

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



MART | MARCH
NİSAN | APRIL
2022 | 2022
CİLT 31 | VOLUME 31
SAYI 2 | ISSUE 2

2



**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

Yayın Kurulu / Editorial Board

Dr. Alican Bahadır

Dr. Alper Büyükakkuş

Dr. Emrah Kırımlı

Dr. Olgu Nur İleri

Dr. Pınar Okyay

Dr. Alpaslan Türkkan

Dr. Münevver Türkmen

Dr. Onur Naci Karahanlı

Dr. Öcal Taşer

Hakem Kurulu / Advisory Board**Acil Tıp / Emergency Medicine**

Doç. Dr. Bülent Erbil

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları /**Otorhinolaryngology**

Prof. Dr. Orhan Yılmaz

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Aile Hekimliği / Family Medicine

Doç. Dr. Mehmet Özen

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Dr. Görker Sel

Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Doç. Dr. Hülya Yardımcı

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Zeha Ekinici

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz Yıldız

Dr. Adnan Yüce

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alferit Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Hakan Şen

Dr. Fatih Şua Tapar

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Doç. Dr. Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Özen Aşut

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Prof. Dr. Özlem Sankaya

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. Rasime Şebnem Korur

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Dr. Vahdet Mesut Ayan

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 Atfı Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey. Ivasdam nonera nostium te publiana, nonemeist in taribus, omneris, etistrunte omnenius

Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
Gök Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara
Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | sted@ttb.org.tr

Basım Yeri: Printcenter Sultan Selim Mah. Libadiye Sok. No:3 4. Levent 34416 İstanbul

Tel: 0 (212) 371 03 00

Baskı Tarihi: Mart 2022

Merhaba,

Uzmanlık derneklerinin “program geliştirme” ile ilgili bir toplantısında, pratisyen hekimliğin bir uzmanlık alanı olduğunu dile getirdiğimde, bir uzmanlık derneği temsilcisi, akademisyen itiraz etti. Pratisyen hekimliğin bir uzmanlık alanı olmadığını, kendinden çok emin, uzmanlık öncesi bir aşama olduğunu dile getirdi. Doğrusu toplantıda bulunan diğer uzmanlık alanı temsilcilerinin bu görüşe yanıtlarını bekledim, ancak bir ses çıkmadı. Bir uzmanlık alanı olmanın koşullarını kısa sürede ölçütler üzerinden paylaştım. Ancak, daha nitelikli bir sağlık hizmet sunumu için eğitimi önceleyen bu değerli heyetin bu sessizliğin anlamını konuşarak, tartışarak değerlendirmek gerektiğini düşünüyorum.

Pratisyen hekimlerin kendi mesleki tanımlarını yapmalarının, bu tanımla-algıyı birlikte zenginleştirmelerinin, süre ve süreç yaklaşımlarını ortaya koymalarının ve bu tanımla savunmalarının, alanlarına sahip çıkmalarının değeri belirginleşiyor. Yapılmış olan tanımların en azından gözden geçirilerek güncellenmesi ve en önemli sahiplenilmesinin ve yaşama geçirilmesinin gecikmeden yapılması gerekiyor.



Fotoğraf: A. Kadir Ekinci, STED Fotoğraf Arşivinden

Türk Dil Kurumuna göre uzman (sıfat) “Belli bir işte, belli bir konuda bilgi, görüş ve becerisi çok olan (kimse), mütehassıs, kompetan.” uzman doktor ise “Bir tıp dalında gerekli ihtisası görüp uzmanlık belgesini alan doktor, uzman hekim.” olarak tanımlanıyor.

Pratisyen hekimliğin bir uzmanlık alanı olduğuna itiraz eden yaklaşım sanırım, pratisyen hekimliğin özgün bir alanı olduğunu düşünmüyor. Pratisyen hekimlerin mesleki pratiklerini, büyük olasılıkla, karma, diğer uzmanlık alanlarının ortak alanı olarak algılıyor. İlgilendikleri yaş gruplarını, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici sağlık hizmetlerini kendi uzmanlık alanlarının yoğunluktan dolayı sahip çıkamadıkları, zaman ayıramadıkları birinci basamağı, alanları olarak algılıyor. Birinci basamak denildiğinde, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın sağlığı ve doğum uzmanlıkları ile başlayan biraz, biraz deri ve zührevi hastalıklar, göz sağlığı, kulak, burun ve boğaz hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve diğer uzmanlık alanlarından katarak bir çalışma alanı algılıyor. Belki de bu alanı hiç tanımlamadı ya da gerek duymadı. O kadar ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine odaklandı ki hiç fırsatı olmadı. Bu tanıma, yaklaşıma göre bütün uzmanlık alanlarının birinci basamağına, kocaman bir evrene bir sahiplenme, uzmanlaşma alanı fırsatı tanımazken, birinci basamağın özgün sahiplenmesine itiraz ederken, kendi uzmanlık alanında ileri uzmanlaşmaya, nerede ise hastalıklara odaklı uzmanlaşmaya göz yummada bir sakınca görmez hale geldi.

Çok önemsiyorum meslektaşlarımın pratisyen hekimliğe bakışlarını, yaklaşımlarını. Ancak çok daha fazla, alanın gerçek sahipleri, pratisyen hekim meslektaşlarımın tanımlarını, sahiplenişlerini değerli buluyorum.

Değerli Nusret Hocamız (Prof. Dr. Nusret H. Fişek): “Pratisyen hekim daha az eğitilmiş ve az nitelikli hekim olmayıp görev bölgelerinde sık görülen sağlık sorunlarının tanı ve tedavisinde; organ, sistem ve etken ayrımı yapmada en az uzman hekim ölçüsünde bilgi ve beceri sahibi hekimdir.” olarak tanımlamakta.

Birlikte, basamaklar arasında iş birliği ile nitelikli sağlık hizmeti üretirken yetki ve sorumluluklarımızı bilerek, tanıyarak ekip olabileceğimizi ön görmek güç değil. Kendimizden başlayarak, mesleğimize, alanımıza sahip çıkarak, değer vererek yola devam edelim.

Bilimsel ve dostça kalın.

Araştırma / Research

- Hekimlerin Yaşlı İhmal ve İstismarı Konusundaki Farkındalığına Yönelik Kısa Bir Değerlendirme 81
Brief Notes on the Awareness of the Physicians on Elderly Neglect and Abuse
Yeşim Gökçe Kutsal, Dilek Aslan, Tolga R. Aydos, Altuğ Kut, Nurper Erberk Özen, Meral Saygun, Meltem Şengelen, Sevilay Karahan
- Doğumda Eş Desteğine İlişkin Erkek Öğrencilerin Görüşleri 90
Views of Male Students About Wife Support at Birth
Şükran Başgöl
- Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları Verileriyle 2014-2018 Yılları Kayseri Sağlık İstatistiklerinin Türkiye Geneliyle Karşılaştırılması 95
Comparison of Ministry of Health Statistics Annual Data and 2014-2018 Kayseri Health Statistics with Turkey in General
Mehmet Emin Özdemir
- Bir Üniversite Hastanesinin Erişkin Acil Servisine Başvuran Zehirlenme Vakalarının Retrospektif Olarak İncelenmesi 102
A Retrospective Investigation Of Poisoning Cases Admitted to the Adult Emergency Department of a University Hospital
Aylin Günay, Ziyafet Uğurlu, Elif Akyüz, Sibel Akbaş, Afşin Emre Kayıpmaz
- Sağlık Çalışanları Arasında Sezgisel Yeme Davranışı Sıklığının Saptanması 108
Determining the Frequency of Intuitive Eating Behavior Among Healthcare Workers
Olca Merve Altay, Hakan Güveli, Neris Güven, Tuğçe Özlü, Emre Batuhan Kenger
- Great risk for education cost: Brain drain (Resident physicians case) 115
Türkiye’de Asistan Hekimler Arasında Beyin Göçünü Etkileyen Faktörler
Nevruz Uğur
- Annelerin Erken Postpartum Dönemdeki Eş Desteği Algısının Postpartum Stres Üzerine Etkisi 126
The Effect of Mothers' Perceived Spousal Support in the Early Postpartum Period on Postpartum Stress
Ruveyde Aydın, Özge Palancı Ay, Tuğba Yazıcı Topçu, Songül Aktaş
- Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (KFiÖ): Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması 134
The Blood Pressure Awareness and Insight Scale (BASIS): The Study of Validity and Reability
Medine Yılmaz, Gamze Ağartıoğlu Kundakçı, Gülçin Uyanık, Gülseren Pamuk, Esra Meltem Koç
- COVID-19 Salgınının İntörn Hekimlerin Yaşamlarına ve Eğitim Süreçlerine Etkisi 142
The Effect of the COVID-19 Pandemic on the Lives and Educational Processes of Senior Students
Bürge Atılğan, Gülşen Taşdelen Teker, Tuğçe Çağırın, Furkan Temizayak, Sevgi Turan

Derleme / Review Article

- Adölesan Babalık 154
Adolescent Fatherhood
Seda Tecik, Dilek Menekşe, Nusan Çınar

Kapak Fotoğrafı/ Cover Photo



Dr. Esra Okan, "Kapı ve Zaman" adlı fotoğrafı, STED Fotoğraf Arşivinden

Antalya doğumlu. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1990 yılında mezun oldu. Antalya'nın Muratpaşa ilçesinde aile hekimi olarak çalışmalarını sürdürmektedir. Esra Okan'ın fotoğraf sanatına ve fotoğrafçılığa ilgisi çok eskiden bu yana devam etmekte. Okan, fotoğraf sanatına zaman buldukça amatör olarak devam etmektedir.

Hekimlerin Yaşlı İhmal ve İstismarı Konusundaki Farkındalığına Yönelik Kısa Bir Değerlendirme

Brief Notes on the Awareness of the Physicians on Elderly Neglect and Abuse

Yeşim Gökçe Kutsal¹, Dilek Aslan², Tolga R. Aydos³, Altuğ Kut⁴, Nurper Erberk Özen⁵, Meral Saygun⁶, Meltem Şengelen⁷, Sevilay Karahan⁸



DOI: 10.17942/sted.1098957

Geliş/Received : 22.02.2022
Kabul/ Accepted : 21.04.2022

Öz

Amaç: Birinci basamakta ayaktan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan aile hekimleri yaşlı ihmal ve/veya istismarı açısından özel bir yere sahiptir. Bu çalışmada, birinci basamakta hizmet sunan aile hekimlerinin yaşlı ihmali ve/veya istismarı konusundaki farkındalıklarının saptanması amaçlanmış olup veriler araştırmacılar tarafından çevrimiçi olarak hazırlanmış çevrimiçi veri toplama formu aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmanın bulguları hekimlerin ihmal ve istismarı düşündürten genel görüşler, fiziksel durumlar, sosyal durumlar, hekimlerin ihmal ve/veya istismarı düşündüklerinde izledikleri yaklaşımlar ve yaptıkları uygulamalar olmak üzere üç kategoride sunulmuştur. Hekimlere ihmal ve/veya istismarı düşündüren bazı durumlar sunulmuş, sıralanan kategorilerden hiçbirisi için, ihmal ve istismar durumu hekimlerin tamamı tarafından düşünülmemiştir. Bununla birlikte fiziksel belirtiler olduğunda, sosyal belirtilere göre daha fazla ihmal ve istismarı düşünülmektedir.

Bu durum, hekimlik uygulamaları sırasında daha somut olan belirtileri fark etmenin görece kolaylığı nedeniyle olabilir.

Sonuç: Araştırmanın sonuçlarına göre; hekimlerin bilgi ve farkındalık düzeyleri her zaman istenilen davranışlara dönüşmemektedir. Kendilerine sunulan uygulama alanlarında bu eksiklikler görülmektedir. Hekimlerin yaşlı ihmal ve istismarı konusunda doğru uygulamaları yapabilmesi için, farkındalık durumlarının geliştirilmesinin yanı sıra davranış temelli eğitim olanaklarının da sunulması uygun olur.

Anahtar sözcükler: Yaşlı, Yaşlı İstismarı, Geriatri

Abstract

Objective: Family physicians who provide outpatient preventive and therapeutic health services in primary care have a special place in terms of elder neglect and/or abuse. In this study, it was aimed to determine the awareness of family physicians providing primary care services about elder neglect and/or abuse, and the data were collected by the researchers through an online data collection form.

Results: The findings of the study are presented in three categories: general opinions of physicians suggesting neglect and abuse, physical conditions, social conditions, approaches physicians follow when they think about neglect and/or abuse, and practices that they make. Situations suggesting neglect and/or abuse have been presented to physicians, and for none of the listed categories, the situation of neglect and abuse has not been considered by all of the physicians. However, when there are physical symptoms, they consider neglect and abuse more than social symptoms. That may be due to the relative ease of noticing the symptoms, which are more tangible during the practice of medicine.

Conclusion: According to the results of the research the level of knowledge and awareness of physicians does not always translate or reflect into the desired behaviors. These shortcomings are observed in the application areas available to them. For the physicians to make the right practices about elder neglect and abuse, it is appropriate to provide behavioral-based training opportunities as well as to develop awareness situations.

Key words: Aged, Elder Abuse, Geriatrics

¹Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD (Orcid no: 0000-0003-3853-6452)

²Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000-0002-4053-2517)

³Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD (Orcid no: 0000-0002-1832-9336)

⁴Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD (Orcid no: 0000-0003-0776-8349)

⁵Prof. Dr., UMOOD Psikiyatri ve Psikoterapi Merkezi (Orcid no: 0000-0002-0375-3580)

⁶Prof. Dr., Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000 0003 4238 587X)

⁷Uzm. Öğr. Gör., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000-0002-8257-765x)

⁸Dr. Öğr. Gör., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD (Orcid no: 0000-0002-8692-7266)

Giriş

Yaş nedenli ihmal (yaşlı ihmali) ve istismar (yaşlı istismarı) yaygın görülmesi ve önlenabilir olması nedeniyle önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır.

Yaşlı istismarının önlenmesine yönelik çalışmaları olan uluslararası kuruluşlara göre; yaşlı istismarı, "güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren ya da sıkıntı yaratan tek ya da tekrarlayıcı uygunsuz davranışlarda bulunulması, yaşlı ihmali ise yaşlı bireye bakmakla yükümlü bireylerin (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar vb) yaşlı bireyin günlük gereksinimlerini karşılamaması, yaşlı bireyin fiziksel güçsüzlük, ruhsal bozukluk veya zihinsel işlevlerdeki yetersizlik nedeniyle gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması ya da yetersiz ölçüde alması" olarak tanımlanmaktadır (1-3).

