı davranış teorisi(PDT) modeli esas alınarak 2015 yılında geliştirilen geçerlilik güvenilirlik analizleri yapılmış bir osteoporotik kırıklardan korunma ölçeği (OKKÖ) kullanılmıştır. Ölçekte beşli likert 22 önerme yer almaktadır. OKKÖ İnanç, tutum ve davranış kontrolü, tanı ve tedavi davranışı, engel algısı, düşmeyi önleme niyeti ve tanı ve tedavi niyeti olmak üzere 6 alt başlıktan oluşmaktadır. Ölçek; tanı ve takip amaçlı kemik mineral yoğunluğu ölçümü yaptırmak, ilaç tedavisi ile kalsiyumdan zengin diyet ve güneşlenme tavsiyelerine uymak, günlük fiziksel aktif olmak ve/veya düzenli uygun fiziksel egzersiz yapmak ve düşmeyi önleyici ev içi düzenlemeleri yapmak ile ilgili önermeler içermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı cronbach a

katsayısı 0.95'dir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan 110'dur. Yüksek puan osteoporotik kırıklardan korunma düzeyinin yüksekliğini göstermektedir (10).

Anket formu ve ölçek araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Etik Kurulu'ndan onay (2017/50) alınmıştır.

Veri değerlendirmesi için SPSS 18.0 versiyon istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizler sayı (n) ve yüzdeler (%) ile ortalama \pm standart sapma (SS) şeklinde sunulmuştur. Verilerin normal dağılımları Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda; İkili gruplar için students-t testi/ mann whitney U testi; Üçlü gruplar için ANOVA testi/ Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. P değerinin 0.05 'ten küçük olması anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Sosyo demografik Değişkenler: Araştırmaya katılan 228 kadının yaş ortalaması 65,69+ 7,74 (55-90)'dir. Kişilerin %52,2'si 55-64 yaş arasında, %31,6 'sı 65-74 yaş arasında, %16,2'si ise 75 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılan kadınların sosyo demografik değişkenleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Kırık Gelişimini Etkileyecek Faktörler ile İlişkili Değişkenler: Araştırmaya katılan kadınların %82,9'u günlük olarak aktif olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanlar arasında menopozdan sonra düşenlerin %53,9 olduğu saptanmıştır. Düşme sonrası %29,8'i yaralandığını %14,9'u kırık yaşadığını ve %1,3'ü çoklu kırık yaşadığını bildirmiştir. Kadınların %21,5'i yetişkin yaşamında herhangi bir ortopedik ameliyat olmuştur. Katılımcıların %12,3'ü yürümeye yardımcı araç kullanmaktadır. Kadınların %74,1'i hayatının bir döneminde osteoporozla ilgili bilgi almıştır (Tablo 1).

Osteoporotik Kırıklardan Korunma Ölçeği ile İlgili Değişkenler

OKKÖ ölçeğinden alınan Ortalama puan 86,25 \pm 12,27 (56-102) olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Kadınlarının sosyo-demografik ve kırık gelişmesini etkileyebilecek faktörler ile ilgili özellikleri

Özellik	N	%
Yaş grup		
55-64	119	52,2
65-74	72	31,6
\geq 75 yaş	37	16,2
Medeni durum		
Evli	144	63,2
Bekar	16	7,0
Dul	68	29,8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	23	10,1
Çalışmıyor	205	89,9
Yaşadığı kişi		
Eş/Çocuk/Yardımcı	169	74,1
Yalnız	59	25,9
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	38	16,7
İlköğretim	127	55,7
Lise	31	13,6
Üniversite ve üzeri	32	14,0
Sağlık algısı		
Çok iyi	18	7,9
İyi	129	56,6
Kötü	60	26,3
Çok kötü	21	9,2
Günlük işlerde aktif olma		
Aktif	189	82,9
Aktif değil	39	17,1
Düşme durumu		
Yok	123	53,9
Var	105	46,1
Kırık varlığı		
Yok	191	83,8
Var	37	16,2
Ortopedik ameliyat geçirme		
Hayır	179	78,5
Evet	49	21,5
Yürümeye yardımcı araç		
Kullanmayan	200	87,7
Kullanan	28	12,3
Osteoporozla ilgili bilgi		
Evet	169	74,1
Hayır	59	25,9

Tablo 2’de OKKÖ’ nin inanç, tutum ve davranış kontrolü, tanı ve tedavi davranışı, engel algısı, düşmeyi önleme niyeti ve tanı ve tedavi niyeti olmak üzere 6 alt başlığındaki ifadeler verilen cevaplar gösterilmiştir. Kadınların, ‘Kemik erimesinden korunmak için tıbbi tedavi veya ek destek önerilerine uymaya niyetim var’ ifadesine en yüksek sıklıkta katıldıkları belirlenmiştir (%96,6). İkinci sırada ‘Evde düşme tehlikesinden korunmak için düşmeyi önleyici ev içi düzenlemeler hakkında bilgim olursa önlem almam kolaylaşır ’ ifadesine en çok katılım gösterilmiştir (%94,8). Sonrasında %94,6 ‘sı ‘Belirli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçümü yaptırmaya niyetim var ’, %91,7’si ‘Kemik erimesinden korunmak için yapabileceğim uygun fiziksel egzersizler hakkında daha fazla bilgim olursa fiziksel egzersiz yapmam kolaylaşır ’ ve %87,6’sı ‘Ailem düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapmamı umuyor’ ifadelerinde hemfikir oldukları anlaşılmıştır. Kadınların en düşük sıklıkta katıldıkları ifadeler ; %24,2’si ‘Düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapmak benim için zordur’ %25’i ‘Kemik erimesinden korunmak için fiziksel egzersiz yapmak benim için zordur’ , %50,6’sı ‘Kemik erimesinden korunmak için doktorun tıbbi tedavi veya ek destek önerilerini (kalsiyumdan zengin beslenme ve gerektiğinde kemik erimesi ilaçlarını kullanma) uyguladım’,%53,1’i ‘Bir yıl içinde evde düşmemi önleyecek bir düzenleme yapmaya niyetim var’, %53,9’u ‘Kemik erimesinden korunmak için doktorun önerdiği tıbbi tedavi veya ek destek önerilerini uygulama olanağım var ’ ifadelerine katıldığını belirtmiştir. Buna göre ölçekteki olumsuz olan iki ifadeye katılımın en düşük olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 3’de çalışmaya katılan kadınların OKKÖ skorları ile ilişkili faktörler değerlendirilmiştir. Eşi, çocukları, akrabaları veya yardımcılarıyla yaşayan kadınların puanı ile yalnız yaşayanların puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur (t= 2,183, p= 0,03). Yalnız yaşayanlarda ölçek skoru anlamlı olarak daha düşüktür. Genel sağlık algısı kötü ve çok kötü olanlarda, iyi ve çok iyi diyenlere oranla ölçek skoru anlamlı derecede düşük bulunmuştur (t= 3,94, p< 0,000). Günlük işlerde aktif olmayanlarda ölçek skoru anlamlı derece düşük bulunmuştur (t= 2,583, p= 0,003) kırık durumu fark etmeksizin düşme geçirenlerde osteoporotik ölçek skoru anlamlı olarak daha düşük

bulunmuştur (t= 2,804, p= 0,003). Osteoporozla ilgili daha önceden bilgi alan kişilerde skor anlamlı derece yüksek bulunmuştur (t= 8,571, p< 0,000). Yaş grupları, okuryazar olma durumu, ortopedik ameliyat geçirme durumu ve yürümeye yardımcı araç kullanım durumları ile ölçek toplam skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

OKKÖ’ in 6 alt başlık puanları ile değişkenler arasındaki ilişki incelediğinde:

İnanç faktörü puanı; yalnız yaşayanlarda (t=2,207 p= 0,003), evli olmayanlarda (t=-3,407, p= 0,001), sağlık algısı kötü olanlarda (t=4,726 p< 0,000), günlük işlerde aktif olmayanlarda (t=3,029 p= 0,003), yürümeye yardımcı araç kullananlarda (z=-19,89 p= 0,047) ve osteoporozla ilgili daha önceden bilgi almayanlarda (t=5,073 p< 0,000) anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır.

Tutum ve davranış kontrolü alt başlığı puanı; yalnız yaşayanlarda(t=2,465 p= 0,016), sağlık algısı kötü olanlarda (t=3,541 p= 0,001) ve osteoporozla ilgili daha önceden bilgi almayanlarda (t=6,845 p< 0,000) anlamlı olarak daha düşük belirlenmiştir.

Tanı ve tedavi davranışı alt başlık puanı; sağlık algısı kötü olanlarda (t=2,176 p= 0,031), ortopedik ameliyat geçirmeyenlerde (t=2,013 p= 0,045) ve osteoporozla ilgili daha önceden bilgi almayanlarda (t=7,746 p< 0,000) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Engel algısı alt başlık puanı yalnız yaşayanlarda(t=2,222 p= 0,028) ve düşme geçirenlerde (t=-2,043 p= 0,042) anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Düşmeyi önleme niyeti alt başlık skoru; Düşme geçirenlerde (t:2,449 p< 0,015) ve daha önce osteoporoz ile ilgili bilgi almayanlarda (t=4,440 p< 0,000) anlamlı olarak daha düşük olduğu anlaşılmıştır.

Tanı ve tedavi niyeti alt ölçek puanı; sağlık algısı kötü olanlarda (t=2,892 p= 0,004) ve osteoporozla ilgili daha önce bilgi almayanlarda (t=5,502 p< 0,000) anlamlı olarak düşük belirlenmiştir.

Tablo 2. Osteoporotik kırıklardan korunma ölçeği puanları

Maddeler	1 Kesinlikle katılmıyorum 2 Katılıyorum	3 Kısmen	4 Katılmıyorum 5 Tamamen katılıyorum
İnanç			
Kemik erimesinden korunmak için doktorun önerdiği tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerini uygulamam kemik erimesinden ve kırıklardan korunurum.	12(5,3)	37(16,2)	179(78,5)
Fiziksel egzersiz yaparsam kemik erimesine bağlı kırıklardan korunur, daha uzun süre kimseye bağımlı olmadan yaşıyorum.	5(2,1)	47(20,6)	176(77,2)
Kemik erimesinden korunmak için fiziksel egzersiz yapmamı ailem ve yaşıadığım çevre olumlu karşılar.	12(6,2)	65(28,5)	149 (65,4)
Kemik erimesinden korunmak için fiziksel egzersiz yapmak istiyorum.	16(7,0)	68(29,8)	72(63,2)
Kemik erimesinden korunmak için doktorun önerdiği tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerinin hakkında daha fazla bilgim olursa önerilere uymam kolaylaşıır.	5(2,2)	29(12,7)	194(85,1)
Kemik erimesinden korunmak için yapabileceğim uygun fiziksel egzersizler hakkında daha fazla bilgim olursa fiziksel egzersiz yapmam kolaylaşıır.	4(1,7)	15(6,6)	209(91,7)
Evde düşme tehlikesinden korunmak için düşmeyi önleyici ev içi düzenlemeler hakkında bilgim olursa önlem almam kolaylaşıır.	4(1,8)	8(3,5)	216(94,8)
Tutum ve Davranış Kontrolü			
Belirli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçümü yaptırmak gereklidir.	11(4,8)	36(15,8)	181(79,4)
Kemik erimesinden korunmak için doktorun önerdiği tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerine uymak gereklidir.	11(4,8)	34(14,9)	183(80,3)
Belirli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçtürme olanağım var.	16(7)	31(13,6)	181(79,3)
Kemik erimesinden korunmak için doktorun önerdiği tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerini uygulama olanağım var.	12(5,2)	41(18,0)	123(53,9)
Tanı ve Tedavi Davranışı			
Şimdiye kadar belirli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçümü yaptırdım.	66(29)	39(17,1)	123(54)
Kemik erimesinden korunmak için doktorun tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerini (kalsiyumdan zengin beslenme ve gerektiğinde kemik erimesi ilaçlarını kullanma) uyguladım.	68(28,9)	38(16,7)	124(50,6)
Engel Algısı			
Kemik erimesinden korunmak için fiziksel egzersiz yapmak benim için zordur.	103(45,2)	68 (29,8)	57(25)
Düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapmak benim için zordur.	77(51,3)	56(24,6)	55(24,2)
Düşmeyi Önleme Niyeti			
Bir yıl içinde evde düşmemi önleyecek bir düzenleme yapmaya niyetim var.	33(22,4)	56(24,6)	121(53,1)
Düşmeyi önlemek için ev içinde yeni bir düzenleme yapmak gereklidir.	31(13,6)	51(22,4)	146(64,1)
Ailem düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapmamı umuyor.	41(18)	61 (26,8)	200(87,8)
Düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapma olanağım var.	10(4,4)	35(15,4)	173(75,9)
Düşmeyi önlemek için ev içinde düzenleme yapmak istiyorum.	15(11,7)	34(26,6)	78(61)
Tanı ve Tedavi Niyeti			
Belirli aralıklarla kemik yoğunluğu ölçümü yaptırmaya niyetim var.	1(0,8)	6(4,7)	121(94,6)
Kemik erimesinden korunmak için tıbbi tedavi ya da ek destek önerilerine uymaya niyetim var.	1(0,8)	3(2,3)	124(96,6)

Tartışma

Bu çalışmada bir fizik tedavi yan dal merkezine başvuran 55-90 yaş postmenapozal kadınlar arasında osteoporotik kırıktan korunmaya yönelik niyet ve davranışları OKKÖ kullanılarak

değerlendirilmiş ve bu niyetleri iyi düzeyde saptanmıştır. Çalışma grubundaki kadınların osteoporotik kırıktan korunma niyetlerinin yüksek bulunması, merkeze başvuranların kas iskelet yakınmaları ile başvuruyor olmasından

Tablo 3. Kadınların bazı özellikleri ile OKKÖ arasındaki ilişki

Özellik	N	%	OKKÖ Skor Ort. ±SD	p
Yaş grup				
55-64	119	52,2 %	85,22 ± 13,766	0,361
65-74	72	31,6 %	86,90 ± 10,662	
≥75 yaş	37	16,2 %	88,27 ± 9,831	
Medeni Durum				
Evli	144	63,2 %	87,20 ± 12,112	0,140
Bekar	84	36,8%	84,70 ± 12,616	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	23	10,1 %	88,26 ± 14,674	0,11
Çalışmıyor	205	89,9 %	86,02 ± 11,998	
Yaşadığı Kişi				
Eş/Çocuk/Yardımcı	169	74,1 %	87,33 ± 11,797	0,03
Yalnız	59	25,9 %	81,29 ± 10,409	
Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	38	16,7%	83,45 ± 12,216	0,272
İlköğretim	127	55,7%	86,50 ± 11,724	
Lise ve Üzeri	63	27,6%	87,43 ± 13,301	
Sağlık Algısı				
İyi	147	64,5%	88,60 ± 11,770	,000
Kötü	81	35,5 %	82,07 ± 12,283	
Günlük İşlerde Aktif Olma				
Aktif	189	82,9 %	86,50 ± 12,506	0,003
Aktif değil	39	17,1 %	82,23 ± 10,545	
Düşme Durumu				
Yok	123	53,9 %	86,52 ± 13,407	0,003
Var	105	46,1 %	82,92 ± 10,992	
Kırık Varlığı				
Yok	191	83,8 %	86,26 ± 10,578	0,42
Var	37	16,2 %	86,19 ± 11,133	
Ortopedik Ameliyat Geçirme				
Hayır	179	78,5 %	85,84 ± 12,896	0,233
Evet	49	21,5 %	87,90 ± 9,952	
Yürümeye Yardımcı Araç				
Kullanmayan	200	87,7 %	86,31 ± 12,510	0,533
Kullanan	28	12,3 %	85,82 ± 10,63	
Osteoporozla İlgili Bilgi				
Evet	169	74,1 %	89,88 ± 10,594	,000
Hayır	59	25,9 %	75,97 ± 11,139	

kaynaklanabilir. Ölçekte yer alan ifadelerden kadınların en sık hemfikir olduğu ve olmadığı ilk beş önerme ortopedi kliniğine başvuran postmenapozal dönemde olan 400 kadında gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları ile uyumludur (10).

Bu çalışmada kadınların %46'sında düşme deneyimi söz konusudur. Düşenlerin yaklaşık üçte birinde kırık gelişmiştir. Çıtlı ve ark. yaptığı çalışmada kadınların son bir ay içinde %50'sinin düştüğü, % 23'ünün birden fazla kez düştüğü ve %9'unun düşme sonucu kırık yaşadığı bildirilmiştir (11). Çalışmamızda düşme geçirenlerde ölçek skoru daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç korunmaya yönelik niyet ve davranışı yüksek kişilerin düşme sorunuyla daha az karşılaştıklarını göstermektedir.

Koç ve ark. yaptığı çalışmada kadınların %68,3'ünün OP konusunda daha önce herhangi



Hilal Yüksel "Çakır Nine"
STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

bir kaynaktan bilgi almadığı saptanmıştır. Ayrıca OP hakkında daha önce bilgi alan kadınların OP ile ilgili bilgi, tutum ve davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (12), Kutsal ve ark. 576 osteoporozu olan hasta ile yaptıkları çalışmada osteoporoz farkındalığının verilen eğitim ile artış gösterdiğini belirtmişlerdir (13). Osteoporozda risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlenmesi açısından koruyucu sağlık hizmetleri ve konu ile ilgili eğitim önemli yer tutmaktadır. Kişilerin osteoporoz konusundaki farkındalık düzeyleri ve bilgi seviyeleri artırılarak etkili korunma sağlanabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (14–16). Bu çalışmada da benzer şekilde osteoporoz ile ilgili daha önceden bilgi alan kişilerde OKKÖ skoru anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada yaş ile korunma düzeyi ölçeği arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum çalışmaya 55 yaş üstü hastaların dâhil edilmesinden ve bu kadınların %80'ininden fazlasının 60-69 yaş grubunda olmasından kaynaklanabilir.

Literatürlerde genç yaşta bilgi ve farkındalık düzeyinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (17,18).Diğer taraftan başka bir çalışma, osteoporoz hakkında bilgiye en fazla 60-69 yaş grubunun sahip olduğu göstermiştir (19). Aksu ve ark. yaptığı çalışmada [14] osteoporoz farkındalık düzeyinin eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmasına rağmen bizim çalışmamızda eğitim düzeyinde lise ve üstü eğitim alanlarda ölçek puan ortalaması daha yüksek olmasına rağmen anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak OP ve osteoporotik kırıkların önlenmesinde, eğitimin büyük rol oynadığı çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (17,20,21).

Bu çalışmada ev, bahçe, alışveriş gibi evde ya da dışarıda herhangi bir aktivitesi olmayanların grubun yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Günlük işlerinde aktif olanlarda osteoporozdan korunmaya yönelik davranış düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir derlemede fiziksel olarak inaktif bireylerin osteoporoz ve buna bağlı komplikasyonların daha yüksek olduğu belirtilmektedir (22).

Çalışmada biriyle beraber (eş, çocuk, yardımcı) yaşayan kadınların, yalnız yaşayanlara göre osteoporotik kırıklardan korunma düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Yalnız

yaşayanlarda, özellikle de fiziksel olarak yetersiz olan yaşlı bireylerde, maruz kalınan çevresel riskler daha fazladır (10).

Sağlık algısını iyi/çok iyi olarak belirtenlerde osteoporoz ve buna bağlı gelişebilecek kırıklardan korunma düzeyi yüksek çıkmıştır. Korunma düzeyi yüksek olanların sağlık durumlarının da daha iyi olması beklenen bir durumdur.

OKKÖ' in alt başlık puanları ile ilişkili faktörler değerlendirildiğinde de benzer sonuçlar elde edilmiştir. Osteoporozla ilgili bilgi alanlarda, aktif olanlarda, sağlık algısı iyi olanlarda, biriyle beraber yaşayanlarda neredeyse bütün alt başlıklarda yüksek puan almıştır. Farklı olarak, ortopedik ameliyat geçirenlerde ana ölçek puanında anlamlı fark bulunamayıp, tanı ve tedavi davranışı puanı anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Tanı ve tedavi davranışı alt başlığı; Kemik ölçümü yaptırma, doktorun önerdiği tıbbi tedavi ve ya ek önerilere(egzersiz, güneşlenme vs.) uymayı içermektedir. Ortopedik ameliyat geçirenlerin hastaneye kontrol amaçlı başvurusu sırasında risk gurubu olması nedeniyle kemik ölçümü, tıbbi tedavi uygulanması daha yüksek çıkma nedeni olabilir. Ayrıca, düşme geçirmeyenlerde sadece düşmeyi önleme niyeti ve engel algısı alt başlık puanı anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bu durum düşmeyi önleyici ev içi düzenlemeler hakkında bilgisi olursa önlem almasının daha kolay olacağını ve daha az düşme durumu yaşanacağını gösterebilir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışma osteoporozu olan ya da olmayan tüm postmenapozal kadınlarda gerçekleştirilmiştir, ancak osteoporoz tanısı alanlar detaylı olarak sorgulanmamıştır. Bir dal hastanesine başvuran hastalar ile yapıldığı için toplumu tam olarak temsil etmemektedir.

Sonuç

Çalışmaya katılan grupta osteoporotik kırıklardan korunmaya yönelik niyet ve davranışın iyi derecede olduğu saptanmıştır. Biriyle beraber yaşayanlarda, sağlık algısı yüksek olanlarda, düşme geçirmeyenlerde, günlük işlerde aktif olanlarda ve osteoporozla ilgili daha önce bilgi alan kişilerde osteoporozdan korunmaya yönelik niyet ve davranışının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Osteoporoz yaşam süresi arttıkça daha da önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmektedir. Osteoporozdan korunma ve korunmaya yönelik tutum önemlidir. Osteoporozdan korunmanın ilk basamağı risk faktörleri açısından bilgi düzeyini arttırmak ve farkındalık yaratmaktır. Bu nedenle özellikle risk grubu olan kadınlarda osteoporozla ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılmalıdır. Toplumda özellikle risk grubu olan postmenapozal kadınları kapsayan, düşme ve buna bağlı kırıkları önleyici ev içi düzenlemelerin önemini anlatan ve fiziksel olarak aktif olmaya teşvik edici eğitimlerin verilmesi korunmaya yönelik niyet ve davranışlarının artmasını sağlayacaktır.

Teşekkür:

Çalışmaya katılan hastalara ve çalışmanın yürütülmesine izin veren yan dal hastanesine teşekkür ederiz.

İletişim: Kıymet Yeşilçiçek Çalık

E-posta: omrumyesilcicek@hotmail.com

Kaynaklar

1. Allsworth A. Osteoporosis nursing implications. In: Kneale J, Davis P, editors. Orthopedic and trauma nursing. 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2005.p.380-9
2. World Health Organization (2011) Scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level. Summary Meeting Report. 2004 May 5-7, Brussels, Belgium. <http://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>. Accessed 10 Sept 2017
3. Gallagher JC. Effect of early menopause on bone mineral density and fractures. The Journal of The North American Menopause Society. 2007;14(3):567-71.
4. Eryavuz Sarıdoğan M. Osteoporoz Epidemiyolojisi. In: Gökçe Kutsal Y(Ed); Osteoporoz. Modern Tıp Seminerleri, 19th edition. Güneş Kitapevi, Ankara; 2001. 6-21 p.
5. Alkan BM, Fidan F, Tosun A, Ardıçoğlu Ö. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğimize Başvuran Hastalarda Osteoporoz insidansı. Turk Osteoporoz Dergisi. 2011;17(1):10-3.
6. Matthis C, Weber U. Health impact associated with vertebral deformities: results from the European vertebral osteoporosis study. Osteoporos International. 1998;8(4):364-72.
7. Francis JB Jr, Sinaki M, Grabois M, et al: Health professional's guide to rehabilitation of the patient with osteoporosis. Osteoporos Int 14(Suppl 2): 1-22, 2003.

8. Braddom R., Chan L., Harrast A. Physical Medicine and Rehabilitation, Fourth Edition. Publishers; 2011.
9. Freeman JM. A theory-based premenopausal osteoporosis prevention program, PhD Thesis. University of Arkansa: Fayetteville; 2004.
10. Aydın S. Osteoporotik kırıkta korunma ölçeğinin (OKKÖ) geliştirilmesi, Uzmanlık Tezi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak; 2015.
11. Çıtıl R, Özdemir M, Poyrazoğlu S, Balcı E, Aykut M, Öztürk Y. Kayseri Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesindeki Kadınların Osteoporoz Yönelik Bilgi ve Davranışları. Osteoporoz Dünyasından. 2007;13:60-6.
12. Koç A, Aypak C, Yikilkan H, Akbiyik DI, Görpelioğlu S. On sekiz-35 Yaş Arası Kadınların Osteoporoz Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranış Düzeyleri. Türk Osteoporoz Dergisi. 2016;22(1):11-6.
13. Kutsal YG, Atalay A, Arslan Ş, Başaran A, Cantürk F, Cindaş A, et al. Awareness of osteoporotic patients. Osteoporosis International. 2005;16(2):128-33.
14. Aksu A, Zinnuroğlu M, Karaoğlu B, Akın S. Osteoporoz, Eğitim Durumu ve Farkındalık Düzeyi Araştırma Sonuçları. Osteoporoz Dünyasından. 2005;11(1):36-40.
15. Kandış H, Karakuş A, Katırcı Y, Karapolat S, Kara İH. Geriatrik Yaş Grubu ve Adli Travmalar. Turkish Journal Of Geriatrics. 2011;14(3):193-8.
16. Venouziou AI, Dailiana ZH, Varitimidis SE, Hantes ME, Gougoulas NE, Malizos KN. Radial nerve palsy associated with humeral shaft fracture. Is the energy of trauma a prognostic factor? Injury. 2011;42(11):1289-93.
17. Gemalmaz A, Oge A. Knowledge and awareness about osteoporosis and its related factors among rural Turkish women. Clinical Rheumatology. 2008;27(6):723-8.
18. Kurt EE, Koç FA, Tuncay F, Erdem HR, Kiranatlıoğlu F. Kırsal Bölgede Yaşayan Risk Grubu Kadınların Osteoporoz Bilgi ve Farkındalık Düzeyi. Turk Osteoporoz Dergisi. 2015;21(2):63-8.
19. Matthews HL, Laya M, DeWitt DE. Rural Women and Osteoporosis: Awareness and Educational Needs. The Journal of Rural Health. 2006;22(3):279-83.
20. Aylin Ö. Ortopedi ve travmatoloji kliniklerinde yatan kadın hastaların osteoporoz bilgi düzeyi ve öz-etkililik algılarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2008.
21. Monsanto HA. Level of awareness about osteoporosis among women 50 years and older in Puerto Rico. Puerto Rico Health Sciences Journal. 2010;29(1):54-9.
22. Özgürbüz C. Osteoporoz ve fiziksel aktivite. Spor Hekimliği Dergisi. 2008;43:99-109.