Yaşlı istismarının çeşitli kategorileri vardır. Fiziksel, psikolojik, duygusal, ekonomik, cinsel, istismar, yaş temelli taraf tutma (ageism), ihmal istismarın kategorileri arasında yer alır. Fiziksel, tıbbi gereksinimleri karşılamama, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeyi engelleyen durumları içeren ihmal (neglect) de bir yaşlı istismarı türü olarak kabul edilmektedir (1-5).

Yaşamını bakım evlerinde sürdüren yaşlı bireyler üzerinde gerçekleştirilecek, etik ilkelerin göz ardı edildiği klinik çalışmalar da yaşlı istismarına yol açabilecek diğer bir etmendir (6).

Yaşlı ihmal ve/veya istismarı önlenabilir sorunlar olduğu halde hastalık ve ölümlerin de içinde olduğu istenmeyen sonuçları bulunmaktadır. Bu nedenle, bu durumların hiç yaşanmaması, yaşandı ise erken tanı ve tedavisi ve rehabilitasyonunun yapılması son derece önemlidir. Bu aşamaların tamamında sağlık çalışanlarının rolleri büyüktür. Sağlık çalışanları arasında hekimler özellikle erken tanı ve tedavi açısından önemli rol ve sorumluluğa sahiptir. Bu sorumluluk bütün hekimler içindir, ancak birinci basamakta ayaktan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan aile hekimleri özel bir yere sahiptir. Aile hekimlerinin bu sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için konuyla ilgili farkındalık düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir. Oysa, hekimlerin istismarı tanıyabilmeleri açısından rutin bir eğitim almamaları nedeniyle farkındalıklarının yeterli olmadığı belirtilmektedir (7).

Olası istismarı saptayabilmek için standart bir protokol mevcut değildir. Bununla birlikte ilk değerlendirmelerde istismarın fiziksel ve ruhsal etkileri göz ardı edilmemelidir. Bu konuda mevcut durumun tespiti ve varsa geliştirilebilecek alanların saptanması değerlidir.

Bu araştırmada, yaşlı sağlığının korunması ve erken tanı açısından önemli olduğu düşünülen birinci basamakta hizmet sunan aile hekimlerinin yaşlı ihmali ve/veya istismarı konusundaki farkındalıklarının saptanması amaçlanmıştır. Durum tespiti için ilerde hazırlanabilecek olan eğitim programlarında ve protokollerde yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırma, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'ne üye olan Aile Hekimleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evreni Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin elektronik iletişim grubunda yer alan Aile Hekimlerinin tümüdür. Araştırmada örnek seçilmemiş, evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Çağrıya olumlu yanıt vererek araştırmaya katılan aile hekimi sayısı 167 olmuştur. Araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Verilerin toplanma süreci

Veriler, araştırmacılar tarafından çevrimiçi olarak hazırlanmış çevrimiçi veri toplama formu aracılığıyla toplanmıştır. Formun web adresi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği üyesi aile hekimlerine Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği e-posta sistemi üzerinden e-posta ile gönderilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden üyeler formu çevrimiçi olarak doldurmuşlardır. Araştırma gönüllülük esasına dayalı olarak 1 Ocak 2020-30 Nisan 2020 tarihleri arasında yürütülmüş, katılımcı hekimlerin isim ve kişisel bilgileri alınmamıştır.

Veri toplama formunda; A-Hastanın mevcut durumunun olası bir istismarla ilgili olup olmadığının tespiti için belli başlı durumlar listelenmiştir. B-Hastalarda istismar/ihmal durumundan şüphelenildiğinde kanıt olarak kabul edilemese de olası bir gösterge olabilecek sosyal ve fiziksel durumlara yer verilmiştir. C-İhmal ve istismarı düşündüren durumlarda hekimin bir girişimde bulunup/bulunmadığı sorulmuştur.

Verilerin analizi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS ver. 23.0) istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak, dağılım istatistikleri ise ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer

olarak belirtilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki ki kare testi ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın izinleri

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2019/23-01 sayılı karar numarası ile onaylanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı dönemin TAHUD Başkanından sözel izin alınmıştır, Etik Kurul onayını takiben yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

Araştırmanın bulguları hekimlerin ihmal ve istismarı düşündürten genel görüşler, fiziksel

durumlar, sosyal durumlar, hekimlerin ihmal ve/veya istismarı düşündüklerinde izledikleri yaklaşımlar ve yaptıkları uygulamalar olmak üzere üç kategoride sunulmuştur.

Tablo 1'de hekimlere ihmal ve/veya istismarı düşündüren bazı durumlar sunulmuştur. Hekimler, ihmal ve/veya istismarı düşündürecek durumlarla ilgili farkındalıkları değişiklik göstermektedir. Bu kategoride ihmal ve/veya istismarın düşünülmesi en fazla tutarsız öykü alma (%91,6) kategorisi için olmuştur. Yeti yitimi olan bir yaşlının tanımlanan "acil durum" özelliği için hekimlerin sadece %43,7'si ihmal ve/veya istismar düşüneceklerini belirtmişlerdir.

Tablo 1. İhmal ve istismar düşündüren durumlar				
Durum	İhmal ve istismar düşünme/akla gelme			
	Hayır		Evet	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaşlı hasta size başvurduğunda açıklanamayan düşmeler veya yaralanmalar olduğunda	29	17,4	138	82,6
Yaşlı hastanızda yaralanma veya hastalık dönemiyle tedavi arayışı ile başvuru arasında geçen sürenin uzun olması durumunda	44	26,3	123	73,7
Hasta ya da hasta yakını yaralanma veya hastalık ile öyküyü şüpheli veya tutarsız bir şekilde anlattığında	14	8,4	153	91,6
Hasta ve bakım verenin yaralanma veya hastalık durumuna ilişkin verdiği detaylar birbirini tutmadığında	25	15,0	142	85,0
Yetiyitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak size başvurması halinde	94	56,3	73	43,7
Laboratuvar bulgularıyla hastalık veya yaralanmaya ilişkin verilen öykünün birbiriyle tutarlı olmaması durumunda	61	36,5	106	63,5

Tablo 2’de hekimlerin bazı fiziksel ve sosyal durumlar olduğunda ihmal ve/veya istismar düşünme durumları sunulmuştur. Hekimler ihmal ve istismar açısından fiziksel durumları sosyal durumlara göre daha somut olarak değerlendirmektedirler. Örneğin; alışılmadık bölgelerde yanık veya ezilme izleri bulunması hekimlerin %95,2’si tarafından ihmal ve/veya istismar olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte,

sekiz hekim bu somut durumu ihmal ve/veya istismar olarak değerlendirmemiştir (%4,8). İhmal ve/veya istismar olarak değerlendirilebilecek ve fiziksel açıdan somut olmayan durumlara ilişkin hekimlerin farkındalık durumu somut göstergeleri olan durumlar kadar yüksek değildir. Örneğin; yaşlılarda içe kapanma, vb. duygu durumu hekimlerin sadece %64,1’i tarafından ihmal ve/veya istismar olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 2. Fiziksel ve sosyal bazı durumlar				
Durum	Hayır		Evet	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel durum				
Alışılmadık bölgelerde yanık veya ezilme izleri bulunması	8	4,8	159	95,2
Fiziksel kısıtlamayı akla getirebilecek kesikler, parmak izleri gibi kanıtlar	18	10,8	149	89,2
Alışılmıştan ya da gerekenden sık ilaç reçete ettirme ya da verilmiş olan ilaç tedavilerinin yetersiz kullanımı	75	44,9	92	55,1
Hastalıkla ilişkili bir neden olmaksızın dehidratasyon ve beslenme yetersizliği	45	26,9	122	73,1
Hijyenle ilişkili standartların düşük olması	38	22,8	129	77,2
Hastanın sık sık ve birbirinden farklı hekimlere ya da sağlık kuruluşlarına başvurmuş olması	113	67,7	54	32,3
Sosyal durum				
Yeme alışkanlıklarında değişiklik ya da uyku sorunları varlığı	81	48,5	86	51,5
Korku veya konfüzyon	46	27,5	121	72,5
Edilgenlik, sosyal içe çekilme, depresyon	60	35,9	107	64,1
Çaresizlik, umutsuzluk, kaygı	66	39,5	101	60,5
Bir hastalığa bağlı kafa karışıklığından kaynaklanmayan tutarsız söylemler, ikircikli tutumlar	60	35,9	107	64,1
Açık bir şekilde konuşmaktan çekinme	42	25,1	125	74,9
Bakım verenle sözel, fiziksel ya da göz temasında bulunmama	36	21,6	131	78,4
Yaşlı kişinin sosyal olarak yalıtılmış olması	63	37,7	104	62,3

Tablo 3. İhmal ve/veya istismar düşündürülen durumlarda hekimlik uygulamaları

Uygulama	Hayır		Evet	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hastayla baş başa görüşme yaparak görüşmede olası fiziksel şiddet, kısıtlama veya ihmalle ilişkili doğrudan soru sorma	75	44,9	92	55,1
İhmal veya istismardan sorumlu olduğu şüphelenilen kişiyle baş başa görüşme	93	55,7	74	44,3
Hastayla istismardan sorumlu olduğu düşünülen kişinin ilişkisini dikkatle inceleme	35	21,0	132	79,0
Hastayı kapsamlı geriatrik değerlendirmeden (tıbbi, işlevsel, bilişsel ve sosyal) geçirme	71	42,5	96	57,5
Hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgeleme	130	77,8	37	22,2

Tablo 3'te hekimlerin ihmal ve/veya istismar düşündüklerinde yapıları uygulamalar yer almaktadır. Araştırmaya katılan hekimler ihmal ve/veya istismar durumlarında yapılması beklenen uygulamalar arasında yer alan "hastayla baş başa görüşme yaparak görüşmede olası fiziksel şiddet, kısıtlama veya ihmalle ilişkili direkt soru sorma (%55,1)", "ihmal veya istismardan sorumlu olduğu şüphelenilen kişiyle baş başa

görüşme (%44,3)", "hastayla istismardan sorumlu olduğu düşünülen kişinin ilişkisini dikkatle inceleme (%79,0)", "hastayı kapsamlı geriatrik değerlendirmeden (tıbbi, işlevsel, bilişsel ve sosyal) geçirme (%57,5)" ve "hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgeleme (%22,2)" kategorilerine "evet" yanıtını vermişlerdir.

Değişkenler arasındaki ilişki ise Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Değişkenler arasındaki ilişki

		Yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde aklınıza ihmal veya istismar gelmesi		p
		Sayı	%	
Bir hastalığa bağlı kafa karışıklığından kaynaklanmayan tutarsız söylemler, ikircikli tutumlar	Hayır (n=60)	12	%20	<0,001
	Evet (n=107)	61	%57	
Yaşlı kişinin sosyal olarak yalıtılmış olması.	Hayır (n=63)	15	%23,8	<0,001
	Evet (n=104)	58	%55,8	
Alışılmıştan ya da gerekenden sık ilaç reçete ettirme ya da verilmiş olan ilaç tedavilerinin yetersiz kullanımı.	Hayır (n=75)	19	%25,3	<0,001
	Evet (n=92)	54	%58,7	
Hastanın sık sık ve birbirinden farklı hekimlere ya da sağlık kuruluşlarına başvurmuş olması.	Hayır (n=113)	33	%29,2	<0,001
	Evet (n=54)	40	%74,1	
Hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgeliyor musunuz?	Hayır (n=130)	46	%35,4	<0,001
	Evet (n=37)	27	%73	

Analiz sonuçlarına göre; hastada bir hastalığa bağlı kafa karışıklığından kaynaklanmayan tutarsız söylemler, ikircikli tutumlar gözleyen hekimlerde yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı gözlemeyen hekimlere göre daha yüksektir.

Bununla birlikte, yaşlı kişinin sosyal olarak yalıtılmış olması durumunu gözleyen hekimlerde yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı gözlemeyen hekimlere göre daha yüksektir.

Alışılmıştan ya da gerekenden sık ilaç reçete ettirme ya da verilmiş olan ilaç tedavilerinin yetersiz kullanımı durumunu gözleyen hekimlerde yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı gözlemeyen hekimlere göre daha yüksektir.

Hastanın sık sık ve birbirinden farklı hekimlere ya da sağlık kuruluşlarına başvurmuş olması durumunu gözleyen hekimlerde yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı gözlemeyen hekimlere göre daha yüksektir.

Hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgeleyen hekimlerde yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı belgelemeyen hekimlere göre daha yüksektir.

Tartışma

Yaşlı istismarı konusunda gerek ülkeler içinde ve gerekse ülkeler arasında karşılaştırmalı çalışmalar yürütmede kavramsal ve metodolojik zorluklar vardır. Bu açıdan öncelikli gereksinim ülke içindeki değerleri yansıtarak yaşlılara karşı bu tür olumsuzlukların ortak bir tanımının oluşturulmasıdır (8).

Güncel anlamda yaşlı istismarının tanımlanmasında fikir birliğine varılan bileşenler şunlardır: A-Tek veya tekrarlanan bir işlem veya ihmal eylemi, B-Eylemin bir güven ilişkisi içinde meydana gelmesi, 3-Yaşlı bir kişiye zarar veya sıkıntı vermesi (9).

Farkındalığın geliştirilmesi için de sistematik ve

uygulanabilir önerilerin önemi bulunmaktadır. Aile hekimlerinin görüşlerini yansıtan bu çalışmanın özellikle farkındalık eksikliğinin giderilmesine katkı sunacağı düşünülmektedir.

Tablo 1’de hekimlere ihmal ve/veya istismarı düşündüren bazı durumlar sunulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin, ihmal ve/veya istismarı düşündürecek durumlarla ilgili farkındalıkları değişiklik göstermiştir. Bu kategoride ihmal ve/veya istismarın düşünülmesi en fazla tutarsız öykü alma (%91,6) kategorisi için olmuştur belirlenmiştir. Yeti yitimi olan bir yaşlının tanımlanan “acil durum” özelliği için hekimlerin sadece %43,7’si ihmal ve/veya istismar düşüneceklerini belirtmişlerdir. Tablo 1’de yer alan hiçbir kategori için ihmal ve istismar hekimlerin tamamı tarafından akla gelmemiştir.