Jinekolojik Kanserli Kadınların Brakiterapi Sonrası Cinsel İşlevinin Değerlendirilmesi ve Cinsel Danışmanlık

Evaluation of Sexual Functions of Women with Gynecological Cancer After Brachytherapy and Sexual Counselling

Derleme



Review Article

Çiğdem Bilge¹, Büşra Yılmaz², Ümran Oskay³

DOI: 10.17942/sted.381218

Geliş/Received : 19.01.2018

Kabul/Accepted : 09.06.2118

Öz

Cinsellik biyolojik, psikolojik, kişiler arası ve davranışsal boyutları olan çok boyutlu karmaşık bir kavramdır. Ülkemizde oldukça yaygın görülen jinekolojik kanserlerin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Jinekolojik kanser semptomları ve tedavisinin kadın cinsel sağlığı üzerine olumsuz etkileri kadının yaşam kalitesini de etkilemektedir. Jinekolojik kanserler arasında sık görülen servikal kanser tedavisinde kullanılan brakiterapi vaginal stenoz, dispareni, cinsel istekte azalma ve orgazm güçlüğü gibi sorunlara neden olmaktadır. Brakiterapi tedavisi gören hastalar cinsel sorunlarıyla ilgili genellikle etkin danışmanlık alamazlar. Bu konu sağlık profesyonellerinin ihmal ettiği bir konudur ve brakiterapi sonrası kadınlar cinsel işlev bozuklukları ile baş etmeyi kendi kendine öğrenmek zorunda kalır. Bu zorlu süreçte hemşirelere, kadınların cinsel yaşamlarını değerlendirmede, özellikle cinsel danışmanlık ve rehberlikte, modellerin kullanımı önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Brakiterapi, Cinsel işlev, Danışmanlık

Abstract

Sexuality is a complex concept involving biological, psychological, interpersonal and behavioural aspects. The negative effects of gynecologic cancers, which are quite common in our country, on women's health are multi-dimensional. The negative impacts of gynecologic cancer symptoms and treatment on the woman's sexual health also affect the quality of her life.

Brachytherapy, used in the treatment of cervical cancer, which is most common of gynecologic cancers, causes problems such as vaginal stenosis, dyspareunia, reduced sexual desire and difficulty in achieving orgasm. The patients, who undergo brachytherapy usually cannot get effective counselling on their sexual problems. This is an issue, which is neglected by health professionals and women are obliged to learn to cope with sexual dysfunction after brachytherapy by themselves. In this challenging period, nurses should use the models in assessing the women's sexual lives, especially in sexual counselling and guidance.

Key words: Brachytherapy sexual Function, Counselling

1 Arş. Gör. Dr.; Muğla Sıtkı Koçman Ü. Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği, Muğya (Orcid No: 0000-0002-8120-6216)

2 Arş. Gör.; İstanbul Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. İstanbul (Orcid No: 0000-0001-6937-5351)

3 Prof. Dr.; İstanbul Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. İstanbul (Orcid No: 0000-0002-6606-9073)

Giriş

Cinsellik, doğum öncesinde başlayıp, kişinin değerleri, inanışları, fiziksel görünümü ve yaşadığı kültüre göre biçimlenen bir kavramdır. Cinsellik tüm bedeni ve ruhu içerir. Cinsellik insanın düşünsel, duygusal ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, olumlu yönde kişilik gelişimi, sevgi paylaşımı ve iletişimin görüldüğü sağlıklı halidir (1,2). Cinsellik ekonomik, sosyal, kültürel, politik, dini, biyolojik ve ruhsal faktörlerin etkileşiminden etkilenmektedir (2). Cinsel işlev bozukluğu ise bireylerde cinsel yanıt döngüsünde bozukluklar ile karakterize, ruhsal ve fiziksel değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur (3).

Jinekolojik kanserler kadın genital organlarında tutulum gösteren kötü huylu oluşumlardır. Jinekolojik kanserlerin semptomları tutulan organa göre farklılık gösterip, bu grupta başlıca endometrium, serviks ve over kanserleri yer almaktadır. Dünyada kanser olgu sayısı her geçen gün artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde servikal kanser ikinci en çok görülen Jinekolojik kanser türüken, gelişmiş ülkelerde ise endometriyum kanseri en çok görülen jinekolojik kanser türüdür (4). Türkiye'de, Halk Sağlığı Kurumu'nun 2014 yılındaki kanser istatistiklerine göre, her yıl yaklaşık 63 bin kadına kanser tanısı konulmaktadır. Jinekolojik kanserler ise meme kanserinden sonra mortalite ve morbidite oranı en yüksek olan ikinci kanser türü olarak belirlenmiştir (5).

Jinekolojik kanser semptomları ve tedavisinin cinsel sağlık üzerine etkisi genel olarak göz ardı edilse de cinsellik kadın yaşamının kalitesini artıran bir boyut olarak önemini korumaktadır. Üreme organ kanserleri cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir. Jinekolojik kanserler beden imajı, cinsiyet rolü, kadın kimliği ve üreme yeteneğini etkileyerek cinselliği yaşamayı etkiler (6). Jinekolojik kanser belirtilerinden olan vajinal kanama, halsizlik, karın ağrısı ve postkoidal kanama kadının tedavi öncesi cinsel sağlığını bozmaktadır. Tedavi sonrasında vajinada kısılma, vajinal elastikiyetin bozulması, vajinal lubrikasyonda azalma, vajinal stenoz, klitoris alınması, pelvik sinir hasarı, fistüller, halsizlik, ishal, uykusuzluk, infertilite ve postkoidal kanama gibi fiziksel belirtiler cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir (7). Üreme işlevinin kaybı, dış görüntüsünün değişmesi, cinsel işlevlerin eskisi

gibi yerine getirilememesi ve kendisini kadın gibi hissetmemesi cinsel kimlik algısının değişmesine neden olur (8). Jinekolojik kanser tanısı ve tedavisinin cinsel sağlığı olumsuz etkilediğine dair çok sayıda çalışma vardır (5,6,9,10).

Kanser tanısı konulması yeterince zor bir süreç iken, kanser tedavileri de sürece yeni korkular ekler. Jinekolojik kanserlerde uygulanan cerrahi tedavi, radyoterapi ya da kemoterapi kadının beden algısını ve üreme kapasitesini olumsuz yönde etkiler. Hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur (11-13).

Brakiterapi ve Cinsel Yaşama Etkisi

Radyoterapi tümörlü dokuya radyasyonun vücut dışından direk olarak verilmesini içeren eksternal radyoterapi ya da radyasyonun vücut içerisine, vücut yakınına ya da direkt üstüne konularak uygulanmasıyla gerçekleştirilen yöntem olan brakiterapi şeklinde uygulanır (14,15). Brakiterapi'nin jinekolojik kanserlerin tedavisinde önemli bir yeri vardır. Yunancada 'kısa' anlamına gelen brakiterapi 'brachios' sözcüğünden türetilmiştir. Brakiterapi, radyoaktif kaynağın tümörün içine ya da yakınındaki boşluklara yerleştirilmesiyle uygulanan bir tedavi şeklidir. Brakiterapi, 1898'de radyumun keşfinden sonra uygulanmaya başlamıştır. Bu tedavi intrakaviter ve interstisyel olmak üzere iki biçimde uygulanır. İntrakaviter brakiterapide aplikatör tümörün yakınındaki anatomik boşluklara yerleştirilir. En sık endometriyum, serviks, vajina ve akciğer kanserinde kullanılır. İnterstisyel brakiterapide ise aplikatör ilgili doku içerisine yerleştirilir. En sık meme, prostat ve yumuşak doku kanserinde kullanılır. Amerikan Brakiterapi Topluluğu (American Brachytherapy Society- ABS) , endometriyum ve serviks kanserli hastalara uygulanan radyasyon tedavisi endikasyonları için Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı rehberini yayınlamıştır. Yayınlanan rehberde aplikatör seçimi, brakiterapi aplikatörünün yerleştirme teknikleri, hedef hacim tanımı, doz fraksiyonasyonu ve ameliyat sonrası adjuvan vajinal kaf tedavisi için önemli tavsiyelere yer verilmiştir (16,17).

Brakiterapide amaç, kanser hücrelerinin bölünmesini önleyerek, çoğalmasını engellemek ve yok etmektir. Bu işlem uygulanırken kanser hücrelerinin yanı sıra sağlam hücreler de zarar

görür. Hücre ölümü ya da tedavi edilebilen hücre hasarı meydana gelebilir. Radyasyonun yan etkileri arasında deri toksisitesi, yorgunluk, bulantı ve kusma görülür (15, 18). Kircheinner ve ark. (2015) servikal kanser tedavisinde uygulanan brakiterapinin yaşam kalitesine etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda kadınların brakiterapi sonrası yorgunluk (%78), üriner inkontinans (%60), bulantı ve kusma (%54), sıcak basması (%44) ve cinsel işlev bozukluğu (%38) yaşadığı belirtilmiştir (19).

Brakiterapinin cinsel sağlık üzerine etkisi genel olarak göz ardı edilse de cinsellik kadın yaşamının kalitesini artıran bir boyut olarak önemini korumaktadır. Erken evre endometriyum ve serviks kanserinde primer olarak uygulanan brakiterapi esnasında vajinal atrofi, sinir hasarı ve fibrozis gelişebilir (20). Tedavi esnasında over fonksiyonları da etkilenir ve overlerde steriliteye sebep olur. Vajina epitelinde ise elastikiyet kaybı, eritem, atrofi ve inflamasyon görülür. Işınlama sonucunda vajinada kuruluk ve daralma meydana gelir. Bu durumda vajina bölgesi enfeksiyon ve travma açısından daha fazla risk altındadır. Vajinadaki tüm bu değişimler sonucunda orgazm problemleri, elastikiyetin azalması ve disparoni en sık görülen şikayetler arasındadır. Bu yan etkiler ilk üç ay içinde oluşmakta ve bir yıl içerisinde düzelmektedir (21). Karabuga ve ark. (2015) endometrium kanseri tedavisinde eksternal radyoterapi ve vajinal brakiterapi alan kadınların cinsel fonksiyon ve yaşam kaliteleri karşılaştırmışlardır. Çalışma sonucunda her iki tedavi şeklinin de cinsel fonksiyonları ve kadınların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bulunmuştur (22).

Kadınların Cinsel İşlevinin Değerlendirilmesi ve Cinsel Danışmanlık

Cinsellik, çok boyutlu bir kavramdır ve brakiterapiden olumsuz yönde etkilenmektedir (5, 10, 23). Brakiterapinin yanısıra kadın, kadınlık kimliğini, değerlerini, önceliklerini ve cinsel partner sorumluluğunu yeniden kazanma çabası içerisindedir. Böyle bir süreçte, destek sistemleri ve danışmanlık hizmetleri kaygı ve endişeleri gidermede önemli rol oynamaktadır (24). So ve Chui (2007) kadınların brakiterapi sonrası yaşadıkları deneyimleri incelemek amacıyla yaptıkları nitel çalışma sonucunda brakiterapi sonrası psikolojik destek sağlama, işlem öncesi ve

sonrasında açıklama ve bilgilendirmenin önemli olduğu vurgulanmıştır (25).

Brakiterapinin Kadın Cinselliğine Etkisi ve Vajinal Dilatatör Kullanımı

Brakiterapi vajinanın daralmasına ve labia majörlerin birbirine yapışmasına neden olur. Vajinal dilatörler, brakiterapi sonrası vajinada kılma ve darlıkları önlemek için ek yöntem olarak kullanılır. Cinsel yaşamlarında başarısız olan ya da kendini yetersiz hisseden kadınların bu sorunlarla baş edebilmeleri için vajinal dilatatörlerin kullanılması önerilmektedir (26,27).

Brakiterapiden sonra vajinal dilatatörlerin düzenli kullanımı rutin uygulanır hale gelmiştir. Uygulamada üçgen şeklindeki bir aletin vajene sokulması ve döndürülmesi gerekir. Haftada en az birkaç kez yaklaşık beş dakika süreyle uygulanması önerilmektedir. Bunun yanı sıra bazı çalışmalarda kadınlar vajinal dilatatör kullanımını cinsel yaşamlarının doğasına müdahale olarak gördüklerini, bu araçların kullanımı sebebiyle kendilerini psikolojik ve duygusal açıdan rahatsız hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu sebeple her brakiterapi alan kadına rutinde vajinal dilatatörlerin kullanımının önerilmesi yerine profilaktik ve terapötik vajinal dilatatör tedavileri ayrı ayrı uygulanmalıdır. Vajinal uzunluk ölçümleri yapılmalı, kadınların cinsel işlev durumları değerlendirilmelidir (27).

Bakker ve ark. (2017) brakiterapiden sonra vajinada meydana gelen kılma ve darlık sorunlarıyla baş etmede hemşirenin vereceği cinsel danışmanlığın etkinliğini değerlendirmek amacıyla çalışma yapmışlardır. Sonuçta hemşireler tarafından verilen cinsel danışmanlık kadınların cinsel sorunlarını azaltmış, vajinal darlık sorunlarıyla baş etmede önerilen dilatatör kullanımı kadınlar tarafından daha fazla kabullenilmiştir (26).

Hemşirelerin jinekolojik kanserin tanı ve tedavisinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirleme ve yol gösterme konusunda önemli sorumlulukları vardır. Hemşirelik rollerinin içinde danışmanlık öne çıkmaktadır. Hemşireler kendilerini cinsel danışmanlık konusunda yetersiz hissetmekte ve cinsel öykü alma konusunda güçlük yaşamaktadır. Danışmanlık hizmeti brakiterapi aşamasında çok önemlidir. Kadının,

brakiterapiye yönelik sorunlarını ifade edebilmesi ve baş etme mekanizmalarını geliştirebilmesi bu süreçte verilebilecek danışmanlık hizmeti ile olanaklıdır (28,29).

Kadınların yaşam kalitesinin önemli bir parçası olan cinsel yaşam, hemşirelik bakım alanlarından biridir. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin, brakiterapinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirleme ve cinsel sorunları bulunan kadınlara yardım etmede önemli sorumlulukları vardır. Kadının cinsel yaşamı sorgulanırken bütüncül bakış açısı ile bakılmalıdır. Hemşirelerin cinsel sağlığı değerlendirmede güçlükler yaşadığı gözlenmektedir. Cinsel danışmanlık ve rehberlikte görüşmenin başlatılması zordur. Modellerin kullanılması görüşmenin başlatılmasına yardımcı olur (30,31).

Cinsel Danışmanlık

Brakiterapi gören kadınların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve sağlık bakımında bütünlüğün sağlanması için cinsellikle ilgili konularda danışmanlık verilmesi yararlı olmaktadır. Cinsel danışmanlık verebilmek için başta bireysel ve çift terapileri hakkında ayrıntılı eğitim alınmalıdır. Bu eğitimler kapsamında uygulamalı eğitim de olmalıdır (32). Dürüstlük, mahremiyet, gizlilik gibi konular ön planda tutulmalıdır. Danışanlar tarafından paylaşılan bilgiler duyarlılıkla dinlenmelidir. Danışan ile profesyonel bir boyutta görüşülmelidir. Çiftlere kimi zaman ev ödevleri verilebilir (33). Hemşirelerin bu süreçteki sorumlulukları, kadının cinsel gereksinimlerinin belirlenmesi, sorunları önlemeye yönelik girişimler planlama ve uygun yönde rehberlik yapmaktır. Kadına klinik değerlendirme öncesinde cinsel işlevlerine yönelik sorular sorma konuyu normalleştirerek kadını cinsel sorunlarını tartışma konusunda cesaretlendirir. Kadının cinsel yaşamının değerlendirildiği süreçte, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek boyutu, cinsel memnuniyet düzeyi, cinsel yönden endişeleri eşi ile samimiyeti ve iletişimi sorgulanmalıdır (34).

Hemşireler kadına yönelik cinsel sorunlarla baş etme teknikleri oluştururken cinsel sorunlar ve üremeye ilişkin kaygılar konusunda somut bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Hemşireler cinsel konularla ilgili kendi inanç ve tutumlarının farkında olmalı, inanç ve tutumlarının cinselliğin tartışılması ve yaklaşımların belirlenmesinde engel

oluşturmamasına dikkat etmelidir. Kadınlarla konuşurken etkin iletişim tekniklerinden yararlanmalı, kadın ile dostça ve destekleyici bir iletişim kurulmalıdır (35). Bunun yanında hemşireler kadınlara brakiterapinin cinsel işleve olan etkilerini anlatmalı, soruları yanıtlarken açık ve samimi olmalıdır. Kadının cinsel işlev ile ilgili endişelerini dinledikten sonra kadına endişe arttıkça cinsel olarak zevk alma ve arzunun azaldığı, endişeyi besleyen fikirlerin ortadan kaldırılması ve yalnızca cinsel birleşmeye yoğunlaşılması konusunda bilgi verilmelidir (36). Kadının cinsel fantezi kurması sağlanmalı, algılarının olumlu hale gelmesi için erotik düşünceleri ve fantezileri desteklenmelidir. Kadına, eşi ile evde beraber banyo yapmaları, aynı saatte yatağa girmeleri, beraber yemek yapmaları gibi, ilişkisini güçlendirecek ev ödevleri verilmelidir. Ayrıca cinsellik başlamadan önce, ön sevişmenin vajinal lubrikasyonu artırdığı, vajinal lubrikasyonun da cinsel ilişki sırasında ağrıyı azalttığı belirtilerek, ön sevişmenin uzun tutulmasının gerekli olduğu belirtilmelidir (37). Kadına mastürbasyonun cinsel hazzı artıran bir egzersiz olduğu, bu egzersizin vajinal lubrikasyonu artırdığı, çok sert olmadan yumuşak dairesel hareketlerle klitorise uygulanması gerektiği ve ilk aşamada kendisi tarafından yapılmasının faydalı olacağı belirtilmelidir. Bunun yanında dispareni azaltılması için penetrasyonun daha az yaşandığı cinsel pozisyonlar anlatılmalıdır (38). Ayrıca penetrasyon esnasındaki ağrıyı azaltmak için su bazlı vajinal kayganlaştırıcı kullanabileceği ifade edilmelidir. Kadına, cinsel birleşme esnasında Kegel egzersizinin kadının düşüncelerini dış dünyaya kapatıp yalnızca perine kaslarına odaklanmasını sağlayacağı, cinsel hazzı ve uyarılmayı artıracığı belirtilerek, Kegel egzersizleri öğretilmelidir (39-41).

Sonuç

Cinsellik, çok boyutlu bir kavramdır ve jinekolojik kanser tanı ve tedavisi ile negatif yönde etkilenmektedir. Jinekolojik kanserin tedavi süreci içerisinde yer alan brakiterapi sonucunda vajina epitelinde elastikiyet kaybı, eritem, atrofi ve inflamasyon görülür. Işınlama sonucunda vajinada kuruluk ve daralma meydana gelir. Vajinadaki tüm bu değişimler sonucunda orgazm problemleri, elastikiyetin azalması ve dispareni sık görülmektedir. Jinekolojik kanser tedavisinin

yanısına kadın, kadınlık kimliğini, değerlerini, önceliklerini yeniden kazanma çabası içersindedir. Böyle bir süreçte, destek sistemleri ve danışmanlık hizmetleri kaygı ve endişeleri gidermede önemli rol oynamaktadır. Cinsel danışmanlık cinsellikle ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesi, yanlış bilgilerin ve inançların düzeltilmesi, cinsel mitler hakkında bilgilendirme amacıyla danışanlara ya da çiftlere yardımcı olmaktadır. Cinsel danışmanlıkta amaç, cinsel açıdan kadının korku ve endişesini azaltmak, kadının duygusal ve cinsel tepkisini artırmak, kadının eşine karşı öfkesini azaltmak, yeni duygusal ve cinsel teknikler denemek, eşler arasında iletişimi artırmak, cinsel ilişki sırasında dikkati dağıtan düşüncelerin dışlanması sağlamak ve kadının orgazm olma hakkındaki önyargılarını azaltmaktır. Bu nedenle cinsel danışmanlık, kadınların cinsel sorunlarını çözüme kullanabilen, cinsel yaşamlarını özgürleştiren ve kadının yaşam kalitesini artıran sihirli bir anahtardır.

İletişim: Çiğdem Bilge

E-posta: cigdemaydinbilge@gmail.com

Kaynaklar

1. Taylor TF. The origins of human sexual culture. *Journal of Psychology ve Human Sexuality* 2007; 18 (2):69 -105.
2. Bozdemir N ve Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care* 2011; 5(4):37-46.
3. Karakoyunlu FB ve Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(3):82-92.
4. Vaz AF, Pinto-neto AM, Conde DM, Paiva LC, Morais SS, Pedro AO, ve ark. Quality of life and menopausal and sexual symptoms in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *The Journal of The North American Menopause Society* 2011; 18(6):662-9.
5. Serçekuş P ve Türkcü SG. Jinekolojik kanserli hastalarda cinsellik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015; 8(1):36-8.
6. Akkuzu G ve Ayhan A. Sexual functions of Turkish women with gynecologic cancer during the chemotherapy process. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2013; 14(6):3561-4.
7. Gilbert E, Ussher JM ve Perz J. Sexuality after gynecologic cancer: a review of material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas* 2011; 70(1):42-57.
8. Hallaç S ve Öz F. Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(4):595-610.
9. Reis N, Beji NK, ve Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing* 2010; 14 (2):137-46.
10. Abott-Anderson K ve Kwekkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology* 2012; 124(3): 477-89.
11. Pınar G, Algier L, Çolak M ve Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2008; 18(3):141-9.
12. Bilge Ç, Kaydırak M ve Aslan E. Jinekolojik Kanserlin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016; 7(3):31-8.
13. Goulet D, Danilack V ve Matteson KA. Enhanced recovery pathways for improving outcomes after minimally invasive gynecologic oncology surgery. *Obstetrics ve Gynecology* 2017; 129(1):207-8.
14. Kızır A ve Güvenli ME. Radyoterapinin ilkeleri. In: Can G (ed). *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014, 133- 145.
15. Şahin NH ve Bal MD. Üreme organ tümörleri. In: Beji NK (ed). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. 2nd edition. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016, 204-219.
16. Small W Jr, Beriwal S, Demanes DJ, Dusenbery KE, Eifel P, Erickson B, ve ark. American Brachytherapy Society consensus guidelines for adjuvant vaginal cuff brachytherapy after hysterectomy. *Brachytherapy* 2012; 11:58-67.
17. Qian JM, Stahl JM, Young MR, Ratner E, Damast S. Impact of vaginal cylinder diameter on outcomes following brachytherapy for early stage endometrial cancer. *Journal of Gynecologic Oncology* 2017; 28(6):e84. doi: 10.3802/jgo.2017.28.e84.
18. Karaman Ş, Küçüçük S ve Oral EN. Radyoterapide tedavi planlaması. In: Can G (ed). *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014, 147-153.
19. Kirchheiner K, Nout RA, Czajka-Pepl A, Ponocny-Seliger E, Sturdza AE, Dimopoulos, JC, Pötter R. Health related quality of life and patient reported symptoms before and during definitive radio (chemo) therapy using image-guided adaptive brachytherapy for locally advanced cervical cancer and early recovery—a mono-institutional prospective study. *Gynecologic oncology* 2015;136(3): 415-23.

20. Çakar B, Karaca B ve Uslu R. Sexual dysfunction in cancer patients: a review. *Journal of BUON* 2013; 18(4):818-23.
21. Dinçer MM ve Çolakerol A. İyatrojenik (medikal cerrahi ve radyoterapi sonrası) cinsel işlev bozuklukları ve cinsel rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics* 2015; 8(3):37-9.
22. Karabuga H, Gultekin M, Tulunay G, Yuçe K, Ayhan A, Yuçe D, Yıldız, F. Assessing the quality of life in patients with endometrial cancer treated with adjuvant radiotherapy. *International Journal of Gynecological Cancer* 2015; 25(8):1526-33.
23. Cleary V ve Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2011; 15(1):38-45.
24. Cleary V, Hegarty J ve McCarthy G. Jinekolojik kanser teşhisi kadınların cinselliğini nasıl etkiliyor? *Follow Cancer Nursing Practice* 2013; 12(1): 32-7.
25. So WKW, Chui YY. Women's experience of internal radiation treatment for uterine cervical cancer. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 60(2):154-61.
26. Bakker RM, Mens JW M, de Groot H. E, Tuijnman-Raasveld C, Braat C, Hompus C van Doorn HC. A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer* 2017; 25(3):729-37
27. Miles T, ve Johnson N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 9.
28. Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling for women in the context of physical diseases: A teaching model for physicians. *The Journal of Sexual Medicine* 2011; 4(1):29-33.
29. Aydın S ve Beji NK. İnfertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Hemşirelikte eğitim ve Araştırma dergisi* 2013; 10(2):8-13.
30. Açıkgöz F. Cinsel sağlığa yönelik hemşirelik yaklaşım modelleri. *Androloji Bülteni* 2011; 47:305-7.
31. Gölbaşı Z, Tuğut N, Erenel AŞ, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2013; 36:1-10.
32. Zamani M, Tavoli A, Yazd KB, Sedighimornani N, Zafar M. Sexual therapy for women with multiple sclerosis and its impact on quality of life. *Iran Journal of Psychiatry* 2017; 12(1):58-65.
33. Parsa P, Tabesh RA, Soltani F ve Karami M. Effect of group counseling on quality of life among postmenopausal women in Hamadan, Iran. *Journal of Menopausal Medicine* 2017; 23(1): 49-55.
34. Oskay Ü. Cinsellik ve üreme sorunları. In: Can G (ed). *Onkoloji Hemşireliği*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014, 497-515.
35. Malary M, Pourasghar M, Khani S, Moosazadeh M ve Hamzehgardeshi Z. Psychometric properties of the sexual interest and desire inventory-female for diagnosis of hypoactive sexual desire disorder: The Persian version. *Iranian Journal of Psychiatry* 2016; 11(4):262-8.
36. Weeks GR ve Hertlein KM. Hypoactive sexual desire disorder treatment. In: Hertlein KM Weeks GR ve Gambescia N (eds). *Systemic Sex Therapy*. New York: Routledge; 2015, 52-85.
37. Pyke R ve Clayton A. What sexual behaviors relate to decreased sexual desire in women? a review and proposal for end points in treatment trials for hypoactive sexual desire disorder. *Sexual Medicine* 2016; doi: 10.1016/j.esxm.2016.11.003.
38. Wylie KR ve Jones RH. Inhibited arousal in women. In: Hertlein KM Weeks GR ve Gambescia N (eds). *Systemic Sex Therapy*. New York: Routledge; 2015, 152-168.
39. McCabe M. Female orgasmic disorder. In: Hertlein KM Weeks GR ve Gambescia N (eds). *Systemic Sex Therapy*. New York: Routledge; 2015, 171-186.
40. Mitchell KR, Geary R, Graham CA, Datta J, Wellings K, Sonnenberg P ve ark. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics ve Gynaecology* 2017; doi: 10.1111/1471-0528.14518.
41. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L ve Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas* 2016; 94:87-91.