Tablo 1’de yer alan hiçbir kategori için, ihmal ve istismar durumu hekimlerin tamamı tarafından düşünülmemiştir. Bu durum hekimler arasındaki farkındalığın artmasına gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır.

Toplum içinde yaşayan yaşlılar yanında huzurevi popülasyonları açısından da istismar konusunda yeterli veri mevcut değildir. Birkaç ampirik çalışmanın huzurevinde yaşlı istismarına odaklandığı bildirilmektedir. ABD Michigan’da huzurevinde bakım alan yaşlı bireyler arasında personelin fiziksel istismarı prevalansı ve risk faktörleri araştırılmıştır. Huzurevinde yaşlı akrabaları olan 452 yetişkin üzerinde rastgele örnekleme yapılarak bu yaşlı aile üyesinin bakım ortamında yaşadığı istismarı ve ihmali ile ilgili bir telefon anketi gerçekleştirilmiş ve ankete katılanların yaklaşık %24,3’ü huzurevi personeli tarafından en az bir fiziksel istismar olayı bildirmiştir. Huzurevi istismarında çeşitli risk faktörlerinin önemini tahmin etmek için lojistik regresyon modeli kullanılmıştır. Günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlamalar, yaşlı yetişkinlerin davranış zorlukları ve eğitilmiş olmayan bakıcılar tarafından yaşatılan önceki mağduriyetler, fiziksel istismar olasılığının daha yüksek olmasıyla ilişkili bulunmuş (10).

Hekimler, fiziksel belirtiler olduğunda, sosyal belirtilere göre daha fazla ihmal ve istismarı düşünmektedirler (Tablo 2). Bu durum, hekimlik uygulamaları sırasında daha somut olan belirtileri fark etmenin görece kolaylığı nedeniyle olabilir. Bununla birlikte, ihmal/istismar konusundaki bilgi

ve farkındalık eksikliğinin giderilmesine ihtiyaç vardır. Yapılan eğitimlerin bu doğrultuda katkısı olduğu ifade edilmektedir. Örneğin, stajyerlere yönelik olarak gerçekleştirilen 3 aylık bir eğitim sonrasında stajyerlerin istismar konusundaki farkındalıklarının ve bilgilerinin artması sağlanmış. Bununla birlikte araştırmacılara göre; doktorların davranışlarını değiştirmenin öncelikle iletişim becerilerine odaklanarak daha karmaşık bir müdahale gerektirebileceği varsayılmaktadır (2).

Hekimlerin bilgi ve farkındalık düzeyleri her zaman istenilen davranışlara dönüşmemektedir. Tablo 3'te yer alan uygulama alanlarında bu eksiklikler görülmektedir. Hekimlerin yaşlı ihmal ve istismarı konusunda doğru uygulamaları yapabilmesi için farkındalık durumlarının geliştirilmesinin yanı sıra davranış temelli eğitim olanaklarının da sunulması uygun olur.

Tablo 4'te sunulduğu üzere; yaşlı hastada bir hastalığa bağlı kafa karışıklığından kaynaklanmayan tutarsız söylemler, ikircikli tutumlar, yaşlı kişinin sosyal olarak yalıtılmış olması, alışılmıştan ya da gerekenden sık ilaç reçete ettirme ya da verilmiş olan ilaç tedavilerinin yetersiz kullanımı durumu saptayan hekimlerde, hastanın sık sık ve birbirinden farklı hekimlere ya da sağlık kuruluşlarına başvurmuş olması ve ayrıca hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgeleyen hekimlerde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı daha yüksek bulunmuştur.

Bu araştırmanın zayıf yönü katılımcı hekimlerin demografik özellikleri ile sorulara verilen cevaplar arasında ilişkinin araştırılmamış olmasıdır. Güçlü yön olarak ise; daha önce bu şekilde bir çalışma yapılmadığı için bu çalışmanın öncü olduğu, geliştirilecek yeni araştırmalara yol açabileceği söylenebilir. Yaşlanan nüfusun dikkat çeken artışı, bu alanda çok daha kapsamlı araştırmalara ve eğitimlere olan gereksinimi ortaya çıkarmaktadır.

Güncel Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; geçtiğimiz yıl toplum içinde yaşayan 60 yaş ve üzerindeki 6 kişiden yaklaşık birisi bir tür istismar yaşamıştır. Huzurevleri ve uzun süreli bakım tesisleri gibi kurumlarda yaşlı istismarı oranları yüksektir ve her 3 çalışandan 2'si geçen yıl yaşlılara kötü muamele yaptıklarını bildirmişlerdir. Yaşlı istismarı sadece ciddi fiziksel yaralanmalara değil, uzun vadeli psikolojik sonuçlara da yol açabilmektedir. Küresel anlamda 2050 yılında 60 yaş ve üzeri popülasyonun 2 milyara çıkacağı,

yaşlı istismarının, hızla yaşanmakta olan birçok ülkede artacağı öngörülmektedir (11).

Dünya Sağlık Örgütü ayrıca COVID-19 pandemisi sırasında yaşlı istismarı oranlarının artmış olduğunu bildirmektedir (11). Araştırmamız pandemi sürecinde gerçekleştirilmiş olup, bu durum bulaş riski nedeniyle hastane ortamına gidemeyen/götürülmeyen yaşlılardaki olası ihmal/istismar bulguları ile ilgili olarak yapılacak yorumların kısıtlanmasına neden olmaktadır. Ayrıca pandemi koşulları sadece enfeksiyonu önceleyen bir yaklaşım ile, yaşlılardaki pek çok kronik hastalığın/sorunun da göz ardı edilmesine neden olmuştur.

Storey'e göre bu alandaki mevcut tüm araştırmalar göz önüne alındığında hepsinde ortak bir sınırlama dikkati çekmektedir ki, bu da yaşlı istismarının yeterince bildirilmemesidir (9).

Araştırmalarda ihmal ve istismar için tanımlanan risk faktörleri, bir dizi psikolojik, sosyal, biyolojik ve ekonomik konuyu içeren geniş kapsamlı bir listeden oluşmaktadır. Bireysel risk faktörlerinin doğası da bir vaka içinde birbirleriyle nedensel olarak ilişkili olabilecekleri şekilde ifade edilmekteydi. Örneğin, depresyon, kendi kendine ilaç tedavisi yoluyla madde kullanımıyla ilgili sorunlara yol açabilir ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar, bir bağımlılığı desteklemek için başkalarına finansal bağımlılığa yol açabilir. Faile ait risk faktörlerinin ve mağdurun savunmasızlık faktörlerinin bireysel vakalarda birbiriyle ilişkili olmasının da mümkün olduğu bildirilmiştir. Araştırmalar, kronik zihinsel, fiziksel, madde kullanımı veya stresle ilgili sorunları olan yetişkin çocukların ebeveynlerinin (tüm fail risk faktörleri) diğerlerinden daha yüksek düzeyde depresyona (mağdur güvenlik açığı faktörü) sahip olma eğiliminde olduğunu göstermiştir (9). Bu nedenle, fail için mevcut olan risk faktörleri, mağdur için güvenlik açığı faktörleriyle ilişkilendirilebilir. Araştırmalar mağdurla ilgili kırılmalı risk faktörlerinin mağduru daha fazla istismar riskine sokabileceğini gösterse de bu hiçbir şekilde mağdurların suçlu olduğunu göstermez. Failin davranışlarından kurbanlar asla sorumlu değildir. Yaşlı istismarı, hedefli bir şiddet biçimidir ve bu nedenle, mağdurun kendine özgü koşulları ve savunmasızlıkları dikkate alınmadan failin yarattığı risklerin tam bir resmini elde etmek imkansızdır. Fail ve mağdur ile ilgili risk faktörleri göz önünde

bulundurulmalıdır, çünkü yaşlı istismarı vakalarına etkili müdahale, kötü niyetli davranışların arkasındaki nedenlerin anlaşılmasını gerektirir (9).

Bir risk grubunu oluşturan yaşlılara yönelik olarak; öncelikle toplumda ve sağlık profesyonellerinde ileri yaştaki kişilerin çoklu sorunları olabileceği, bunların sadece fiziksel değil, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarının da göz ardı edilmemesi gerektiği bilincinin oluşturulması gerekir. Hekimlerin mümkün olduğu kadar, hastalarını kapsamlı olarak değerlendirmeleri, hasta ile baş başa görüşme yaparak görüşmede olası fiziksel şiddet veya ihmalle ilişkili direkt sorular sormaları, hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgelemeleri, istismardan sorumlu olduğu düşünülen kişiyi incelemeleri, bu kişi ile de görüşmeleri hem olası sorunları önleyecek, hem yaşlının korunduğu ve gözetildiği algısını pekiştirecek hem de bu konudaki farkındalığın artmasına destek olarak bir tür caydırıcılık sağlayacaktır.

Yaşlı istismarı üzerine yapılan araştırmalar son yıllarda artmış olsa da hala yapılması gereken çok şey olduğu vurgulanmaktadır. A-İlk olarak istismarın niteliği ve failin veya mağdurun ikamet ettiği toplum veya kurumla ilgili risk faktörleri, riskin anlaşılması için önemlidir, ancak bu faktörler araştırma literatüründe hala yeterince temsil edilmemektedir. B-İkincisi, tanımlanan faktörler ile yaşlı istismarı arasındaki ilişkiyi açıklamak için birçok hipotez iletilmiştir. Gelecekteki araştırmalar, bu faktörlerin neden yaşlı istismarı ile ilişkili olduğunu belirlemek için bu hipotezleri test etmelidir. C-Üçüncüsü, bundan sonra, hangi risk yönetimi stratejilerinin yaşlı istismarını azalttığını belirlemek için daha fazla araştırmaya gereksinim vardır. Çünkü aslında, yaşlı istismarı çalışmalarının sadece % 6,5'inin tespit, değerlendirme veya müdahaleyi incelediği bildirilmektedir (9).

Yaşlı istismarının farklı ülkelerde ve kültürlerde farklı tezahürlerle büyüyen uluslararası bir sorun olduğu ifade edilmektedir. Soruna yönelik yasal yaklaşımlar veya uygulamalarda da ülkeler arasında önemli farklılıklar mevcuttur. Benzer şekilde, yaşlı istismarını önlemek ve bunlara müdahale etmek için mevcut kaynaklar ve bunların koordine edilme derecesi dünya genelinde önemli ölçüde değişmektedir. Pillemer ve arkadaşlarına göre gelecek vaat eden önleme

ve müdahale stratejileri öncelikle diğer toplumlara uygulanabilirliği olabilecek yüksek gelirli ülkelerde geliştirilmektedir, ancak bunlar mevcut kaynaklar ve yaşlı istismarının yerel tezahürleri bağlamında diğer ülkelerde de test edilmelidir (12).

Uygulanan yerel stratejilerden bağımsız olarak, yaşlı istismarı vakaları ancak dünya çapındaki nüfusun yaşlanması göz önüne alındığında artacak ve bu da onu küresel öneme sahip bir halk sağlığı sorunu haline getirecektir. Şu anda en acil ihtiyacın yüksek kaliteli yöntemler kullanan geniş çapta genişletilmiş bir araştırma tabanı oluşturulması olduğu hatırlatılmaktadır.

Araştırmacılara göre; düşük gelirli ülkelerde yaşlı istismarının niteliği ve kapsamı hakkında bilgi azlığı vardır ve çalışmaların çoğu yüksek gelirli ülkelerde yapılmıştır. Kültürel olarak spesifik yaşlı istismarı biçimleri ve önleme ve tedaviye yönelik kültürel tutumlar (potansiyel engeller dahil) neredeyse keşfedilmemiştir.

Ayrıca, hizmet modellerinin yüksek gelirli ülkelere düşük gelirli ülkelere aktarılmasının uygulanabilirliği ciddi bir çalışma gerektirmektedir, çünkü yaşanan hizmetler sektörünün az gelişmiş olduğu ülkelere yetişkinlere yönelik koruyucu hizmetler gibi kaynak yoğun seçenekler mümkün olmayabilir. Avrupa'da çok ülkeli çalışmalar yapılmış olmasına rağmen, araştırmalar düşük gelirli ülkelere de genişletilmelidir. Böylesi uygulamalar yaşlı istismarı hakkında geliştirilmiş bilimsel bilgi, etkili önleme ve tedavi stratejileri geliştirmenin anahtarıdır ve dünya çapında teşvik edilmelidir (12).

İletişim: Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal
E-Posta: ygkutsal@gmail.com

Kaynaklar

1. Phelan A. Elder abuse in the emergency department. International Emergency Nursing 2012;20:214-20.
2. Cooper C, Huzzey L, Livingston G. The effect of an educational intervention on junior doctors' knowledge and practice in detecting and managing elder abuse. Int Psychogeriatr. 2012 Sep;24(9):1447-53.
3. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age Ageing. 2008 Mar;37(2):151-60.
4. Selwood, A., Cooper, C. and Livingston, G. What Is Elder Abuse—Who Decides? International

- Journal of Geriatric Psychiatry, 2007; 22: 1009-12.
5. Rosen T, Hargarten S, Flomenbaum NE, Platts-Mills TF. Identifying Elder Abuse in the Emergency Department: Toward a Multidisciplinary Team-Based Approach *Ann Emerg Med.* 2016; 68: 378–382.
 6. Bell JA, May FE, Stewart RB. Clinical research in the elderly: ethical and methodological considerations. *Drug Intell Clin Pharm* 1987 Dec; 21(12): 1002-7. doi: 10.1177/106002808702101217.
 7. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician.* 2012 Dec; 58(12): 1336-40, e695-8.
 8. Kosberg JI, Lowenstein A, Garcia JL, Biggs S. Study of Elder Abuse Within Diverse Cultures, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2003; 15:3-4, 71-89.
 9. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 2020; 50:101339
 10. Schiamberg LB, Oehmke J, Zhang Z, Barboza GE, Griffore RJ, Von Heydrich L. Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2012; 24:65–83.
 11. WHO fact sheet on elder maltreatment Oct 4, 2021. Accessed 20 Feb 2022, at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
 12. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist* 2016; 56 (Issue Suppl 2): S194–S205.