Elif Kaya¹, Sibel Karaca Sivrikaya²

DOI: 10.17942/sted.381218

Geliş/Received : 18.01.2018
Kabul/Accepted : 15.07.2018

Öz

Çağlar boyu gelişim gösteren sağlık sistemi, toplumun sağlık okuryazarlığı oranının artması ile iyileşmeye devam edecektir. Özellikle son yüzyılda hasta merkezli bakımı hedef haline getiren sağlık sisteminde, toplumun sağlığı ile ilgili bilgilere erişmesi, bu bilgileri anlayıp değerlendirebilmesi hem sağlığın kalitesini yükseltmiş hem de sağlığın geliştirilmesinde gözle görülür bir fark yaratmıştır. Toplum sağlığı sorunu haline gelen sağlık okuryazarlığı ile ilgili başta Avrupa Ülkeleri olmak üzere tüm dünyada yapılan çalışmalar hız kazanmıştır. Sağlık okuryazarlığı farklı biçimlerde tanımlanmış, sınıflandırılmış ve ölçekler geliştirilmiştir. Çalışmalardaki amaç, sağlık bilincini ve buna paralel olarak sağlık bakım kalitesini yükseltmektir. Bu konuda en büyük pay sağlık personeline ve hemşirelere düşmektedir. Hasta ile birebir iletişimde olan hemşirelik mesleği; sahip olduğu bağımsız rollere dayanarak hastaya sağlık bilincinin yerleşmesi, randevu kartları, ilaçların uygun biçimde kullanılması gibi birtakım bakım ve hizmet sunumunda, eğitim ve danışmanlık görevini üstlenmektedir. Toplumun okuma-yazma oranına da bağlı olan sağlık okuryazarlığı kişinin sağlık sorumluluğunun farkına varması ile artmaktadır. Bu farkındalık açısından kilit görevi gören hemşirelik meslek üyelerinin gerek bireysel gerek eğitim alanında sağlık okuryazarlığı ile ilgili farkındalığı artırılmalıdır. Bunun sonucunda hemşirelerin hasta ile iletişimi kuvvetlenecek, hastalarda sağlık bilinci tam anlamıyla yerleşecek, sağlık bakım kalitesi artacak, sağlığa ayrılan bütçe azalacak ve sağlık sistemi gelişim göstermeye devam edecektir.

Anahtar sözcükler: Sağlık okuryazarlığı, Hemşirelik, Sağlık eğitimi

Abstract

As the health literacy rate in society increases, the health system progressing through the ages will continue to improve. In the healthcare system that has made patient-centred care a target particularly during the last century, the ability of the public to access to health information, to understand and evaluate this information has increased the quality of health and created a visible difference in the improvement of health as well. The studies about health literacy, which has become a public health issue, have gained momentum all over the world, especially in European countries. Health literacy has been defined, classified in different ways and the scales have been developed. The aim of the studies is to raise awareness of health and to improve the quality of healthcare concordantly. The greatest share in this regard falls upon the health staff and nurses. Nursing profession, which is in direct contact with the patients, relying on its independent roles, undertakes the tasks of training and counselling in the provision of care and services for the patients, such as establishing health consciousness, appointment cards, the proper use of medicines. Health literacy, which is also linked to the literacy rate of the society increases when the individuals become aware of personal responsibility for health. The awareness of health literacy among nursing professionals, who play a key role in improving awareness of health literacy in society should be increased both individually and in terms of their education. Consequently, nurses' communication with the patients will be strengthened, patients' health consciousness will be established entirely, quality of healthcare will be improved, health budget will be decreased and health system will continue to make progress.

Key words: Health literacy, Nursing, Health education

1 Hemşire, Vize Devlet Hastanesi, Dahiliye Servisi, Kırklareli (Orcid No: Orcid No: 0000-0001-9617-4897)

2 Doç. Dr.; Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Balıkesir (Orcid No: Orcid No: 0000-0001-5271-7757)

Giriş

Sağlık çıktılarının önemli bir belirleyicisi olan sağlık okuryazarlığı; sağlığın teşviki, sürdürülmesi ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi açısından kararlar almak, bilgiye erişmek, bu bilgileri anlamak, değerlendirmek ve uygulamak için bilgi, motivasyon ve yetkinlik olarak tanımlanır (1,2). Başka bir ifadeyle, yeterli fonksiyonel sağlık okuryazarlığı; reçeteler, randevu kartları, ilaçların etkileri ve yan etkileri, evde bakım talimatları gibi sağlıkla ilgili malzemeleri okuma-yazma becerilerini uygulayabilme anlamı taşır (3). Bir nevi bireylerin sağlıklı olmalarını ve sağlık durumlarını sürdürmelerini sağlayacak bilgilere erişme, anlama ve kullanma becerilerini tanımlar (4). Bu tanımlardan hareketle, bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararları doğru alabilmesi için sağlık mesajlarını doğru anlayıp yorumlayabilmesi gerekir. Bireyler sağlık okuryazarlığı düzeyine göre değerlendirildiğinde; düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde gereksiz hastane masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca, bu bireylerin gereksiz acil servis kullanımlarının da arttığı görülmektedir. Tüm bunlar, gereksiz işgücü kayıplarına ve artmış sağlık harcamalarına neden olmaktadır (5). Çünkü sağlık okuryazarlığı hastaların semptomları yorumlamasına, bakımı doğru yönlendirmesine ve tedaviye karar vermesine katkı sağlar (6). Sağlık okuryazarlığı, sağlık sistemi için bu kadar önemli olmasına karşın ilk kez "sosyal politika olarak sağlık okuryazarlığı" başlıklı çalışmada 1974 yılında tanımlanmıştır ve günümüze kadar Avrupa'da ve dünyanın birçok yerinde sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalar halen devam etmektedir (7).

Dünyada sağlık okuryazarlığı durumuna bakıldığında, gelişmiş ülkelerden biri olan Amerika'da Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine göre yetişkin nüfusun %12,4'ünün yetersiz, %35,2'sinin sorunlu, %36,0'sının yeterli düzeyde ve yalnızca %16,5'lik dilimin çok iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Avrupa Birliği'ne üye sekiz ülkede (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, İspanya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan, Polonya) yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında ülkeler alınan puanlara göre dört grup şeklinde değerlendirilmiştir (yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi). Ülkelerin %29,0 ve %62,0 arasında değişen oranlarında yetersiz sağlık okuryazarlığı puanı aldığı saptanmıştır.

Hollanda'da bireylerin %1,8'inin, Bulgaristan'da ise %26,9'unun düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %50,0'dan fazlasının yeterli düzeyde sağlık okuryazarı olduğu belirlenmiştir. "Yeterli ve çok iyi düzeyde" sağlık okuryazarlığı puanı yüksek olan ülkeler daha fazla olup, en düşük orana sahip ülkeler Avusturya (%9,9) ve İspanya'dır (%9,1) (8,9).

Türkiye'deki duruma bakıldığında ilk geniş ölçekli saha çalışması 2014 yılında yapılmış olup sonuçlar, Türkiye toplumunun %64,6'sının yani erişkin nüfusun 35 milyonunun "yetersiz ya da sorunlu" sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı bulunmuştur. Değiştirilemeyen bir faktör olan yaşla beraber, iyileştirilebilecek faktörler olan düşük eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri olarak saptanmıştır (10).

Sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlığı koruma ve sürdürme, etkili bakım verme ve bakım kalitesini yükseltme, izleme ve değerlendirme, hasta eğitimi gibi konuların sorumluluğunu üstlenen hemşireler için de sağlık okuryazarlığı düzeyi önemlidir (11,12). Özellikle okuma-yazma oranı düşük olan kesimlerin sağlığı arama davranışlarında birebir bağlantı kurduğu hemşireler, sağlık hizmeti ve sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmada kilit noktadır (13). Bu derlemenin amacı, sağlık okuryazarlığının önemi, günümüzde ne kadar yaygın olduğu ve gittikçe yaygınlaşan bu kavramın hemşirelik ile olan ilgisini ortaya koymaktır.

Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Toplumun sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında bilinçli kararlar verebilmesi için öncelikle ihtiyaç duyduğu sağlık bilgilerini elde etmeye, elde ettikleri bilgileri anlama ve kullanma yeteneğine sahip olması gerekir (14). Sağlık ihtiyacı değerlendirme araştırmalarından elde edilen sonuçlar, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin hastalık tedavisinden ziyade hastalığı önleme hizmetlerini kullanmaya ağırlık verdiğini göstermiştir. Sağlık bilincinin bu yönde değişmesi ise sağlığa ayrılan bütçe ve zamanın daha verimli kullanılmasını, elde edilen başarının ise hızlı bir artış göstermesini sağlayacaktır (15). Sağlık okuryazarlığını önemli kılan bir diğer nokta dünya çapında tüm yaşlarda görülen ölümlerin çoğunluğuna sebep olan kronik hastalıklardır. Örneğin; kardiyovasküler hastalıklar tüm

ölümlerin %30,0'undan sorumlu tutulmaktadır. Sağlıklı yaşam ilkelerinin benimsenmemesi kronik hastalık oluşum riskini artırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile bu risk faktörlerinden korunma ve kronik hastalığı yönetme arasında ilişki olduğu saptanmıştır (16,17). Sağlık okuryazarlığı düzeyi düştükçe kronik hastalık süreci hakkında bilgi seviyesi, zihinsel ve fiziksel sağlık da zayıflamakta, dolayısıyla önleyici hizmetlerin kullanımı daha sınırlı hale gelmekte ve hastaneye kabul oranları artmaktadır. Bu durum hem bakım maliyetlerinin artmasına hem de sağlık kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (18).

Bu yüzden sağlık okuryazarlığı çalışmalarında temel amaç; toplumu, sağlığı geliştirici programlara ikna etmek ve sağlık düzeyini daha iyi hale getirmek için öncelikle sağlık okuryazarlığını geliştirmektir (19). Bunun için ise sağlık kurumunda konu ile ilgili örgütsel yapı yeniden tasarlanmalı, kurumsal politikalar geliştirilmeli ve protokoller hazırlanmalıdır. Sağlık okuryazarlığı önemli bir politika konusu olarak değerlendirilmeli; politikacılar, sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları yöneticileri, sağlık hizmetini finanse eden kurumlar ve hastalar açısından önemi vurgulanmalıdır. Sağlığa ayrılan kaynakların verimli kullanımında, kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında dikkatlerin sağlık okuryazarlığı üzerinde olması beklenmelidir (19).

Sağlık Okuryazarlığının Tarihçesi

İlk kez Simond tarafından 1974 yılında kullanılan sağlık okuryazarlığı kavramı, "Health Education as Social Policy" adlı bir makalede; sağlık sistemi, kitle iletişim araçları ve eğitim sistemini etkileyen bir politika konusu olarak ele alınmıştır. Söz konusu makalede, tüm okul düzeylerinde sağlık okuryazarlığının minimum standartlarının belirlenmesinden bahsedilmiştir. Yaklaşık yirmi yıl kadar üstünde durulmayan bu kavram, 1990'lı yıllarda yeniden tartışılmaya ve tanımlanmaya başlanmış, sağlık davranışları ve sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini ortaya koyan çalışmalarla halk sağlığının önemli konuları arasında yer almıştır (3,20). Daha sonra 2000'li yıllarda tekrar gündeme gelen sağlık okuryazarlığı kavramı; başta Avrupa olmak üzere birçok ülkede, profesyonel olarak tanımlanmış, sınıflandırılmış ölçüm yöntemleri geliştirilmiş ve politika haline getirilmiştir (7,20). Çalışmalar

artıkça elde edilen sonuçlar da değişiklik göstermeye başlamıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesini hızlandıracak ya da sağlık kalitesinin yükselmesini engelleyecek etmenler daha iyi anlaşılmıştır. Farkına varılan diğer bir nokta ise, sağlık okuryazarlığı modellerinin eksik ve gelişim başarısının düşük olduğudur (21). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı (SB), sağlık sektöründe politika oluşturma, programları yürütme ve sağlık hizmetlerinin doğrudan sağlanması yoluyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanmasından sorumlu ana hükümet organıdır. Bu doğrultuda sağlık sistemi analiz edildiğinde birinci basamak sağlık hizmetleri iyi organize edilmiş, herkes tarafından erişilebilir ve etkili olmuştur. Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler, hastaneye yatan ve bakım tedarik eden hizmetlerin en büyük kamu sağlayıcılarıdır. Özellikle 2003 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile hastaların hakları, tedavilerinin her aşamasında bilgilendirilmesi ve bilgilendirilmiş onam alınması, sağlıkla ilgili gelişmelerde daha aktif olması, hastaların sağlığı ile ilgili kararların bir parçası olma isteğini artırmıştır. Bu gelişme doğrultusunda sağlık sistemi içerisinde hastalar, birçok formu okumak, anlamak, doldurmak ve imzalamak zorundadırlar. Dolayısıyla sağlık literatürü, sağlık hizmeti sunucularının gündeminde yer almayan önemli bir konudur. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi, Türkiye'de ihmal edilen bir alandır ve bu konuda araştırma çok nadirdir. Yayınlanan literatürlerin çoğu özel sağlık konularındaki bilgilere dayanmaktadır ve sağlık okuryazarlığı genel okuma yazma seviyesine denk kabul edilmektedir (7,22). Bu bilgileri destekleyecek çalışma; 2009-2012 yılları arasında, 12 bölge 23 farklı ilde 4924 kişide, Tanrıöver ve arkadaşları tarafından Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı çalışması yapılmıştır. Bu çalışmanın çıktılarına göre, Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Değerlendirme sonucunda, toplumun %24,0'nin yetersiz, %40,1'inin sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Yani, yaklaşık 35 milyon birey yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyindedir (5,23).

Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığı en yalın haliyle "uygun sağlık kararları için gerekli olan temel sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesi" olarak ortak bir tanıma sahip olsa da

son yıllarda daha geniş tanımlar popülerlik kazanmakta ve insanların sağlığını geliştirici yönde yelpazesini genişletmektedir. Bu kapsamda Nutbeam'in sağlık okuryazarlığı modeli üç seviyeyi belirtir (24).

Temel / İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık bilgileri, mesajları ve sağlık koşulları, hizmetleri ve sistemleri hakkında bilgi sahibi olmak için temel okuma ve yazma becerilerini içerir (3,25).

İletişimsel / Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı: Sosyalleşebilme becerisi ile birlikte bilgi toplamak, farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmak ve değişen koşullara adapte olmak, başkalarıyla bilgi paylaşmak ve tartışmak için yüksek düzeyde iletişimsel ve sosyal etkileşimi kapsayan daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerileridir (3,25). Yapılan çalışmalar bize göstermiştir ki sosyal statüsü iyi olan, yöneticilik gibi meslek grubuna mensup bireyler bile sağlıkla ilgili önemli derecede bilgiye sahip ancak sağlık okuryazarlığı davranışı geliştirmekte yetersiz kalmaktadır. Bunun çözümü için öne sürülen hedeflerden en önemlileri; bilgi işleme becerilerini geliştirme, açık iletişimi teşvik etme bilincini ve yeteneğini artırma çalışmalarıdır (26). Bu da İletişimsel / Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin artması ile gerçekleşebilir.

Kritik Sağlık Okuryazarlığı: İşlem hızı ve çalışma belleği gibi bilişsel yetenekler sağlık okuryazarlığının parametrelerindedir. Öğrenim düzeyi yetişkinlik döneminden sonra tipik olarak seyretse de kişinin belirli bir yaşa kadar artan bilişsel yetenekleri doğru kanalize edildiğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi artırılabilir (18). Kritik Sağlık Okuryazarlığı da bu doğrultuda geliştirilmiş okuryazarlıktır. Sosyal becerilerle birlikte bilgiyi eleştirel analiz etmek, olayları, durumları kontrol altına almak için kullanılan daha gelişmiş bilişsel becerileri kapsar (3,25).

Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi

Temel okuma-yazma düzeyi, sosyal statü, cinsiyet, eğitim, göçmen köken, doktora yapılan ziyaretlerin sıklığı, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösteren sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetinden yararlanma düzeyini ve sağlık çıktılarına büyük oranda etkilemesine karşın, düzeyinin ölçülmesinde en uygun yöntem hakkında ortak bir görüşe varılamamıştır (20,24). Yaygın olarak kullanılan testler ise;

Türkçe'ye uyarlanmış ölçekler,

- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini),
- The Test of Functional Health Literacy in Adults – TOFHLA (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık, Okuryazarlığı Testi (YİSOT),
- Newest Vital Sign Test – NVS (En Yeni Hayati İşaret Testi),
- Instrument for Assessment of Health Literacy (Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği),
- HALS (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Testi),
- eHEALS (Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Testi)

Türkçe geliştirilmiş ölçek,

- Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ),

Türkçe'ye uyarlanmamış ölçekler ise;

- Short Assesment of Health Literacy for Spanish - Speaking Adults (SAHLSA),
- Medical Achievement Reading Test (MART),
- Health Literacy Screening Questionnaire ölçekleri mevcuttur (7,27).

Bu testlerden yaygınlığı en çok olan REALM, sözcük dağarcığı alanını ölçen 66 maddelik bir kelime tanıma ve telaffuz testidir. Bir diğer sık kullanılan test TOFHLA ise; sağlıkla ilgili materyalleri okuma yeteneğinin hasta için geçerli, güvenilir bir göstergedir. Özellikle sayısal ve sözel anlama becerileri üzerine yoğunlaşmış okuma akıcılığını ölçen bir değerlendirme testidir. Bireyin okuryazarlık becerisini ölçmekten ziyade sağlık sistemini anlayıp düzgün iletişim kurma becerisiyle ilgilidir. Bu testte düz yazı şeklinde okuma ve kavrama bölümü bulunmaktadır. Ancak fonksiyonel sağlık okuryazarlığının yaygınlığını ve bunun sağlık deneyimi üzerindeki etkisini belirlemek için ek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (20,28).

Newest Vital Sign Test (NVS) de belge becerileri ve yüzde hesabı yeterliğiyle birlikte sayısal becerilerine dayalıdır (29).

Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Testi (HALS), Kanada'da geliştirilmiş Ulusal Okuryazarlık Aktiviteleri Ölçeği'den (NALS) esinlenerek sağlığa ilişkin okuryazarlığı ölçen bir araçtır. Sağlıkla ilişkili beş alanda (sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımının sürdürülmesi ve gerekli hizmetlere erişim) düzyazı, sayısal ve belge okuryazarlığını

değerlendiren maddeleri içermektedir. Uzun olması kullanım yaygınlığını düşürmektedir. Her ne kadar sağlık okuryazarlığını kapsamlı bir biçimde değerlendirmek gerekse de klinik ortamlarda hastaların sınırlı süre içinde hızlıca kapasitelerini belirlemek için kısa pratik ölçümlerin yapılmasına da aynı oranda ihtiyaç bulunmaktadır.

Bireyin kendi bilgi ve becerilerini algılamasına dayalı bir öz bildirim aracı olan eHALS ise; kişinin klinik karar verme, sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme için uygun davranışların oluşturulmasında bilgiyi kullanma becerilerinin tahmini olarak belirlenmesi için tasarlanmıştır. Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Testi'nin kısıtlılığı ise; toplumun tamamını değil yalnızca internet kullanıcı kesimini değerlendirmesidir. Genellikle kronik hastalıklarda öz bakımı değerlendirmede kullanılır (5,27).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmede ortak kullanılan tek bir ölçek bulunmamaktadır. Günümüzde sağlık okuryazarlığı düzeyini daha net tespit edebilmek için; kolay anlaşılır, kısa zamanda uygulanabilen ve güvenilir ölçüm araçları geliştirilmelidir (20).

Sağlık Okuryazarlığında Hemşireliğin Rolü

Sağlık okuryazarlığı kapsamında bilgiye ulaşma adımları; ilgili bilgiyi edinmek, bu bilgiyi anlamak ve amaca ulaşmak için bilgiyi kullanabilmektir. Bilgilendirme ve tavsiye kaynakları ise; genellikle hemşire, internet, sosyal medya, kitaplar, aile ve arkadaşları içerir (30). Bu konuda özellikle hemşirelik profesyonelleri sağlık hizmeti sunucularının en büyük gruplarını oluştururlar. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri ve hasta eğitimi daima hemşirelik bakımının bağımsız ve özsel bileşenleri olmuştur. Hasta eğitimi ve etkili iletişim, hemşirelik mesleğinin temel unsurları olduğu için; direkt hasta bakımı ve sağlık hizmetleri sunumunda, dolayısıyla sağlık okuryazarlığı ve sağlık-bakım kalitesinin artmasında hemşirelik mesleği önemli bir rol oynamaktadır. Bir hastanın sağlık okuryazarlığına ilişkin farkındalık; hasta bakımı, güvenlik, eğitim ve danışmanlığın ayrılmaz bir parçasıdır. Hemşirelerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, hasta iletişimini önemli ölçüde değiştirebilir ve tıbbi bakımdan beklenen faydaları engelleyebilir. Öte yandan hemşireler var olan gücüyle bakım ilkelerini somutlaştırır ve sağlık

okuryazarlığında daha güçlü bir etkiye sahip olur. Politika, araştırma ve pratik alanda sağlık okuryazarlığına önemli ölçüde katkıda bulunabilirler. Özellikle pratik alanda; politika ve prosedürlerin yokluğunda hemşirelerin liderlik pozisyonu olarak araştırma temelli uygulamaların en iyisini ortaya çıkardıkları görülmüştür (31).

Bu yüzden, hemşirelerin sağlık okuryazarlığı hakkında ne bildiklerini yoğun bir biçimde araştırmak gerekir. Böylelikle hemşirelik uzmanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha iyi anlaşılması, konuyla ilgili eğitimde yol gösterebilir ve düşük sağlık okuryazarlığının hasta iletişimi ve bakımını iyileştirmeye yönelik engelleri belirlenebilir (29,32). Hemşireler sahip oldukları gücün farkına varıp sağlık okuryazarlığını anlamak, hasta ve ailelerin sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek çabası içinde olmalıdır. Bunu başarabilmesi için hemşirelerin planladığı eğitimler öz bakım çerçevesinde sınırlı kalmamalı, kalıcı sağlık okuryazarlığı hakkında basit ve anlaşılır eğitimler planlamaları gerekmektedir (33). Zira sağlık bakımında bu denli kritik, merkezi bir rol oynayan meslek grubu olmak sağlık okuryazarlığına en büyük katkıyı sağlayabilmek anlamına gelir (31).

Bu amaç doğrultusunda verilen hemşirelik eğitiminin temel amaçlarından biri, sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek için hemşirelik müfredatında sağlık okuryazarlığına daha fazla yer vermek olmalıdır. Bu aşamada yapılacak araştırmalar hemşireler için eğitim stratejilerinin oluşturulmasına ve artan sağlık okuryazarlığının hasta sağlığı sonuçlarını nasıl artırabileceğine yer verilmelidir (29,32).

Sonuç

Gün geçtikçe yaygınlaşmakta olan sağlık okuryazarlığı; kişilerin okuma yazma durumu ve sağlık bilinci ile doğru orantılıdır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar, benimsenen politikalar, uygulanan projeler, kabul edilen ölçekler arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi artacaktır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça da sağlık bilinci, bakım kalitesi artacak, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe ve zaman orantılı olarak azalacaktır.

Bu amaç doğrultusunda sağlık bakımının kilit noktası olan hemşirelere, diğer sağlık personellerine, sağlık politika uygulayıcılarına ve sağlık talebinde bulunan kesime daha fazla iş

düşmektedir. Hemşireler de kendi payına düşen bu sorumluluğu; araştırarak, eğitimler vererek, hasta iletişiminde daha hassas yaklaşımlar sergileyerek yerine getirmelidir. Bu hedef doğrultusunda araştırmalar, metotlar, geliştirilen hemşirelik modelleri, kabul edilen evrensel önlemler yaklaşık son yirmi yılda ivme kazanmıştır.

İletişim: Sibel Karaca Sivrikaya

E-posta: skaracakaya35@hotmail.com

Kaynaklar

1. Cajita MI, Denhaerynck K, Dobbels F, Berben L, Russell CL, Davidson PM et al. Health literacy in heart transplantation: Prevalence, correlates and associations with health behaviors - Findings from the International Bright Study J Heart Lung Transplant 2017 Mar;36(3):272-79.
2. Quaglio G, Sorensen K, Rübige P, Bertinato L, Brand H, Karapiperis T et al. Accelerating the health literacy agenda in Europe. Health Promot Int 2016 April 20;32(6):1074-80.
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000 September 1;15(1):259-67.
4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008 Oct 25;67(12):2072-8.
5. Çopurlar KC, Kartal M. What is health literacy? How to measure it? Why is it important? TJFMPC 2016 03 15;10(1):42-7.
6. Aronis NK, Edgar B, Lin W, Martins MA, Paasche-Orlow MK, Magnani JW. Health literacy and atrial fibrillation: relevance and future directions for patient-centred care. Eur Cardiol, 2017 Sep 19;12(1):52-7.
7. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? DEUHFED 2016 October 01;9(4):142-7.
8. Sorensen K, Pelikan Mj, Röthlin F, Ganahl K, Slonska S, Doyle G et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). Eur J Public Health 2015 Apr 5;25(6):1053-8.
9. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Education [Internet]. 2006;6:1-59. Erişim Tarihi: 27 Haziran 2017. URL: <https://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>
10. Taş AT, Akış N. Sağlık okuryazarlığı. STED. 2016 04 22;25(3):119-24.
11. Scott SA. Health literacy education in Baccalaureate Nursing Programs in the United States. Nurs Educ Perspect. 2016 May-Jun;37(3):153-8.
12. Goeman D, Conway S, Norman R et al. Optimising health literacy and access of service provision to community dwelling older people with diabetes receiving home nursing support. J Diabetes Res. 2016 August 3;2016; Article ID 2483263, 12 pages.
13. Dewalt D, Nancy D, Sheridan S. et al. literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. J Gen Intern Med 2004 Dec;19(12):1228-39.
14. Hahn EA, Magasi SR, Carozzi NE et al. Health and functional literacy in physical rehabilitation patients. Health Lit Res Pract. 2017 April 5;1(2):71-85.
15. Robinson BM. Evaluating the role of health literacy in communities: A review of community health needs assessments of Georgia Hospitals [Public Health Capstone Projects]. Atlanta, Georgia: Graduate Faculty of Georgia State University; 2017.
16. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Prev. Med. Bull. 2016 Mar 26;15(1):69-74.
17. Kendir C, Akkaya K, Arslantaş İ, Kartal M. Health literacy of students who applied to Medical and Nursing Faculty in Dokuz Eylül University. TJFMPC. 2017 05 29;11(3):144-51.
18. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. BMC. 2012 March 16;344(1602):1-10.
19. Erdağ GÇ. Sağlık Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A, editörler. Sağlığın Temel Belirleyicisi Olarak Sağlık Okuryazarlığı. 3. Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. 2015. s. 1-14.
20. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. TAF Prev. Med. Bull. 2014;13(4):327 - 34
21. Neuhauser L. Integrating participatory design and health literacy to improve research and interventions. Information Services & Use. 2017;37(2):153-76. DOI 10.3233/ISU-170829.
22. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. Health Educ Res. 2010 January 15;25(3)464-77.
23. Tanrıöver M, Yıldırım HH, Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Sağlık okuryazarlığı çalışmaları: Sınırlı sağlık okuryazarlığının prevalansı ve sonuçları. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Birinci Baskı. Sağlık-Sen Yayınları Ankara. 2014;21-7.
24. McCaffery KJ, Holmes-Rovner M, Smith SK et al. Addressing health literacy in patient decision aids. BMC. 2013 November 29; 13(Suppl 2):10.
25. Kennard DK. Health literacy concepts in nursing education. Nurs Educ Perspect. 2016 Mar-Apr;37(2):118-9.
26. Fiedler S, Pfortner TK, Nietzsche A, McKee L, Pfaff H. Health literacy of commercial industry managers: An exploratory qualitative study in Germany. Health Promot Int. 2017;32(5):1-11.
27. Berens E, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: Results of a cross-sectional survey. BMC Public Health [Internet]. 2016;1-8. Erişim Tarihi: 05.07.2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3810-6>.
28. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults. J Gen Intern Med. 1995 Oct;10(10):537-41.
29. Connell AM, Fry-bowers EK. Knowledge and perceptions of health literacy. Among nursing professionals. J Health Commun. 2011 Sep 27;730(16): 295-307.
30. Johnston R, Fowler C, Wilson V, Kelly M. Opportunities for nurses to increase parental health literacy: A discussion paper. Issues Compr Pediatr Nurs. 2015 Sep 14;38(4):266-81.
31. Mayer G, Villaire M. Health literacy: An opportunity for nurses to lead by example. Elsevier Inc., 2011 Mar-Apr;59(2):59-60.
32. Dickens C, Lambert BL, Cromwell T. et al. Nurse overestimation of patients' health literacy. J Health Commun. 2013 Oct 4;18(Suppl 1):62-69.
33. Masoompour M, Tirgari B, Ghazanfari Z. Investigating the relationship between health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with diabetes. Int J Evid Based Healthc. 2017 09 13;7(3):17-25.



Gönüllü Sterilizasyonda Eş Onayı: Bir Üreme Hakkı İhlali mi?

Spousal Consent to Voluntary Sterilization: Does It Constitute a Violation of Reproductive Right?

Tuğba Dündar¹, Sevgi Özsoy²

DOI: 10.17942/sted.458654

Geliş/Received : 10.09.2018

Kabul/Accepted : 07.04.2019

Öz

Üreme hakları bireylere, üreme yeteneğine, bu yeteneği ne zaman ve nasıl kullanacaklarına karar verme özgürlüğü sağlar. Temel insan haklarından destek alınarak Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu tarafından belirlenen on iki üreme hakkı, üreme sağlığı/cinsel sağlık hizmetlerinin yaşam boyunca herkese eşit bir biçimde sunulmasını önemser. Bu haklar kapsamında sağlanan hizmetlerden biri, aile planlaması hizmetlerinden olan gönüllü sterilizasyonun herkese sunulmasıdır. Eşin, gönüllü sterilizasyon için izin vermesinin gerekliliği, kadının üreme haklarından olan özgürlük, eşitlik, çocuk sahibi olup olmamaya ve zamanlamasına karar verme hakkı gibi bir takım haklarının ihlaline neden olmaktadır. Oysaki bir kadının kendi yaşamı ile ilgili karar verebilmesi, üreme kararı üzerinde kendi kararlarını verebilmesi ile yakından ilgilidir. Gönüllü sterilizasyonda eş imzası aslında hem kadın hem de erkek için üreme hakları ihlaline neden olmaktadır. Ancak ülkemizde tüp ligasyonu ve vazektomi oranlarına bakıldığında, vazektomi oranının çok düşük olduğu, tüp ligasyonun ise sık kullanılan yöntemler arasında yer aldığı görülmektedir. Bu durum teorik olarak var olmakla birlikte uygulamada erkeklerin herhangi bir mağduriyet yaşamadıklarını göstermektedir. Bu nedenle bu derlemede, ülkemiz yasalarındaki gönüllü sterilizasyonun mevcut durumu ele alınarak kadının üreme haklarının ihlaline olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: kısırlaştırma, reproduktif; üreme hakları; insan hakları ihlalleri

Abstract

Reproductive rights provide individuals with the freedom to decide on their reproductive ability and when and how to use this ability. Twelve reproductive rights, determined by the International Planned Parenthood Federation getting support from fundamental human rights attach importance to ensuring the provision of reproductive health/sexual health services equally to every individual throughout their lives. One of the services provided under these rights is to make voluntary sterilization, which is a family planning service, available to everyone. The requirement of the spouse's consent to voluntary sterilization causes the violation of the woman's certain reproductive rights such as freedom, equality, the right to decide whether and when to have a child. But, the ability of a woman to decide about her own life is closely related to her reproductive freedom. In fact, the spouse's consent to voluntary sterilization leads to the violation of reproductive rights for both men and women. However, when the tubal ligation and vasectomy rates in our country are examined, it is seen that the vasectomy rate is very low and tubal ligation is among commonly used methods. Although this status exists in theory, it reveals that males don't experience any kind of adversity in practice. For this reason, in this review, it was aimed to examine the current situation of voluntary sterilization under the laws in our country and to investigate its influence on the violation of women's reproductive rights.

Key words: Tubal ligation, Reproductive rights, Human rights violations

1 Arş. Gör.; Aydın Adnan Menderes Ü. Hemşirelik Fak. Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Aydın (Orcid No: 0000-0002-6693-0820)

2 Doç. Dr.; Aydın Adnan Menderes Ü. Hemşirelik Fak. Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Aydın (Orcid No: 0000-0002-8851-8140)

Giriş

Bireylerin, üreme yeteneğine, bu yeteneği ne zaman ve nasıl kullanacaklarına karar verme özgürlüğüne sahip olmaları "üreme hakları" ile ifade edilmektedir (1). Üreme hakları, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Konferansı (1993), Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, Birleşmiş Milletler Sosyal Kalkınma için Dünya Zirvesi ve Birleşmiş Milletler 4. Dünya Kadın Konferansı olmak üzere dört toplantıda gündeme gelmiştir (2). Bu haklar, yaşama hakkı, özgürlük hakkı, eşitlik hakkı, mahremiyet hakkı, düşünce özgürlüğü hakkı, bilgilendirme ve eğitim hakkı, evlenme ve aile kurma konularında seçim yapma hakkı, çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı, sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı, bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı, toplanma özgürlüğü ve siyasete katılma hakkı, işkence ve kötü muameleden özgür olma hakkıdır (1).

Üreme hakları, hem temel insan hakları hem de uluslararası ve bölgesel insan hakları sözleşmelerinde korunan bir dizi temel insan hakları güvencesine dayanmaktadır. Bu haklar, hem çiftlerin hem de bireylerin, istedikleri zamanda ve sayıda çocuk sahibi olabilmelerini özgürce ve sorumlu bir biçimde belirleyebilmeleri, gerekli bilgi, eğitim ve materyallere sahip olmaları, en yüksek cinsel standartlara ulaşma haklarının tanınması, ayrımcılık, baskı ve şiddetten kurtulma, üreme sağlıkları ile ilgili karar alma hakkını ele almaktadır (3). Türkiye de, uluslararası düzeyde olan bu toplantılarda alınan kararların altına imza atarak, üreme sağlığı/cinsel sağlık hizmetlerinin tüm bireylere yaşam boyunca eşit bir biçimde sunulmasının öncelikli bir insan hakkı olduğunu kabul etmiştir (4). Bu bağlamda ülkemiz, yasalarında, kadına karşı şiddetin önlenmesi, kadın-erkek eşitliği, doğum izinlerinin artırılması, cinsel istismar gibi pek çok konuda üreme hakları ve cinsel hakları da içeren yasal düzenlemeler yapmıştır (5).

Üreme hakları bireylerin yaşama haklarını da ilgilendiren haklardır. Bireylerin üreme sağlığı/cinsel sağlığa yönelik bilgilendirilmemeleri, hizmet sunumunun yetersiz olması ya da hizmet ve tedaviye ulaşamaması, yasal düzenlemelerde eksiklikler bulunması bazı hastalıklara, ölümlere ve nihayetinde üreme haklarından yetersiz yararlanılmasına yol açabilmektedir (5). Örneğin,

üreme sağlığı/cinsel sağlık hizmetleri ve hakları çerçevesinde kadınlar ve erkekler istedikleri aile planlaması yöntemini seçme, bu konuda bilgi sahibi olma, yöntemlere ulaşabilme hizmetlerini almalıdır. Bu sayede bireylerin, üreme ve cinsel yaşamda sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı, bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı, çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı, eşitlik hakkı ile bilgilendirme ve eğitim hakkına ulaşmış olmaları sağlanır. Ancak ülkeler, bireylerin bazı yöntemlere ulaşımını kolaylaştırıp bazı yöntemlere ulaşımı kısıtlayarak, yasal düzenlemelerle bir takım şartlar getirip kadın ve erkeğin bahsedilen haklarından yararlanmalarını kısıtlayabilir. Ülkemizde gebeliğin sonlandırılması ya da gönüllü sterilizasyon işleminin yapılmasında eş imzası şartı bulunması bu konuya örnek olarak verilebilecek bir durumdur (5). Yani, bir kadının aile planlaması yöntemlerinden olan tüp ligasyonu yaptırabilmek ya da kendi bedeninde oluşan istemediği bir gebeliği sonlandırabilmek için eşinin izni olması gerekmektedir. Bu gibi durumlar, kadının kendi bedeni üzerinde söz sahibi olmasını, doğurganlığı üzerinde karar verme hakkını sınırlayarak, hem insan haklarına hem üreme haklarına aykırı bir durum oluşturabilir.

Gönüllü sterilizasyon, bireyin çocuk yapma yeteneğini yok etmek amacıyla yapılan tıbbi bir müdahaledir. Birey bu müdahale sonucu üreme yeteneğini kaybeder (6). Tüplerin bağlanması ve vazektomi olarak uygulanan gönüllü sterilizasyon, geri dönüşümsüz aile planlaması yöntemleridir. Tüplerin bağlanması, kadında ovumu taşıyan fallop tüplerinin kapatılmasıdır. Vazektomi, erkeklerde spermleri taşıyan kanal olan vas deferensin kesilmesidir (7). Geri dönüşümsüz yöntemler olarak adlandırılan bu iki yöntem için ulusal ve uluslararası düzeyde bazı yasa ve yönetmelikler mevcuttur. Bireylerin yöntemlere karar verme ve yöntemi uygulama süreci ile ilgili olan bu yasa ve yönetmelikler üreme hakları kapsamında düzenlenmektedir.

Gönüllü Sterilizasyonda Yasal Durum

Gönüllü sterilizasyon, bir ülkenin aile planlaması ya da nüfus programının bir parçasını oluşturur ve bu programı açıklayan yasalarda, yönetmeliklerde yöntemin uygulanmasına ilişkin şartlar belirtilir. Sterilizasyon ile ilgili ulusal yasalar ve politikalar bir ülkeden diğerine farklılık gösterebilir. Aynı

zamanda bir ülkede yaşayan farklı insan grupları için de farklılıklar gösterebilir. Oluşturulan yasa ve yönetmelikler, herhangi bir sağlık hizmetini yasaklayabilir, izin verebilir ya da hizmet alımından önce bazı koşulların yerine getirilmesini isteyebilir. Ülkeler bireylerin üreme haklarına saygı duyulması, haklarının korunması ve yerine getirilmesini sağlamak için yasalarında bazı düzenlemeler yapmıştır. Ülkelerin yasalarına bakıldığında da kontraseptif amaçlı sterilizasyon için farklı kriterler oluşturdukları, her ülkede aynı kriterler olmadığı görülmektedir. Yasalarda özellikle sterilizasyon için yaş ve sahip olunan çocuk sayısı gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Örneğin, bireyin gönüllü sterilizasyon uygulaması yaptırabilmesi için Brezilya'da en az 25, Finlandiya'da 30, Rusya'da 35 ve Macaristan'da 40 yaşında olması gerekmektedir. Bunun yanı sıra eğer belirtilen yaşlardan küçük bir yaşta ise de sayısı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte işlem öncesi mutlaka çocuğu olmalıdır. Hindistan'da ise işlemin yaşı kadın ve erkek için ayrı tutulmuş olup kadında 20, erkekte 25 yaş minimum yaş olarak belirlenmiştir (8). Ayrıca Dominik Cumhuriyeti ve Panama'da sterilizasyonu düzenleyen yasalar yalnızca kadınlar için geçerli olup erkeklerle ilgili bir yaklaşım bulunmamaktadır. Bunların yanı sıra Brezilya, Şili, Ekvador, Guatemala, Honduras, Japonya, Nijer, Ruanda ve Türkiye'de gönüllü sterilizasyon uygulaması için eşten izinli onay istenmektedir (8).