Şükran Başgöl¹

DOI: 10.17942/sted.884718

Geliş/Received : 22.02.2021
Kabul/ Accepted : 10.03.2022

Öz

Amaç: Araştırma üniversitede öğrenim gören erkek öğrencilerin doğumda eş desteğine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı türde olup, evrenini Karadeniz Bölgesi'nde bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim gören erkek öğrenciler oluşturmuştur. Veriler; Temmuz-Eylül 2020 tarihlerinde, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan soru formu kullanılarak toplanmıştır, ancak Covid-19 pandemisi ve uzaktan eğitim sürecinden dolayı belirlenen tarihlerde öğrencilerin e-maillerine gönderilerek online olarak kaydedilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.87 ± 1.55 yıldır. Çalışmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %29.7'si spor bilimleri, %24.1'i hemşirelik, %13.9'u beslenme ve diyetetik, %11.6'sı çocuk gelişimi ile geriye kalan %20.7'si odyoloji, sağlık yönetimi, sosyal hizmet, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümlerinde eğitim görmektedir. Erkek öğrencilerin %92.1' doğumda eşini cesaretlendirmek, %88.4'i bebeğiyle ten teması kurmak, %90.7'si bebeğinin ilk ağlamasını duymak isterken, benzer oran eşi ile beraber doğuma hazırlık kursuna katılım isteğinde görülememiştir (%67.9). Erkek öğrencilerin de doğuma ilişkin korku (%30) ve paniklerinin (%31) olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Üniversitelerde doğuma hazırlık/gebe bilgilendirme eğitimlerine ilişkin seminerler/söyleşiler düzenlenmesi, profesyonel öğretici eğitim video seçeneklerinin sunulması, kitapçık, broşür verilmesi, uygun olan seçmeli derslerine konu olarak alınması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Doğum, Eş desteği, Erkek, öğrenci

Abstract

Objective: The study was conducted to determine the opinions of male students studying at university on spousal support at birth.

Method: The research is of descriptive type, and its universe is composed of male students studying at the Faculty of Health Sciences of a foundation university in the Black Sea Region. Data; It was collected from July-September 2020 using a questionnaire prepared by the researchers in line with the literature, but due to the Covid-19 pandemic and the distance education process, it was sent to students' e-mails and registered online.

Results: The average age of the students participating in the research is 21.87 ± 1.55 . Faculty of Health Sciences students participating in the study were 29.7% sports sciences, 24.1% nursing, 13.9% nutrition and dietetics, 11.6% child development and the remaining 20.7% audiology, health management, social work, physiotherapy. While 92.1% male students wanted to encourage their spouse at birth, 88.4% wanted to have skin contact with their baby, 90.7% wanted to hear the first cry of their baby, a similar rate could not be seen in their desire to participate in the birth preparation course with their spouse (67.9%). It has been determined that male students also have fear (30%) and panic regarding birth (31%).

Conclusion: It is recommended to organize seminars/interviews about childbirth preparation/pregnant information trainings in universities, to present professional instructive training video options, to provide booklets, brochures, and to take appropriate elective courses.

Key words: Birth, Spousal support, Male, Student

¹Arş. Gör. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi (Orcid no: 0000-0001-9451-4544)

Giriş

Doğum biyolojik, psikolojik ve kültürel süreçleri kapsayan doğal bir süreçtir ve bireyden bireye değişkenlik gösterir. Doğal ve özel olan bu süreçte, kadınlar heyecan, mutluluk, stres ve korku gibi olumlu ve olumsuz birçok duyguları deneyimleyebilmektedirler. Bilinmektedir ki, olumsuz doğum deneyimleri kadınların ruh sağlıklarını etkilemekle birlikte, üremeye ilişkin gelecek kararlarını da etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamaları hem fiziksel hem ruhsal sağlıkları yönünden oldukça önemlidir (1,2).

Yapılan çalışmalar ve yayınlanan rehberlerde kadınlara sağlanan sosyal desteğin doğum sürecinde algılanan olumlu duyguları artırdığı bildirilmiştir (3). Sosyal destek kaynaklarının en başında eş veya partner desteğinin geldiği ve daha etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle de doğumda verilen eş desteğinin kadının ağrısını, stresini ve kontrol kaybını azalttığı, müdahaleli doğum oranlarını düşürdüğü, evlilik doyumunu, güven duygusunu ve bağlanmayı artırdığı, kadını daha güçlü hissettirdiği bildirilmektedir (3-5).

Nitekim, kadınlara sağlanan sosyal desteğin artmasını sağlayan Anne Dostu Hastane Modeli Ülkemizde de intrapartum bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla uygulanmaya başlamıştır. Bu uygulama kapsamında, doğum sürecinde kadının yanında destekleyici ve bakım verici, istediği bir kişinin bulunması yer almaktadır ki çoğu gelişmiş ülkelerde bu kişiler eşler veya partnerlerdir (6). Eşlerin doğum sürecine katılma konusundaki davranış ve görüşleri, kültürel ve etnik çeşitli özelliklerden etkilenebilir (7). Ülkemizde yapılan tanımlayıcı nicel bir çalışmada kadınların % 74.5'i doğum sürecinde destek olacak birine ihtiyaç duyduğunu belirtirken; bu kişileri anneleri (% 43.8), eşleri (% 30.7), kardeşleri (% 25.2) ve sağlık personeli (% 10.2) olarak sıralamışlardır (8). Babalar ile yapılan nitel bir çalışmada, babaların çoğu (% 85) eşinin yanında bulunmak istediğini ve eşlerine destek olmak istediklerini ifade etmişlerdir (9). Ancak, bilgi eksikliği, hastane prosedürleri gibi nedenlerle eşlerinin yanında olamadıklarını belirtmişlerdir. Dolayısıyla, anne-baba ve yenidoğan iletişimini, gelişimini ve bağlanmasını olumlu etkileyecek eş desteği için sağlık profesyonellerinin babalara sağlayacakları destek son derece önemlidir.

Literatürde doğumda eş desteğini belirlemeye yönelik çalışmaların çoğunlukla kadınlar üzerinde yapıldığı görülmekle beraber, sınırlı sayıda eşler üzerinde yapılan çalışmalar da mevcuttur. Oysaki geleceğin baba adayı olan üniversite öğrencilerinin de bilinçli ebeveynler olmalarına katkı sağlamak amacıyla doğumda eş desteğine ilişkin farkındalık kazandırılması ve eş desteğinin sorgulanması sağlıklı ebeveynlik için de oldukça önemlidir. Bu doğrultuda, üniversite öğrencileri ile yapılan bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı türde yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Karadeniz Bölgesi'ndeki bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim gören 431 erkek öğrenci oluşturdu (N=431). Etki genişliklerine göre 1 serbestlik derecesinde $\alpha = 0.05$ ve $\beta = 0.20$ ile G-Power testi kullanılarak örneklem güç hesabı yapıldı. Evreni bilinen formüle göre en az 203 öğrenci olarak belirlendi. Araştırmanın örneklemi ise çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 215 öğrenci oluşturdu (n=215).

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler; Temmuz-Eylül 2020 tarihlerinde, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan soru formu kullanılarak toplandı. 19 sorudan oluşan soru formu, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; öğrencilerin sosyo-demografik bilgilerini kapsarken, 2. bölüm ise doğumda eş desteğine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Veriler, Covid-19 pandemisi ve uzaktan eğitim sürecinden dolayı belirlenen tarihlerde öğrencilerin e-maillerine gönderilerek online olarak toplandı. 250 erkek öğrenciye e-mail ile gönderilen anketlerden, 215 öğrenci çalışmaya gönüllü katılmayı kabul ederek anket mailine olumlu geri dönüş yaptı.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapılacağı kurumdan (25.06.2020 tarih, 57443978-730-652 sayılı) ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden yazılı izin alınarak, çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Veriler, Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 istatistiksel paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.87 ± 1.55 (en düşük: 18- en yüksek: 27) yıldır. Tamamına yakını (%93) bekar olup, yarıdan fazlası (%56.3) en uzun yerleşim yeri olarak şehirde yaşamıştır. Öğrencilerin yarısı (%50.2) gelir durumlarının giderle eşit olduğunu belirtmiş, çoğunun (%72.1) çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Çalışmaya katılan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %29.7'si spor bilimleri, %24.1'i hemşirelik, %13.9'u beslenme ve diyetetik, %11.6'sı çocuk gelişimi ile geriye kalan %20.7'si odyoloji, sağlık yönetimi, sosyal hizmet, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümlerinde eğitim görmektedir.

Tablo 1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=215)

Değişkenler		n	%
Yaş (ort $\pm$ SS) 21.87 ± 1.55 (en düşük: 18- en yüksek: 27)			
Sınıf	1.sınıf	40	18.6
	2.sınıf	56	26.05
	3.sınıf	73	33.95
	4.sınıf	46	21.4
Medeni durum	Bekar	200	93
	Evli	15	7
En uzun yaşadığı yerleşim yeri	Köy	27	12.6
	İlçe	66	30.7
	Şehir	122	56.7
Gelir durumu	Gelir giderden az	37	17.2
	Gelir giderle eşit	108	50.2
	Gelir giderinden fazla	70	32.6
Aile tipi	Çekirdek aile	155	72.1
	Geniş aile	60	27.9

Tablo 2. Öğrencilerin doğumda eş desteğine ilişkin görüşleri (n=215)

Değişkenler		n	%
Doğumda eşimi cesaretlendirmek isterim	Evet	198	92.1
	Hayır	2	0.9
	Kararsızım	15	7.0
Doğumda bebeğimle ten teması kurmak isterim	Evet	190	88.4
	Hayır	5	2.3
	Kararsızım	20	9.3
Bebeğimin ilk ağlayışını duymak isterim	Evet	195	90.7
	Hayır	6	2.8
	Kararsızım	14	6.5
Eşimin doğum sırasında yaşadıklarını anlamak isterim	Evet	180	83.7
	Hayır	5	2.3
	Kararsızım	30	14.0
Doğumda eşimin elini tutmak isterim	Evet	186	86.5
	Hayır	4	1.9
	Kararsızım	25	11.6

Erkek öğrencilerin %53.5'i sanal ortamda doğum eylemini izlediğini belirtmiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%92.1) doğumda eşini cesaretlendirmek, (%90.7) bebeğinin ilk ağlayışını duymak, (%88.4) doğumda bebeğiyle ten teması kurmak ve (%86.5) doğumda eşinin elini tutmak istediğini ifade etmiştir (Tablo 2).

Öğrencilerin tamamına yakını (%97.7) gebelikte eş desteğinin önemli olduğunu ve yarıdan fazlası (%65.1) gebeliğin sadece kadınların geçirdiği bir süreç olmadığını bildirmiştir. Bununla beraber, öğrencilerin %93'ü gebelikte eşlerinin doğuma ilişkin eğitim almalarını destekleyeceklerini ve %67.9'u da gebelikte eşyle beraber kendisinin de doğuma hazırlık kursuna katılmak istediğini ifade etmiştir. Büyük çoğunluğu (%83.7) da gebelikte eşinden destek gören kadınların lohusalık dönemlerinin daha kolay geçeceğini belirtmiştir. Erkek öğrencilerin yarısı (%53.5) doğum eylemini sanal ortamda izlediklerini belirtirken, izlemeyenler ise panik olurum (%31), korkarım (%30), heyecanlanırım (%32), kadını ağrı çekerken görmek istemem (%27), ilgi çekici değil (%7) gibi çoklu yanıtlar vermişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin gebelikte eş desteğine ilişkin görüşleri (n=215)

Değişkenler		n	%
Gebelik sadece kadınların geçirdiği bir süreçtir	Evet	65	30.2
	Hayır	140	65.1
	Kararsızım	10	4.7
Gebelikte eşimin doğuma ilişkin eğitim almasını desteklerim	Evet	200	93.0
	Hayır	4	1.9
	Kararsızım	11	5.1
Gebelikte eş desteği önemlidir	Evet	210	97.7
	Hayır	3	1.4
	Kararsızım	2	0.9
Gebelikte eşinden destek gören kadınların lohusalık dönemi daha kolaydır	Evet	180	83.7
	Hayır	6	2.8
	Kararsızım	29	13.5
Gebelikte eşimle beraber ben de doğuma hazırlık kursuna katılmak isterim	Evet	146	67.9
	Hayır	29	13.5
	Kararsızım	40	18.6
Doğum eylemini sanal ortamda izleme durumu	İzleyenler	115	53.5
	İzlemeyenler	100	46.5

Tartışma

Doğumda eşin desteği kadının doğum deneyimini daha konforlu kılmaktadır. Bununla birlikte, doğumda eş desteği, doğumda ağrı kesici kullanmayı azaltan ve doğum süresini kısaltan bir faktör olarak da bilinmektedir (3, 4, 10). Literatürde yapılan çalışmalarda da kadınların yarısından fazlasının eşlerini doğumda yanlarında görmek istedikleri bildirilmiştir (10). Karaçam ve Karatepe (2020)'nin babaların doğum eylemine katılma konusundaki görüşlerini belirledikleri nitel çalışmalarında, babaların çoğunun (%85) doğumda eşlerinin yanında bulunmak istedikleri saptanmıştır (9). Duru (2014) tarafından yapılan nicel çalışmada da babaların çoğunun (%72) doğumda eşlerine destek olmak istedikleri bildirilmiştir (11). Johansson ve ark.'nın (2015) sekiz çalışmayı kapsayan meta-analiz çalışmasında benzer olarak babaların eşlerinin doğuma katılmak ve destek olmak istedikleri belirtilmiştir. Ayrıca meta analiz çalışmasında eşlerin, doğumu zorlukları olan ve hazırlık gerektiren bir durum olarak tanımladıkları da bildirilmiştir (12). Türkiye'de Bilgin'in (2020) üniversite öğrencileri ile yaptığı nitel bir çalışmada erkek öğrencilerin doğuma ilişkin ifadelerine yer verilmiştir; "bir insanın bu dünyaya geldiğine şahit olmak, o ana tanıklık etmek kadar, doğum kadar mucizevi bir şey daha olduğunu sanmıyorum", başka bir erkek öğrenci

ise "Doğum deyince, yardıma muhtaç, sevgi ve şefkat bekleyen minik bir beden geliyor aklıma" (13).

Literatürdeki çalışmalarla paralel olarak, bu çalışmada da erkek öğrencilerin büyük çoğunluğu doğumda eş desteğinin önemli olduğunu belirtmiş; %90,7'si bebeğinin ilk ağlayışını duymak, %92,1'i doğumda eşini cesaretlendirmek, %88,4'ü doğumda bebeğiyle ten teması kurmak ve %86,5'i doğumda eşinin elini tutmak istediğini ifade etmiştir. Nitekim anne-baba ve yenidoğan iletişimini -gelişimini olumlu etkileyecek eş desteği için sağlık profesyonellerinin babalara sağlayacakları destek son derece önemlidir.

Eş desteğinin sadece doğum esnasında değil gebelik sürecinde de hem maternal hem prenatal sonuçların iyileştirilmesi açısından önemli olduğu bilinmektedir. Eş desteğinin yaşam kalitesini yükselttiği, annelik rolüne uyum sürecini olumlu etkilediği, anneye güvende hissettirdiği, gebelik komplikasyonlarını azalttığı yapılan çalışmalarla rapor edilmiştir (4,14). Dolayısıyla, babalık rolüne de uyumu kolaylaştıracağından baba adayının eşleri ile kaliteli zaman geçirmesi, doğuma hazırlık eğitimlerine katılması önerilmektedir. Literatürde, doğuma hazırlık eğitim kurslarına katılmış baba adaylarının eşlerine daha bilinçli destek oldukları, eşlerinin de kendilerine

daha güvindikleri bildirilmiştir (10,15,16). Bu çalışmada da öğrencilerin %97,7'si gebelikte eş desteğinin önemli olduğunu, %93'ü gebelikte eşlerinin doğuma ilişkin eğitim almalarını destekleyeceklerini ve %67,9'u da gebelikte eşyle beraber kendisinin de doğuma hazırlık kursuna katılmak istediğini ifade etmiştir. Karadeniz bölgesinde bir devlet hastanesindeki 400 baba ile yapılan tanımlayıcı bir çalışmada, erkeklerin %54,1'i doğum sürecine ilişkin hiç bilgi almadığını saptanmış olup, eğitim durumu ile ilişkili bulunmuştur. Eğitim durumunun artması ile erkeklerin eşle birlikte kontrollere daha fazla gittiği, bebek bakımı ve gebelik sürecinde eşlere daha fazla destek oldukları ve eşle bu sürecin daha fazla paylaşıldığı bildirilmiştir (17). Buna göre de üniversite öğrencileri ile yapılan bu çalışmada erkekler üzerinde eş desteğine ilişkin farkındalık kazandırmak da aile sağlığı ve toplum sağlığı açısından oldukça kıymetlidir.

Çalışmamızda erkek öğrencilerin yarısı (%53,5) doğum eylemini sanal ortamda izlediklerini belirtirken, izlemeyenler ise panik olurum (%31), korkarım (%30), heyecanlanırım (%32), kadını ağrı çekerken görmek istemem (%27), ilgi çekici değil (%7) gibi çoklu yanıtlar vermişlerdir. Avcı ve ark'nın (2020) ilk kez vajinal doğum gören erkek hemşirelik öğrenciler ile yaptıkları nitel bir çalışmada da benzer olarak, öğrencilerin doğum eylemini izlerken genellikle korku, stres, üzüntü ve mutluluk gibi duyguları bir arada yaşadıkları bildirilmiştir. Ayrıca, erkeklerin doğum eylemini izledikten sonra tamamına yakını eşine destek olmak amacıyla doğuma girmek istediğini belirtirken, sadece 2 öğrenci eşinin acı çektiğini görmeye dayanamayacağından ileride eşinin doğumuna girmek istemediğini ifade etmiştir (18).

Sonuç ve Öneriler

Erkek öğrencilerin çoğu doğum sürecinde eşinin yanında olmak, bebeğiyle ten teması kurmak, bebeğinin ilk ağlamasını duymak isterken, aynı istek/oran eşi ile beraber doğuma hazırlık kursuna katılım isteğinde görülmemiştir. Erkek öğrencilerin de doğuma ilişkin korku ve paniklerinin olduğu, bu doğrultuda doğuma hazırlık/gebe bilgilendirme eğitimlerine ilişkin kendilerine kitapçık, broşür verilmesi, üniversitelerde bu konuda seminerler/söyleşiler düzenlenmesi, profesyonel öğretici eğitim video seçeneklerinin sunulması, uygun olan seçmeli derslerine konu olarak alınması önerilmektedir.

İletişim: Arş. Gör. Dr. Şükran Başgöl
E-Posta: sukranbasgol@gmail.com

Kaynaklar

1. Poh HL, Koh SSL, Seow HCL, He HG. First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. *Midwifery* 2014;30(6):779-787.
2. Kaçar N, Yazıcı S. Ebe Tarafından Verilen Sürekli Doğum Desteğinin Mesleki ve Obstetrik Sonuçlara Etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;3(3):214-224.
3. Akin B, Saydam BK. Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Yeni Bir Yaklaşım: Doğum Dansı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(3):218-224.
4. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:160-72.
5. Yurdakul M, Aydın BM, Alıcı D. Gebelikte eş desteği algısı ölçeği'nin (GEDAÖ) geliştirilmesi: güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları. *HEAD* 2020;17(3):258-66.
6. Glover V, Capron L. Prenatal parenting, *Current Opinion in Psychology* 2017;15(1): 66-70.
7. Draper H, Ives J. Men's involvement in antenatal care and labour: Rethinking a medical model. *Midwifery* 2013;29(7):723-729.
8. Timur S, Şahin NH. Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010;12(1):29-40.
9. Karaçam Z, Karatepe E. Babaların Doğum Eylemine Katılma Konusundaki Görüşleri ve Gereksinimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2020;7(3):360-366.
10. Şahin HN, Soypak F. Erken lohusalık süresinde kadınların algıladıkları eş desteği. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2010;41(4):187-193.
11. Duru Y. Anne ve Babaların Doğum Eylemindeki Eş Desteğine İlişkin Görüşleri, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2014.
12. Johansson M, Fenwick J, Premberg A. A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery* 2015;31(1):9-18.
13. Bilgin N. Hemşirelik Öğrencilerinin Doğuma İlişkin Algıları: Nitel Bir Çalışma. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2020;10(3):348-356.
14. Gül B, Riyaz MA, Batool N, Yasmin H, Riaz MN. Social support and health related quality of life among pregnant women. *J Pak Med Assoc* 2018;68(6):872-5.
15. Izudi J, Akwang DG, McCoy SI, Bajunirwe F, Kadengye DT. Effect of health education on birth preparedness and complication readiness on the use of maternal health services: A propensity score-matched analysis. *Midwifery* 2019;78:78-84.
16. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* 2016;34:166-172.
17. Özcan H. Babalar ve Gebelik Süreci. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2018;49(1):72-76.
18. Avcı SÇ, Işık G, Cetişli NE. İlk kez vajinal doğum gören erkek hemşirelik öğrencilerinin deneyimleri: Nitel bir çalışma. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları* 2020; 3(3):235-243.

Öz

Amaç: Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı tarafından her yıl yayınlanan sağlık istatistikleri yıllıklarında yer alan verilerin farklı bir bakış açısıyla ele alınarak Kayseri ile Türkiye geneli verilerini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Materyal ve Yöntem: T.C Sağlık Bakanlığı'nın her yıl yayınlamış olduğu Sağlık İstatistikleri Yıllıkları'nın 2014-2018 yılına ait olanlardaki Kayseri ve Türkiye Geneli bazı ortak veriler Microsoft Word 2013 programı kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Kayseri nüfus artışı yaklaşık %5,1, Türkiye nüfus artışı yaklaşık %5,5'tir. Kayseri'de kırsal nüfus 2014 yılında %5,3, 2018 yılında %5,4'tür. Kayseri'de 2014 yılı birinci basamak başvuru sayısı 3.684.536, ikinci ve üçüncü basamak başvuru sayısı 7.213.102, 2018 yılında birinci basamak 5.163.205, ikinci ve üçüncü basamak 8.252.804'tür. Türkiye'de 2014 yılı birinci basamak başvuru sayısı 396.577.644, ikinci ve üçüncü basamak başvuru sayısı 424.786.425, 2018 yılında birinci basamak 265.496.223, ikinci ve üçüncü basamak 517.018.981'dir.

Sonuç: Kayseri'de hizmetlerin daha iyi yürütülebilmesi için özellikle hem birinci basamak, hem diğer basamaklardaki personel, araç ve ekipman sayılarında iyileştirmeler yapılmalıdır. Büyükşehir statüsünde nüfusu çok olan bir il olması sebebiyle sayı olarak yeterli gözükse de nüfusa oranlandığında iyileştirilmeler yapılması gerektiği görülecektir.

Anahtar sözcükler: İstatistik yıllıkları, Personel, Hastane, Ambulans, Aile hekimliği,

Abstract

Aim: In this study, it was aimed to compare the data in the health statistics annuals published by the Ministry of Health every year from a different perspective and compare the data of Kayseri Province and Turkey in general.

Materials and Methods: Some common data in Kayseri and Turkey in 2014-2018 of the Health Statistics Annuals published by the Ministry of Health of the Republic of Turkey every year were compared using the Microsoft Word 2013 program.

Results: The population increase in Kayseri is approximately 5.1%, and the population increase in Turkey is approximately 5.5%. The rural population in Kayseri was 5.3% in 2014 and 5.4% in 2018. In Kayseri, the number of primary care applications in 2014 is 3,684,536, the number of secondary and tertiary level applications is 7,213,102, in 2018 the first step is 5,163,205, and the second and third level is 8,252,804.. In Turkey, the number of primary care applications in 2014 was 396,577,644, the number of secondary and tertiary care applications was 424,786,425, in 2018 the primary level was 265,496,223, and the second and third level was 517,018,981.

Conclusion: In order to provide better services in Kayseri, improvements should be made especially in the number of personnel, vehicles and equipment at both primary and other levels. Although it seems to be sufficient in number due to being a province with a large population in metropolitan status, it will be seen that improvements should be made when it is compared to the population.

Key words: statistical annuals, personnel, hospital, ambulance, family medicine,

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

Giriş

Bir bölgede sağlık hizmetlerinin düzeyini belirlemenin en güvenilir yolu, toplumu temsil eden örneklemeler üzerinde çeşitli sağlık göstergeleri açısından alan araştırması yapmaktır. Sağlık Bakanlığı her yıl yayınladığı istatistik yıllıkları ile alan araştırmalarıyla elde ettiği verileri Türkiye'deki sağlık sektörünün her basamağını özel, kamu dahil, iller bazında çeşitli etkenler üzerinden vermektedir (1).

Sağlık alanında kullanılan birçok veri bulunmaktadır. Bir ili veya ülkeyi değerlendirebilmek için belli başlı veriler çok önemlidir. Demografik veriler (nüfus, yaş, bağımlılık, kırsal/kentsel nüfus vs), sağlık basamaklarına başvuru sayıları, ameliyat sayıları, yatak sayıları, yatak doluluk oranları, sağlık personeli başına düşen nüfus, araç ve tıbbi cihaz sayıları, ölüm hızları, sağlık personeli sayıları vs. örnek olarak verilebilir (1).

Bir ilçe, il ya da ülke sağlık göstergeleri açısından incelenmek istendiğinde mutlaka demografik olarak ayrıntılı bilgiler araştırılmalıdır. Sağlık basamaklarını kullanan kişiler insandır ve insanların yapıları bilinmeden sağlıklı değerlendirilmelerde bulunulamaz. Bir nüfusun yaş dağılımı, kent ve kır nüfusu dağılımı, yaşlı nüfusu, nüfusun ekonomik, ticari, hayvansal, tarımsal faaliyetleri, yaşam alanları, yaşadıkları evler, hayat standartları incelenmelidir ki sağlık sorunları ve bu sorunları çözmek için başvurdukları sağlık tesislerinin hizmetleri değerlendirilebilsin. Bu bilgiler ışığında bir takım veriler elde edip değerlendirmelerde bulunabiliriz (1).

Demografik yapıların farklılığına göre birinci, ikinci, üçüncü basamak başvurularının sayısı değişmektedir. Sağlık sorunlarına göre bu basamaklara ihtiyaçlar değişmektedir. Her basamağın değerlendirme kriterleri, bakılacak sayıları, verileri farklıdır. Birinci basamakta poliklinik başvuruları, aşılamalar, koruyucu önlemler, ölüm sayıları önemliken; ikinci ve üçüncü basamakta poliklinik sayıları, ameliyat sayıları, yoğun bakım yatağı sayıları, hastane yatağı sayıları, hastane doluluk oranları tıbbi cihaz sayıları gibi veriler önem kazanmaktadır (2).

Değerlendirmelerde bulunurken elde edeceğimiz verileri bize sağlayan esasen sağlık personelidir.

Uzman hekim, pratisyen hekim, sağlık memuru, hemşire, ebe, diğer sağlık personeli sayılarının yeterli ve homojen dağılmış olmaları sağlıklı hizmet sunumunda çok önemlidir. Sağlık personelinin hizmeti sunarkenki şartları da iyi olmalıdır. Sağlığı sayılarla değerlendirirken en başta sağlık personelinin değerlendirmesi yapılmalıdır (3-4).

Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı tarafından her yıl yayınlanan sağlık istatistikleri yıllıklarında yer alan veriler farklı bir bakış açısıyla ele alınarak Kayseri ile Türkiye geneli verileri karşılaştırılmıştır.

Bulgular

Kayseri nüfus artışı yaklaşık %5,1, Türkiye nüfus artışı yaklaşık %5,5'tir. Kayseri'de kırsal nüfus 2014 yılında %5,3, 2018 yılında %5,4'tür. Aradaki yıllarda da yakın değerleri içermektedir. Düşüş eğilimine girmiş olan kırsal nüfus 2017'de %4,8 iken; 2018'de %5,4 ile artışa geçmiştir. Türkiye nüfusunda da aynı durum mevcuttur. Türkiye'de kırsal nüfus 2014 yılında %12,8, 2018 yılında %12,1'dir. Aradaki yıllarda da hafif bir artış olmuş, sonra düşüşe geçmiştir (Tablo 1). Aile hekimliği ve 112 ile ilgili bilgiler tabloda sunulmuştur. Kayseri ve Türkiye geneli verileri paraleldir (Tablo 2).

Kayseri'de 2014 yılı birinci basamak başvuru sayısı 3.684.536, ikinci ve üçüncü basamak başvuru sayısı 7.213.102, 2018 yılında birinci basamak 5.163.205, ikinci ve üçüncü basamak 8.252.804'tür. Aradaki yıllarda artış mevcuttur. Türkiye'de 2014 yılı birinci basamak başvuru sayısı 396.577.644, ikinci ve üçüncü basamak başvuru sayısı 424.786.425, 2018 yılında birinci basamak 265.496.223, ikinci ve üçüncü basamak 517.018.981'dir. Aradaki yıllarda birinci basamak başvuruda düşüş, ikinci ve üçüncü basamak başvuruda artış mevcuttur. 2014 yılı Kayseri'de yatan hasta sayısı 328.663, ameliyat sayısı 121.669, yatak doluluk oranı %70,0'dır. 2018 yılında yatan hasta sayısı 308.217, ameliyat sayısı 93.106, yatak doluluk oranı %62,1'dir. Aradaki yıllarda artış ve düşüşler mevcuttur. 2014 yılı Türkiye yatan hasta sayısı 13.034.273, ameliyat sayısı 4.798.946, yatak doluluk oranı %68,7'dir. 2018 yılında yatan hasta sayısı 13.651.377, ameliyat sayısı 5.201.738, yatak doluluk oranı %68,0'dır. Aradaki yıllarda yatan hasta sayısı, ameliyat sayısında artış, yatak doluluk oranında düşüş mevcuttur (Tablo 3).

Tablo 1. Kayseri-Türkiye Demografik Veriler

İl-Ülke	Yıl	Toplam	Kırsal (%)	Kentsel (%)	0-14 Yaş (%)	65 Yaş ve Üzeri (%)
Kayseri	2014	1.322.376	5,3	94,7	25,7	7,6
	2015	1.341.056	5,0	95,0	25,4	7,9
	2016	1.358.980	5,0	95,0	25,1	7,8
	2017	1.376.722	4,8	95,2	24,8	8,1
	2018	1.389.680	5,4	94,6	24,6	8,5
Türkiye	2014	77.695.904	12,8	87,2	24,3	8,0
	2015	78.741.053	12,4	87,6	24,0	8,2
	2016	79.814.871	12,8	87,2	24,3	8,0
	2017	80.810.525	11,8	88,2	23,6	8,5
	2018	82.003.882	12,1	87,9	23,4	8,8

Tablo 2. Kayseri-Türkiye Hastane Sağlık Göstergeleri

İl-Ülke	Yıl	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	Nitelikli Yatak Sayısı	
Kayseri	2014	30	4.018	30,4	1.742	
	2015	29	4.038	30,1	1.778	
	2016	27	4.132	30,4	1.834	
	2017	25	4.134	30,0	1.825	
	2018	27	4.573	32,9	2.837	
Türkiye	2014	1.528	206.836	26,6	98.521	
	2015	1.533	209.648	26,6	106.279	
	2016	1.510	217.771	27,3	113.166	
	2017	1.518	225.863	27,9	127.347	
	2018	1.534	231.913	28,3	139.403	
İl-Ülke	Yıl	Yoğun Bakım Yatağı Sayısı	Aile Hekimliği Birimi Sayısı	Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus	112 İstasyon Başına Düşen Nüfus	112 Ambulans Başına Düşen Nüfus
Kayseri	2014	611	378	3.498	45.599	20.036
	2015	664	387	3.465	38.316	21.630
	2016	702	417	3.259	33.975	20.591
	2017	710	434	3.172	32.779	18.604
	2018	832	441	3.151	28.361	18.779
Türkiye	2014	28.572	21.384	3.645	35.542	20744
	2015	31.525	21696	3.629	33.896	18.584
	2016	33.063	24.428	3.267	33.256	16.491
	2017	36.240	25.198	3.207	30.867	16.418
	2018	38.098	26.252	3.124	29.983	16.701

Tablo 3. Kayseri-Türkiye Sağlık Kuruluşu Başvuru Sayıları

İl-Ülke	Yıl	Birinci Basamak Başvuru Sayısı	İkinci ve Üçüncü Basamak Başvuru Sayısı		Kişi Başı Hekime Başvuru Sayısı	
Kayseri	2014	3.684.536	7.213.102		8,2	
	2015	3.597.051	7.552.345		8,3	
	2016	3.981.703	7.956.402		8,8	
	2017	4.069.000	8.176.577		8,9	
	2018	5.163.205	8.252.804		9,7	
Türkiye	2014	396.577.644	424.786.425		8,3	
	2015	214.564.156	445.535.291		8,4	
	2016	215.990.739	469.718.440		8,6	
	2017	235.135.618	483.789.191		8,9	
	2018	265.496.223	517.018.981		9,5	
İl-Ülke	Yıl	Yatan Hasta Sayısı	Ameliyat Sayısı	Yatalak Doluluk Oranı %	Yatak Devir Hızı(%)	Kaba Ölüm Hızı(‰)
Kayseri	2014	328.663	121.669	70,0	81,8	13,8
	2015	345.866	111.939	72,0	85,7	15,0
	2016	348.773	95.547	70,4	84,4	16,0
	2017	349.618	90.505	71,4	84,6	15,3
	2018	308.217	93.106	62,1	67,4	16,6
Türkiye	2014	13.034.273	4.798.946	68,7	63,0	17,0
	2015	13.533.117	4.770.145	69,6	64,6	17,6
	2016	13.452.686	4.772.229	68,1	61,8	19,5
	2017	13.709.303	4.931.299	68,1	60,7	19,5
	2018	13.651.377	5.201.738	68	58,9	17,9

2014 yılı Kayseri uzman hekim sayısı 1.253, pratisyen hekim sayısı 668, asistan hekim sayısı 517, diğ hekim sayısı 333, eczacı sayısı 480, hemşire sayısı 2.840, ebe sayısı 997, diğ sağk personeli sayısı 3.318, 2018 yılı uzman hekim sayısı 1.273, pratisyen hekim sayısı 743, asistan hekim sayısı 705, diğ hekim sayısı 533, eczacı sayısı 633, hemşire sayısı 3.429, ebe sayısı 1.044, diğ sağk personeli sayısı 3.478'dir. Aradaki yıllarda diğ hekim ve eczacı sayısında artış, geri kalanında düşüşler ve artışlar mevcuttur. 2014 yılı Türkiye uzman hekim sayısı 75.251, pratisyen hekim sayısı 39.045, asistan hekim sayısı 21.320, diğ hekim sayısı 22.996, eczacı sayısı 27.199, hemşire sayısı 142.432, ebe sayısı 52.838, diğ sağk personeli sayısı 138.878, 2018 yılı uzman hekim sayısı 82.894, pratisyen hekim sayısı

44.053, asistan hekim sayısı 26.181, diğ hekim sayısı 30.615, eczacı sayısı 32.032, hemşire sayısı 190.499, ebe sayısı 56.351, diğ sağk personeli sayısı 177.409'dur. Aradaki yıllarda diğ hekim, eczacı, hemşire, ebe, uzman hekim, asistan hekim sayısında artış, geri kalanında düşüşler ve artışlar mevcuttur (Tablo 4).

Materyal ve Metod

T.C Sağlık Bakanlığı'nın her yıl yayınlamış olduğı Sağlık İstatistikleri Yıllıkları'nın 2014-2018 yılına ait olanlardaki Kayseri ve Türkiye Geneli bazı ortak veriler Microsoft Word 2013 programı kullanılarak karşılaştırılmıştır. Veriler sayısal olarak değerlendirilmiştir. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden idari izin alınmıştır. İnternette herkese açık bilgilerden veriler alındığı için etik kurul izni gerekmemektedir.

Tablo 4 .Kayseri-Türkiye Personel Göstergeleri

İl-Ülke	Yıl	Uzman Hekim Sayısı	Pratisyen Hekim Sayısı	Asistan Hekim Sayısı	Diş Hekimi Sayısı	Eczacı Sayısı	Hemşire Sayısı	Ebe Sayısı	Diğer Sağlık Personeli Sayısı
Kayseri	2014	1.253	668	517	333	480	2.840	997	3.318
	2015	1.258	699	545	385	496	2.910	1.003	3.272
	2016	1.216	677	589	409	488	2.900	984	3.248
	2017	1.239	738	575	412	493	3.087	975	3.319
	2018	1.273	743	705	533	633	3.429	1.044	3.478
Türkiye	2014	75.251	39.045	21.320	22.996	27.199	142.432	52.838	138.878
	2015	77.622	41.794	21.843	24.834	27.530	152.803	53.086	145.943
	2016	78.620	43.058	23.149	26.674	27.864	152.952	52.456	144.609
	2017	80.951	44.649	24.397	27.889	28.512	166.142	53.741	155.417
	2018	82.894	44.053	26.181	30.615	32.032	190.499	56.351	177.409

Tartışma

Kayseri’de 2014-2018 yılları arasında nüfus artışı olmuştur. Türkiye geneliyle paralel bir artış olmuştur. Kayseri’de nüfus artışını doğumlar, göç alması gibi faktörlere bağlayabiliriz (5-9). İlk defa 1985 yılında kırsal nüfusun toplam nüfus içindeki payı %50’nin altına inmiştir. Kentsel nüfus 1927 yılında toplam nüfusun %25’ini oluştururken 2012 yılında kırsal nüfusun oranı %23’ün altına inmiştir (10). Kayseri’de kırsal nüfus 2014-2018 yılları arasında genelde sabit kalmıştır. Türkiye geneline 2018 yılına baktığımızda %12,1 olan kırsal nüfus Kayseri’de %5,4’tür. Düşüş eğilimine girmiş olan kırsal nüfus 2017’de % 4,8 iken; 2018’de % 5,4 ile artışa geçmiştir. Türkiye nüfusunda da aynı durum mevcuttur. Bu fark Kayseri’nin bir ticaret ve sanayi şehri olmasından kaynaklanıyor olabilir (5-9).2017-2018 yılları arasındaki kırsal nüfus artışı genel nüfus içerisinde düşük bir orandır. 1980-2000 yılları arasında da benzer artışlar görülmüştür.(8) Kayseri’de 2014-2018 yılları arasında 0-14 yaş nüfusunda hafif bir azalma, 65 yaş üzeri nüfusta hafif artış olsa da genel anlamda nüfus dağılımı sabit diyebiliriz (5-9).

Kayseri sağlık alt yapısı açısından 2014-2018 yılları arasında Türkiye geneliyle paralel bir gelişim göstermiştir (5-10). 2018 yılında Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünden araştırmacılarca yapılan bir çalışmada 12

bölgede Türkiye incelenmiş ve 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı ortalama 28,16 bulunmuştur. Kayseri’de 2018 yılında bu sayı 32,9’dur. Aile hekimi sayısı ve 112 istasyonu başına düşen nüfus sayılarında da Kayseri ülke ortalamalarından iyi durumdadır. Özellikle aile sağlığı merkezleri hayırseverler tarafından yaptırıldığı için yeni birim açılması hızlı bir şekilde yapılabilmektedir. Aynı çalışmada iller ve bölgeler sağlık alt yapılarının nüfusa göre oranlamasına göre sıralandığında Orta Anadolu bölgesi 12 bölgede genelde ilk 6 içerisinde yer alamamıştır. Kayseri 81 il arasında 57. bulunmuştur. Kayseri belirli parametrelerde ülke ortalamasının üzerinde olmasına rağmen nüfusu da fazla olan bir il olması sebebiyle oranlama da gerilere düşmektedir. Bu da nüfusa göre sağlık yatırımlarının daha da artması gerektiğini göstermektedir (11).

Kayseri’de 2014 yılından 2018 yılına birinci basamağa müracaat sayısı da ikinci ve üçüncü basamağa müracaat sayısı da artış göstermiştir. Türkiye de ise 2014 yılından 2018 yılına birinci basamağa müracaat sayısında azalma olmuştur. Ülke genelinde sevk sistemi uygulanmamaktadır. Bu sebeple hastalar doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar. 2012 yılı verilerine göre ortalama olarak bir kişi bir yılda yaklaşık 3 kez birinci basamak sağlık hizmetlerine, 5 kez ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine müracaat etmektedir (12).

Bu çalışma Kayseri verileriyle uyushmaktadır. Kayseri'nin aile hekimligi sistemini daha fazla kullanmasından kaynaklanabilecegi gibi ikinci ve üçüncü basamağa ulaşımın daha zor olmasından da kaynaklanıyor olabilir. 2014 yılına göre Kayseri yatak doluluk oranında düşüş gözlenmektedir. Bu yeni yapılan sağlık tesislerinden kaynaklanıyor olabilir. Yatak devir hızında gerileme, kaba ölüm hızında artış gözlenirse de ülke ortalamalarından iyi durumda olduğu görülmektedir.

2014 yılından 2018 yılında Kayseri'deki hekim ve diğer sağlık personeli sayısındaki artışlar ülke geneliyle paralel seyretmiştir. Ülke genelinde ve Kayseri'de hekim ve diğer sağlık personeli sayısında eksiklikler ve dağılım sorunları yaşanmaktadır. Bir tanıma göre sağlık hizmetleri; "bireylerin ve toplumun diğer üyelerinin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılması gereken hizmetlerdir" Bu tanımda geçen dengeye ulaşabilmenin en önemli basamağı sağlık hizmetlerini bölgelere personel, araç, ekipman olarak dengeli bir şekilde dağıtmaktır (13).

Sosyoekonomik olarak geride olan illerden batı illerine sürekli bir yer değiştirme mevcuttur. Sosyoekonomik olarak geri illerdeki personel eksiklikleri mecburi hizmet ve bir takım ücret iyileştirilmeleriyle telafi edilmeye çalışılmaktadır. Bu destekler kısmi olarak işe yaramaktadır ve sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaşmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi bölümünde yapılan bir çalışmada sosyoekonomik sıralamada geri olan illerin sağlık hizmetlerine ulaşımında daha üst sıralarda olduğu görülmüştür. Bu durumu mecburi hizmet ve sağlık yatırımlarına bağlamışlardır (12).

Kanuni ve idari düzenlemelere rağmen özellikle ebe ve hemşire sayısında sıkıntılar yaşanmaktadır. Sağlık insan gücünün yeterli ve etkili olması sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli faktörlerden birisidir. Gürcistan'da yapılan ulusal aşılama programında düşük aşılama oranı nedenleri arasında en önemli neden olarak insan kaynaklarındaki yetersizlikler olduğu belirlenmiştir (14). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde insan kaynaklarının sayı ve niteliğini incelemeye yönelik 117 ülkeyi kapsayan ve DSÖ verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada sağlık insan kaynaklarının anne ölüm oranı, yeni doğan ölüm oranı ve 5 yaş altı ölüm oranlarına etkisi incelenmiştir. İnsan

kaynakları sayısının ve yoğunluğunun anne ölüm oranı, yeni doğan ölüm oranı ve 5 yaş altı ölüm oranlarını önemli ölçüde etkilediği gözlemlenmiştir (15).

Sonuç

Çalışmamızda 2014-2018 yılları arasında Kayseri ve Türkiye geneli Sağlık Bakanlığı istatistiklerine dayanarak karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Kayseri bazı alanlarda ülke genelinden iyi durumdayken bazı alanlarda geridedir ama genel anlamda yıllar içerisinde ülke geneliyle paralel bir gelişim göstermiştir. Kayseri'de hizmetlerin daha iyi yürütülebilmesi için özellikle hem birinci basamak, hem diğer basamaklardaki personel, araç ve ekipman sayılarında iyileştirmeler yapılmalıdır. Birinci basamakta aile sağlığı merkezi sayıları, 112 istasyon ve ambulans sayıları artırılarak daha iyi oranlara ulaşılmalıdır. Birinci basamağın sayısal olarak değil nitelik olarak daha etkili kullanımı sağlanıp hastanelerin iş yükleri azaltılmalıdır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatak ve nitelikli yatak, yoğun bakım yatağı sayıları, hekim ve diğer sağlık personeli sayıları daha iyi sayılara getirilmelidir. Büyükşehir statüsünde nüfusu çok olan bir il olması sebebiyle sayı olarak yeterli gözükse de nüfusa oranlandığında iyileştirilmeler yapılması gerektiği görülmektedir.

İletişim: Uzm. Dr. Mehmet Emin Özdemir
E-Posta: drmehmetemin@yahoo.com

Kaynaklar

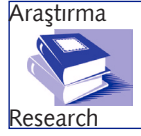
1. Özdemir M.E., Koçoğlu F. Sivas ilinde sağlık hizmetlerinin durumu: Önceki sağlık teşkilatlanması genelinde bir değerlendirme Kafkas J MedSci 2019;9(3):144-52 doi: 10.5505/kjms.2019.32067
2. Çetin,P.(2015).Türkiye de Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin AB Kriterleri Açısından Bursa Sağlık Kurumları Örneğinde İncelenmesi: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/711205/yokAcikBilim_10090999.pdf?sequence=-1&isAllowed=y Erişim Tarihi:24.03.2022
3. HOMEDES, n., Ugalde, a.,(2005) human resources: the cinderella of health sector reform in latin america, human resources for health, 3:1, s.1-2. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-3-1> Erişim

- Tarihi:24.03.2022
4. HONGORO,C., McPake,B., (2004), How to bridge the gap in human resources for health, Lancet; 364, 1451
 5. 5-Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5119,yilliktrpdf.pdf?0> Erişim Tarihi:24.03.2022
 6. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/23530,2015-yili29pdf.pdf?0> Erişim Tarihi:24.03.2022
 7. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> Erişim Tarihi:24.03.2022
 8. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/31113/0/111turkcesiydijiv1pdf.pdf> 0 Erişim Tarihi:24.03.2022
 9. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim Tarihi:24.03.2022
 10. Yılmaz M. Türkiye’de Kırsal Nüfusun Değişimi ve İllere Göre Dağılımı (1980-2012) Doğu Coğrafya Dergisi – 33 161-188
 11. Şantaş F, Şantaş G. Türkiye’nin, bölgelerin ve illerin sağlık değişkenleri açısından mevcut durumu ve sıralanması Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(3), 2419-2432. doi: 10.17218/hititsosbil.453033
 12. Gözlü M, Tatlıdil H. Türkiye’deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumları Sosyal Güvenlik Dergisi 2015;;5(2)::145-65
 13. Mutlu A ve Işık A. Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 3. Baskı, 2012 Ekim, Bursa.
 14. Esmail LC, Cohen-Kohler JC, Djibuti M. Human resource management in the Georgian National Immunization Program: A baseline assessment. Human Resources for Health. 2007;5(20):5-8 URL: <http://www.human-resources-health.com/content/5/1/20>
 15. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: Cross-country econometric study" Lancet. 2004;364(9):160307

Bir Üniversite Hastanesinin Erişkin Acil Servisine Başvuran Zehirlenme Vakalarının Retrospektif Olarak İncelenmesi

A Retrospective Investigation Of Poisoning Cases Admitted to the Adult Emergency Department of a University Hospital

Aylin Günay¹, Ziyafet Uğurlu², Elif Akyüz³, Sibel Akbaş⁴, Afşin Emre Kayıpmaz⁵



DOI: 10.17942/sted.862801

Geliş/Received : 17.01.2021
Kabul/ Accepted : 04.04.2022

Öz

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda, 2012-2017 yılları arasında hastanemizin erişkin acil servisine başvuran zehirlenme olgularının geriye dönük olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Acil Servisi'ne 01/01/2012-09/10/2017 tarihleri arasında başvuran 1375 zehirlenme olgusu retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Erişkin acil servisine zehirlenme nedeniyle başvuran zehirlenme vakalarının 878'inin kadın (%63,9), %49,4'ünün erişkin yaş grubunda (26-45 yaş) olduğu saptanmıştır. Başvuran vakaların zehirlenme türü/ajanına göre dağılımı incelendiğinde; ilaç ile zehirlenmelerin (%36,6) ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Zehirlenme türlerine göre 18-25 yaş grubunda alkol alımına bağlı zehirlenmelerin (%35,5) daha fazla, 26-45 yaş grubunda ise ilaç ile zehirlenmelerin (%44,2) daha fazla olduğu, genel olarak zehirlenme türlerinde kadınların oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda literatürdeki çalışmalarla benzer şekilde zehirlenme olgularının genç yaş grubu ve kadınlarda daha fazla görüldüğü saptanmış olup; bu olguların çoğunluğunu ilaç ile zehirlenmelerinin oluşturduğu görülmüştür. Acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarının konu ile ilgili farkındalıklarının artırılması, acil servise başvuran kişilere zehirlenmelere karşı önlemler konusunda danışmanlık verilmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Zehirlenme, Hastane acil servisi, erişkin

Abstract

Introduction-Objective: The aim of this study is to investigate the cases of intoxication cases admitted to our hospital's emergency department between 2012-2017.

Material-Methods: In this study, we retrospectively investigated 1375 intoxication cases presenting to the Adult Emergency Department of Başkent University Ankara Hospital between 01/01/2012-09/10/2017.

Findings: The number of poisoning cases who were admitted to the adult emergency department due to intoxication was 878 (63.9%) and 49.4% (26-45 years) in the adult age group. When the distribution of the cases according to the type of poisoning / agent were examined; drug poisonings (36.6%) was the first. According to the types of intoxication, it was determined that the number of poisoning due to alcohol intake was higher in the 18-25 age group (35.5%), poisoning from drugs was higher in the 26-45 age group (44.2%), and the rate of female poisoning was higher in general.

Discussion-Conclusion: As a result, in our study, it was found that poisoning cases were more common in young age group and women in the same way as the studies in literature. It is advisable to increase the awareness of the health care workers working in the emergency department, and to advise the people applying to the emergency services against the poisoning measures.

Key words: poisoning, hospital emergency service, adult

¹Uzm. Hemşire, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü (Orcid no: 0000-0003-2238-0561)

²Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0001-6693-6272)

³Dr. Öğr. Üyesi, Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-0218-3501)

⁴Hemşire, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü (Orcid no: 0000-0003-0788-1886)

⁵Doç.Dr., Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği (Orcid no: 0000-0002-3578-4015)

Giriş

Zehirlenmeler sık görülen, mortalite ve morbidite oranları yüksek olan vakalardır. Dünya genelinde zehirlenme vakaları suicid amaçlı ya da kaza ile gerçekleşmekte ve insidansı her yıl %0,02-0,93 oranında artış göstermektedir (1,2). Ülkemizde ise acil servise başvuran zehirlenme vakalarının sayısının farklı bölgelerde yapılan araştırmalarda tüm olguların %0,8-5'ni oluşturduğu belirtilmektedir. (3,4). Amerikan Zehir Danışma Merkezleri Birliği'nin (American Association of Poison Control Centers; AAPCC) 2020 raporunda yılda üç milyondan fazla, ülkemizde Ulusal Zehir Danışma Merkezi'nin (UZEM) 2021 yılı raporunda ise yılda 217.323 erişkin zehirlenme vakasının acil servise başvurduğu belirtilmektedir (5,6).

Türkiye'de en sık görülen akut zehirlenme etkenleri, ilaçlar, tarım ilaçları, ev içi kimyasallar, zehirli gazlar ve diğer kimyasallar, bitki ve besinler ve zehirli hayvan ısırma ve sokmalarıdır (5). Yapılan çalışmalarda zehirlenme nedeni ve ajanının yaş, cinsiyet ve mevsimlere göre değişiklik gösterdiği, oral yolla alınan ilaçlar ile zehirlenmelerin daha fazla olduğu ve sıklıkla erişkin yaş grubu kadınlarda görüldüğü belirtilmektedir (7-9).

Zehirlenme vakalarının demografik verileri, zehirlenme çeşitleri ve nedenlerinin belirlenerek önlemeye ilişkin uygulamaların oluşturulmasında önemlidir. Bu nedenle çalışma yapılmasına ve farkındalık oluşturulmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızda 2012-2017 yılları arasında hastanemizin erişkin acil servisine başvuran zehirlenme vakalarının retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma, retrospektif tiptedir. Çalışmanın evrenini, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Erişkin Acil Servisi'ne hastane bilgi yönetim sisteminde var olan 01/01/2012-09/10/2017 tarihleri arasında başvuran 1375 zehirlenme vakası oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, hastane bilgi sistemlerindeki kayıtlardan ulaşılarak elde edilmiştir. Veriler, retrospektif olması nedeniyle kayıtlarda yer alan bilgiler doğrultusunda, yaş, cinsiyet, zehirlenme türü/ajanına göre sınıflandırılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Science, SPSS Inc.Chicago, IL, USA) paket veri

programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzdelik dağılım, median, ortalama, standart sapma) ve kıkare analizi kullanılmıştır. Sonuçların değerlendirilmesinde $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no: KA17/268) ve Başkent Üniversitesi Hastanesi'nden uygulama izni alınmıştır.

Bulgular

Çalışmada incelendiği tarihler arasında Erişkin Acil Servisi'ne zehirlenme nedeniyle 1375 hasta başvurmuştur. Başvurular yaş, cinsiyet, zehirlenme türü/ajanına göre sınıflandırılmıştır.

Tablo 1. Zehirlenme Vakalarının Demografik Başvuru Dönemlerine İlişkin Özellikleri (N:1375)

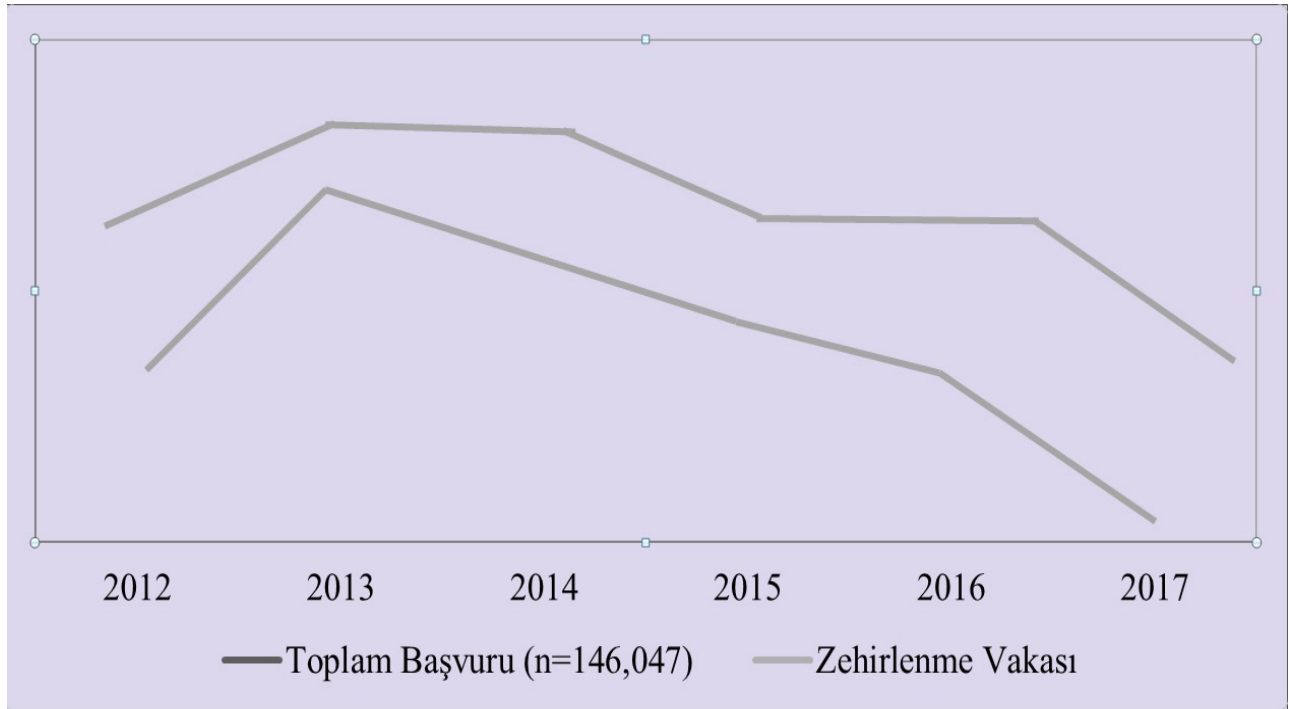
Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş ($\bar{X} = 38,89 \pm 16,16$; min-max: 18–99)		
18-25 Yaş	303	22,0
26-45 Yaş	679	49,4
46-65 Yaş	288	20,9
>65	105	7,7
Cinsiyet		
Kadın	878	63,9
Erkek	497	36,1
Başvuru Yılı		
2012	199	14,5
2013	303	22,0
2014	267	19,4
2015	230	16,7
2016	206	15,0
2017	170	12,4
Başvuru Mevsimi		
Kış	303	22,0
İlkbahar	339	24,7
Yaz	397	28,9
Sonbahar	336	24,4
Başvuru Saati		
08:00-20:00	616	44,8
20:00-08:00	759	55,2

Erişkin acil servise zehirlenme nedeniyle başvuran vakaların 497'si erkek (%36,1), 878'i kadın (%63,9) olup; başvuruların çoğunluğunu erişkin yaş grubu hastaların oluşturduğu saptanmıştır. Hastaların yaş grupları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaş gruplamasına uygun olarak alınmış olup, hastaların %22,0'nin genç erişkin yaş grubu olan 18-25 yaş grubunda, %49,4'ünün erişkin yaş grubu 26-45 yaş grubunda, %20,9'unun orta yaş grubu olan 46-65 yaş grubunda ve %7,7'sinin ise 65 yaş üstü yaşlı grupta olduğu saptanmıştır. Hastaların yaş ortalaması $38,9 \pm 16,2$ 'dir.

Zehirlenme vakalarına mevsimsel ve zaman dilimi özellikleri yönünden bakıldığında; hastaların %28,9'unun yaz aylarında, %24,7'sinin ilkbahar aylarında, %24,4'ünün sonbahar ve %22'sinin kış aylarında, yarısından fazlasının (%55,2) 20:00-08:00 saatleri arasında hastanemiz acil servisine başvurduğu belirlenmiştir (Tablo1).

Erişkin acil servise yapılan tüm başvurular incelendiğinde 2012 yılında 23.222, 2013 yılında 27.005, 2014 yılında 26.982, 2015 yılında 24.110, 2016 yılında 24.572, 2017 yılında ise 20.156 hastanın başvurduğu belirlenmiştir. Zehirlenme vakalarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde ise; 2012 yılında 199 (%14,5), 2013 yılında 303 (%22,0), 2014 yılında 267 (%19,4), 2015 yılında 230 (%16,7), 2016 yılında 206 (%15,0) ve 2017 yılında 170 (%12,4) hastanın zehirlenme nedeniyle erişkin acile başvurduğu belirlenmiştir (Grafik 1).

Erişkin Acil Servise başvuran vakaların zehirlenme türü/ajanına göre dağılımı incelendiğinde; ilaç ile zehirlenmelerin (%36,6) ilk sırada yer aldığı, bunu sırasıyla zehirli gazlar ile zehirlenmelerin (%25,9), zehirli hayvan ısırma ve sokmalarının (%21,5), fazla alkol alımı sonucu oluşan zehirlenmelerin (%12,5) ve ev içi kimyasallara maruz kalma sonucu oluşan zehirlenmelerin (%3,5) izlediği tespit edilmiştir (Tablo 2).



Grafik 1. Erişkin acil servise başvurular içinde zehirlenme vakalarının yıllara göre dağılımı

Tablo 2. Erişkin Acil Servise Başvuran Vakaların Zehirlenme Türü/Ajanına Göre Dağılımı (n=1.375)		
Zehirlenme Nedenlerinin Dağılımı (n=1375)	Sayı	%
İlaç ile zehirlenme	504	36,6
Zehirli gazlar ile zehirlenmeler	356	25,9
Zehirli hayvan ısırma ve sokmaları	295	21,5
Fazla alkol alımı	172	12,5
Ev içi kimyasallara maruz kalma	48	3,5

Tablo 3. Zehirlenme Vakalarında Yaş Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı (n=1.375)

Tanımlayıcı Özellikler	Erkek		Kadın	
	n	%	n	%
18-25 Yaş	84	27,7	219	72,3
26-45 Yaş	265	39,0	414	61,0
46-65 Yaş	106	36,8	182	63,2
65 Yaş Üstü	42	40,0	63	60,0
χ^2 :12,488, p= 0,006				

Erişkin acile zehirlenme nedeniyle başvuran hastaların yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımları incelendiğinde; zehirlenme vakalarının en fazla 26-45 yaş grubunda görüldüğü ve her yaş grubunda zehirlenme vakalarının büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu saptanmıştır (χ^2 :12,488, p= 0,006) (Tablo 3).

Zehirlenme türlerinin yaş gruplarına göre dağılımı

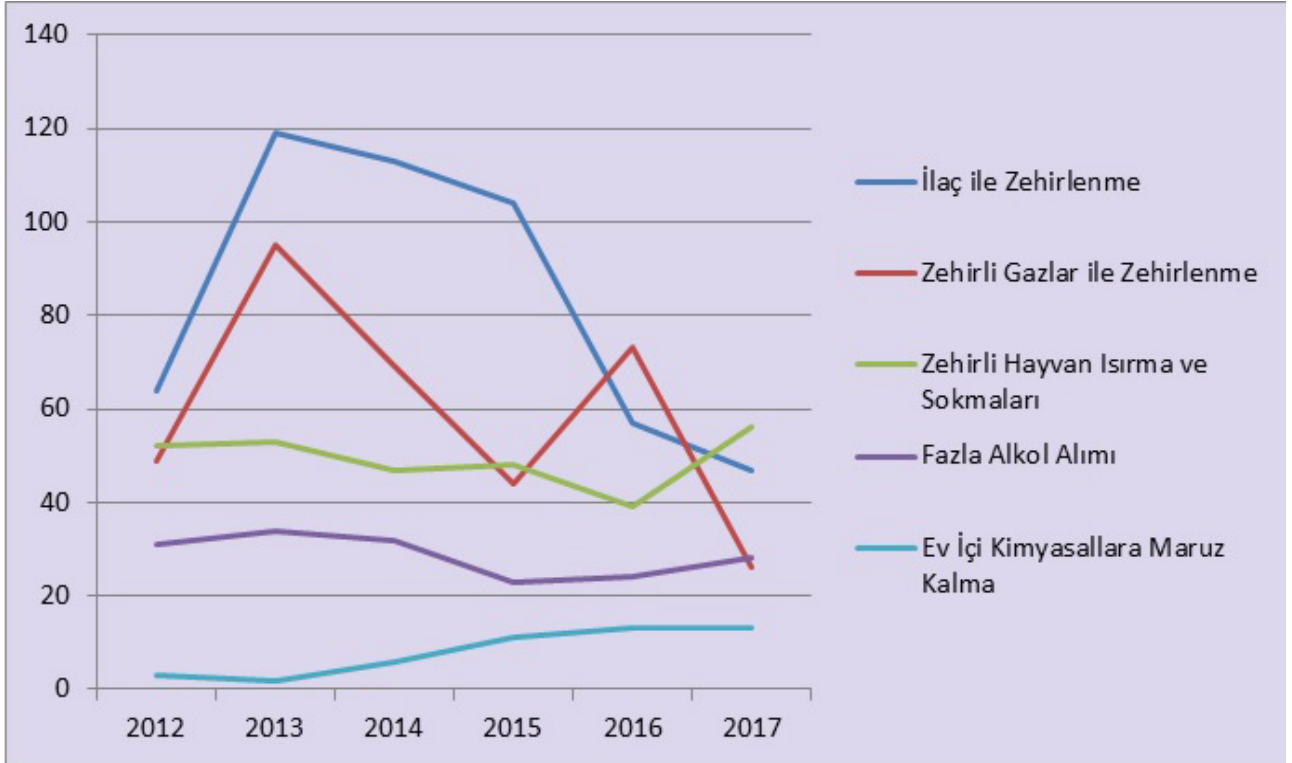
incelendiğinde; 18-25 yaş grubunda fazla alkol alımının (%35,5), 26-45 yaş grubunda ilaç ile zehirlenmelerin (%52,8), 46-65 yaş grubunda zehirli hayvan ısırma ve sokmalarının (%28,5) ve 65 yaş üstü grupta ev içi kimyasallara maruz kalma (%14,6) tipi zehirlenmelerin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (χ^2 :112,140, p= 0,000) (Tablo 4).

Tablo 4. Zehirlenme Türlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=1.375)

Zehirlenme Tipleri/Türleri	18-25 Yaş Grubu		26-45 Yaş Grubu		46-65 Yaş Grubu		65 Yaş Üstü Grubu	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İlaç ile zehirlenme (n=504)	148	29,3	266	52,8	69	13,7	21	4,2
Zehirli gazlar ile zehirlenmeler (n=356)	48	13,5	171	48,0	90	25,3	47	13,2
Zehirli hayvan ısırma ve sokmaları (n=295)	38	12,8	146	49,5	84	28,5	27	9,2
Fazla alkol alımı (n=172)	61	35,5	76	44,2	32	18,6	3	1,7
Ev içi kimyasallara maruz kalma (n=48)	8	16,6	20	41,7	13	27,1	7	14,6
χ^2 :112,140, p= 0,000								

Tablo 5. Zehirlenme Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (n=1.375)

Zehirlenme Türleri	Erkek		Kadın	
	n	%	n	%
İlaç ile zehirlenme (n=504)	129	25,6	375	74,4
Zehirli gazlar ile zehirlenmeler (n=356)	132	37,1	224	62,9
Zehirli hayvan ısırma ve sokmaları (n=295)	139	47,1	156	52,9
Fazla alkol alımı (n=172)	72	41,9	100	58,1
Ev içi kimyasallara maruz kalma (n=48)	25	52,1	23	47,9
χ^2 :47,547, p= 0,000				



Grafik 2. Zehirlenme Türlerinin Vaka Sayısının Yıllara Göre Dağılımı

Zehirlenme türlerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; genel olarak ev içi kimyasallara bağlı zehirlenmeler dışındaki tüm zehirlenmelere kadınların daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır. Ev içi kimyasallara maruz kalmaya bağlı zehirlenmelerde erkeklerin oranlarının daha yüksek olduğu (%52,1), diğer zehirlenme türlerinde ise kadınların oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2:47,547$, $p=0,000$). (Tablo 5).

Zehirlenme türlerinin yıllara göre dağılımı incelendiğinde; ev içi kimyasallara maruz kalmaya bağlı zehirlenme türünün vaka sayısı 2017 yılında daha fazla olduğu, diğer zehirlenme türlerinde ise 2013 yılında daha fazla olduğu belirlenmiştir (Grafik 2).

Tartışma

Zehirlenmeler sık görülen, mortalite ve morbidite oranları yüksek olan vakalardır (1,2). Zehirlenmelerin daha çok genç yaş grubu bireylerde görülmesi, sıklığının giderek artması, yaşamı tehdit edebilecek nitelikte olması, kalıcı hasarlara sebep olması ve acil müdahale gerektirmesi nedeniyle önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda erişkin acil servislere başvuran hastaların %0,26-16,74'ünü zehirlenme vakalarının oluşturduğu; bu oranın Ankara'da %6,72, İzmir'de %4,78, Sivas'ta %0,26, olduğu belirtilmektedir (3,4,5). Çalışmada erişkin acil servisine başvuran vakalarının oranı %0,94 olarak bulunmuş olup, literatürle benzerlik

göstermektedir.

Türkiye'de en sık görülen akut zehirlenme etkenleri, ilaçlar, tarım ilaçları, ev içi kimyasallar, zehirli gazlar ve diğer kimyasallar, bitki ve besinler ve zehirli hayvan ısırma ve sokmalarıdır (5). Literatürde zehirlenme nedeni ve ajanının yaş, cinsiyet ve mevsimlere göre değişkenlik gösterdiği, oral yolla alınan ilaçlarla zehirlenmelerin daha fazla olduğu ve sıklıkla erişkin yaş grubu kadınlarda görüldüğü belirtilmektedir (7-9,10,11). Güney ve ark. yapmış oldukları çalışmada ilaçlarla zehirlenme olgularının %71,3'ünün kadın olduğu ve yaklaşık yarısının genç erişkin yaş grubunda olduğu belirtilmektedir (8). Valleresnes ve ark.'larının yaptığı çalışmada, hastaların %66'sının kadın, yaş ortalamasının ise 28 olduğu belirtilmiştir (11). Benzer şekilde Demirel ve ark.'larının yapmış oldukları çalışmada da acil servise zehirlenme nedeniyle başvuran hastaların %51,5'inin kadın ve yaş ortalamasının 36,1 olduğu bildirilmiştir (12). Çalışmada da zehirlenme vakalarının daha çok erişkin yaş grubu ve kadınlarda görüldüğü belirlenmiş olup literatürle benzerlik göstermektedir.

Erişkin acile zehirlenme nedeniyle başvuran hastaların incelendiği çalışmalar değerlendirildiğinde; Ödemiş ve ark.'nın çalışmasında ilaç zehirlenmelerinin tüm acil başvurularının %0,2'sini oluşturduğu, Büyükçavuşoğlu ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada acil servise başvuran hastaların %58,4'sinin ilaç alımı ile olduğu belirtilmektedir.

(12,13), Çalışmada da erişkin acil servise başvuran zehirlenmelerin %36,7'sinin ilaç alımı olduğu saptanmıştır. Ülkemizde ilaç ile zehirlenme oranlarının yüksek olmasının nedeninin, oral ilaç alımlarının fazla olması, ilaçların yanlış kullanılması, toplumun ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması ve bu ilaçlara reçetesiz kolay ulaşılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Keskin ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmada zehirlenme nedeniyle başvuran hasta sayısının ilkbaharda, özellikle mayıs ve haziran aylarında artış olduğu belirtilmektedir (15). Çalışma bulgularına bakıldığında, tüm mevsimlerde başvuru oranlarının birbirine yakın olduğu görülmekle birlikte başvuruların en fazla yaz aylarında (%28,9) görüldüğü ve zaman dilimi olarak yarısından fazlasının (%55,2) 20:00-08:00 saatleri arasında olduğu belirlenmiştir. Ünal'dı'nın yapmış olduğu çalışmada da zehirlenme vakalarının başvurularında mevsimsel özellik göstermediği bildirilmiştir (16). İlaç ile zehirlenmelerdeki artışın ilkbahar ve yaz aylarında daha fazla olması genç erişkin grubun eğitim dönemlerinin ve sınav dönemlerinin en yoğun olduğu zamana denk gelmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde zehirli hayvan ısırma ve sokmalarının yine ilkbahar ve yaz aylarında genç erişkin ve erişkin yaş grubunda fazla olması bu mevsimlerde daha fazla doğaya çıkılması ve bu dönemlerde tarla işlerinde daha fazla aktif olunması ile açıklanabilir.

Sonuç

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; erişkin acil servise zehirlenme nedeniyle başvuran vakaların çoğunluğunun kadın olduğu ve yarıya