Sterilizasyonla ilgili olarak yukarıda bahsedilen ülkelerin farklı uygulamaları, evrensel olarak kabul görmüş üreme haklarından hem ülke hem de cinsiyet bazında herkesin eşit yararlanmadığını da göstermesi yönünden önem taşımaktadır. Yöntemin uygulanması için belli bir yaş sınırı ya da çocuk sayısı sahibi olma şartlarının bulunması, bazı ülkelerde erkeğe işlemin uygulanmaması bir kadın açısından bazı hak ihlallerine neden olmaktadır. Eşin, tüp ligasyon için izin vermesinin gerekliliği kadının üreme haklarının içerisinde yer alan özgürlük, eşitlik, mahremiyet, çocuk sahibi olup olmamaya ve zamanlamasına karar verme, sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması ile her türlü ayrımcılıktan özgür olma hakkının ihlaline neden olmaktadır (1-3,5,9). Bir kadın, üreme kararı üzerinde belirleyici olabilirse kendi yaşamı ile ilgili kararlarda da belirleyici olabilmesinin yolunu açmış olur. Kadınlar üreme özelliklerinden dolayı, gebelik, doğum, loğusalık, aile planlaması

yöntemlerinin yan etkileri gibi yaşamlarını etkileyen birçok dönem geçirirler. Bir kadının üreme fonksiyonu ile ilgili bireysel düşüncesi, mevcut durumda var olan evliliği ya da devletin yasaları ile uyum içinde olabileceği gibi çatışabilir. Kadının uzlaşma ya da çatışması, hem kadının ataerkil sistemin değer ve kurallarını ne kadar kabullendiği hem de çatışma durumunda göreceği desteğe bağlıdır (10).

Bu konuda halen yürürlükte bulunan bazı kanunlarımızda şöyle ifadeler yer almaktadır: "...*Sterilizasyon ameliyatı, tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılır...*" (NPHK Madde 4, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük Madde 10) (11), "...*rızaları aranılacak kişiler evli iseler, sterilizasyon ya da rahim tahliyesi için eşin de rızası gerekir.*" (NPHK Madde 6) (12).

Mevcut yasal düzenlemeler gereği ülkemizde, tüp ligasyon için on sekiz yaşından küçük olan kadınlarda ebeveynin izni, resmi olarak evlenmiş kadınlarda eş izni gerekmektedir. Reşit olan bekâr kadınlarda ise bu işlemler için cinsel partnerin iznine gerek yoktur. Aile planlaması yöntemlerinden sterilizasyon dışındaki diğer tüm gebeliği önleyici yöntemler ve acil kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanımı konusunda ise kadın tek başına karar verir, eşinin rızasının alınmasına gerek yoktur (2,5). Yasal düzenlemelerin kadının kendi bedeni üzerindeki karar verme hakkını başka bir kişinin iznine (eş, vasi vb.) bağlaması, kadınlarının üreme haklarını kullanmalarına engel oluşturabilmektedir (5). Ayrıca Barselona Deklerasyonu anne haklarını tanımlarken ilk maddede şöyle der (13):

"Annelik özgür bir seçim olmalıdır. Her kadın çocuk sahibi olmak için en iyi zamanlamaya, sahip olmak istediği çocuk sayısına ve doğumlar arası bekleme süresine karar verme hakkına sahiptir. Her kadın için etkin doğum kontrol yöntemleri erişilebilir olmalıdır."

Yukarıda belirtilen maddeye bakıldığında bir kadının gebelik isteyip istememe seçiminde kendi hür iradesi ile karar vermesinin altı çizilmektedir. Yani eşinin ya da başka bir kişinin onayına gerek duyulmamaktadır. Oysaki halen yürürlükte olan NPHK'ya göre evli kadınlar eş onayı olmadan

tüplerini bağlatamamaktadır. Aslında ülkemizin yasalarında medeni durumu ne olursa olsun, bireylerin çocuk sahibi olmalarını zorlayıcı bir hüküm yoktur. Ancak evlilik özel bir hukuksal ilişki barındırır ve bir nevi eşler arasındaki bir sözleşmeyle kurulur. Evlilik sırasında çocuk sahibi olmak isteme ya da istememe ile ilgili sorunlar, eşlerden birinin bu isteğe olumsuz yaklaşımı ile ortaya çıkar. Kadın ve erkeğin eşit olduğu ilkesine göre, taraflardan biri istemiyorsa, eşinin çocuk istemini karşılamak zorunda değildir. Ancak kanunlar karşısında eşler, evlilik birliğinin mutluluğunu birlikte sağlama yükümlülüğüne sahiptir. Bu noktada eşlerden birinin çocuk sahibi olma isteğini diğer eşle paylaşması ve olumlu karşılık alması evlilik birliğinden doğan bir yükümlülük olarak görülmelidir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta kadın için yeni bir gebeliğin, doğumun sağlık sorunlarına neden olabileceği durumlardır (14). Bu gibi durumlarda kadının rızasının ön planda tutulması, istemediği bir gebeliğe sahip olması ve sürdürmesinin önüne de geçebilecektir.

Sterilizasyon işleminin, hukuka uygun olabilmesi için bireyin, ayrıntılı bir biçimde aydınlatılması, en geç işlemde önce rızasının alınması, reşit olması ve evli ise eşinin de yazılı olarak rızasının alınması gereklidir (15). Bu konuda, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün 15. Maddesi "İzin belgeleri, 13. maddede sözü edilenlere, rahim tahliyesi ve sterilizasyon için başvurduklarında imzalatılır. Eşin, ya da vasiinin gelmemesi halinde, bunların sterilizasyon ya da rahim tahliyesine izin verdiklerine ilişkin yazılı ve imzalı belge yeterli sayılır. Belgelyi getiren, imzanın sahibine ait olduğunun hukuki sorumluluğunu kabul ettiğine ilişkin bir belgeyi de imzalamak zorundadır." ve NPHK 5. Maddesi "... sterilizasyon ve rahim tahliyesini kabul edenlerden istenilecek izin belgesinin şekli ve doldurulma esasları, bunların yapılacağı yerler... ile ilgili hususlar çıkarılacak tüzükte belirtilir." ifadelerine yer vermektedir.



Fatma Küçükşahin STED Fotoğraf Yarışması Arşivinden

Bedenine sahip olma hakkı, güvenli bir biçimde yaşama hakkının önemli bir unsurudur. Kişinin kendi bedeni üzerinde sahip olduğu haklar bu hak çerçevesinde koruma altına alınır. Ancak Nüfus Planlaması Kanunu ile Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'te, sterilizasyon konusunda bireyin bedene sahip olma hakkı açısından etik ve yasal tartışmalara neden olabilecek hükümler bulunmaktadır. Buna göre; sterilizasyon yöntemleri (tüpligasyon ve vazektomi) temelde bireyin talebine bağlı olsa da birey, yasal olarak evli ise, eşinin de uygulamaya izin vermesi gerekmektedir. Bu konuda istenen eş imzası, yukarıda belirtilen üreme hakları ve kişinin kendi bedene sahip olma hakkı ile bağdaşmamaktadır. Esas olan, bireyin tek başına karar verebilecek durumda olması (reşit olmak, mental rahatsızlık olmaması vb.) halinde bedeni konusunda tek başına karar verici olmasıdır. Bu tarz bir sınırlama hem bireyin beden bütünlüğü konusunda karar verme hakkını sınırlamakta hem de üreme hakları açısından önemli sorunlar oluşturmaktadır. Örneğin, üreme haklarından biri olan bireylerin diledikleri zaman ve aralıkta çocuk sahibi olabilmeleri hakkı (5) ve sağlık bakımı alma hakkı ile bağdaşmamaktadır.

Cinsel yaşam ve üremede mahremiyet hakkı, bilgilerin gizliliği, beden mahremiyeti ile kendini ifade ve geliştirme hakkı olarak üç ana ekseninde incelenebilir. Tıbbi işlemlerin bireyin onamı olmadan uygulanmaması, bilgilendirildikten sonra izin verdiği işlemlerin (tıbbi sakınca olmadıkça) uygulanması, beden mahremiyeti hakkının bir sonucudur. Bu bağlamda kadınların, sterilizasyon taleplerinin kabul edilmemesi beden mahremiyeti haklarının ihlal edilmesi anlamına gelmektedir (2). Örneğin, evli bir kadının tüp ligasyon yaptırabilmesi için gerekli olan eş imzasını alamaması, kadının beden mahremiyeti hakkının ihlaline neden olacaktır. Aynı zamanda kendi kararı ile izin vermiş olduğu tıbbi bir girişimden de mahrum kalmasına neden olacaktır. Bu da başka bir üreme hakkı olan bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkının da ihlal edilmesine yol açacaktır. Bu nedenle, bireyler bazı durumlarda, beden bütünlüğüne müdahale söz konusu olduğunda tek başına karar vermeli ve başka bir bireyin onayına gerek duyulmamalıdır. Tüp ligasyon uygulamalarında, yasaların kadının beden bütünlüğü ve çocuk sahibi olma istememe

hakkı ile ilgili oluşturduğu sınırlamalar, kadınların kendi beden bütünlükleri konusunda karar verme haklarını kullanmalarını engellemektedir (2). Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi (CEDAW)'nin birinci maddesi "*İşbu Sözleşme'ye göre Kadınlara karşı ayırım deyimi kadınların medeni durumlarına bakılmaksızın ve kadın ile erkek eşitliğine dayalı olarak politik, ekonomik, sosyal, kültürel, medeni ve diğer alanlardaki insan hakları ve temel özgürlüklerinin tanınmasını, kullanılmasını ve bunlardan yararlanılmasını engelleyen ya da ortadan kaldıran ya da bunu amaçlayan ve cinsiyete bağlı olarak yapılan herhangi bir ayırım, mahrumiyet ya da kısıtlama anlamına gelecektir.*" der. Bu maddedeki ifadeler kadının medeni durumunun göz önüne alınmadan erkek ile eşit haklara sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır. Sözleşmenin 12. maddesi ise "*Taraf Devletler, aile planlaması dahil sağlık bakım hizmetlerinden kadın ve erkeğin eşit olarak yararlanması için, sağlık alanında kadınlara karşı ayırımı ortadan kaldırarak bütün önlemleri alacaklardır...*" cümlelerini barındırarak kadınların aile planlaması hizmetlerinden erkeklerle eşit olarak yararlanması gerektiğini vurgular (16).

İnsan hakları, genellikle uluslararası ve bölgesel anlaşmalarda sözleşmeler ve tüzükler olarak, ulusal düzeyde ise anayasa ve yasalarda da yer almaktadır. Ulusal düzeydeki anayasa, yasa ve mahkeme kararları, ülkelerin onayladığı insan hakları standartlarının ulusal olarak tanınmasını sağlar. Ulusal yasalar genellikle cinsel sağlık/üreme sağlığı ile ilgili politika ve hizmetlerin ayrıntılandırılması için yasal çerçeveler sunmakta, bazen de sınırlamalar getirmekte, böylece hem olumlu hem de olumsuz etki yaratmaktadır. Uluslararası insan hakları standartları ve bunlara imza atan devletler, kadınların evli olmadıkları için ya da eşlerinin iznine sahip olmadıkları gerekçesiyle cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetlerine erişimini kısıtlamamalıdır (17).

Sonuç

Gönüllü sterilizasyon için evli bir kadının/erkeğin eşinin imzasının gerekmesi bir üreme hakkı ihlali olarak görülmektedir. Bu tarz bir uygulama hem kadının hem de erkeğin kendi bedeni üzerinde bir tek kendisinin söz sahibi olmasını engellemektedir.

Ancak evlilik birliği de göz önüne alındığında kadının tek başına karar vermesi olanaklı gibi görünmemektedir. Bu noktada yasal boyutta üreme hakları dikkate alınarak yeni düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ancak sağlık çalışanları, görevlerini yerine getirirken yasalar çerçevesinde hareket etmek durumundadır. Kadınların tüp ligasyon ya da erkeklerin vazektomi ile ilgili uygulama taleplerinde, uygulama hakkında bilgilendirilmesi, iyi bir danışmanlığın verilmesi, bedenleri hakkında karar verme hakları açısından önemlidir (2).

İletişim: Tuğba Dündar

E-posta: tugbadndr@gmail.com

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü . Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. 1. Baskı. Ankara; 2009.
2. Sert G. Vakalarla Türkiye’de Üreme Hakları. 1. Baskı. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; 2012.
3. United Nations Population Fund Organisation, Danish Institute For Human Rights, United Nations Human Rights. Reproductive Rights Are Human Rights A Handbook For National Human Rights Institutions. United Nations; 2014. 229 p.
4. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı. Şencan İ, Keskinç B, Sanisoğlu S, Kabasakal A, Çalışkan D, Aslantekin Özçoban F, et al., editör. Ankara; 2017. 200 p.
5. Sert G. Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme. 1. Baskı. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; 2013. 179 p.
6. Erbaş R. Türk ceza hukuku açısından kısırlaştırma. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası 2015;73(1):91–128.
7. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. Ankara; 307-309 p.
8. Engender Health. Law and Policy Highlights: In: Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends. First edition. 2002. p. 87–106.
9. Aşçı Ö, Gökdemir F. Etik yönleriyle üreme hakları ve cinsel haklar. Türkiye Klin J Obs Womens Heal Dis Nurs-Special Top 2017;3(3):151–62.
10. Özberk E. Nüfus Politikaları Ve Kadın Bedeni Üzerindeki Denetim. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Ankara; 2003.131.
11. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf> (14.04.2018).
12. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/mev/mev_tuz/rahim_tahliyesi.pdf (14.04.2018)
13. Atasay B, Arslan S. Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. Sted. 2001;10(12):457–9.
14. İkizler M. Eşlerin çocuk sahibi olma konusunda uyumsuzluğa düşmesi. TBB Derg. 2017;132:165–82.
15. Küçük F. Kısırlaştırma ve hadımlaştırma. İstanbul Barosu Dergisi 2017;91(3):150–163.
16. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi https://www.unicef.org/turkey/cedaw/_gi18.html (14.04.2018)
17. World Health Organization. Sexual Health, Human Rights And The Law. First edit. Geneva.; 2015. 76 p.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergidir. STED, 2012 yılında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

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

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

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

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

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

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

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

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

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir.

Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir.

Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. **Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır.** Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır.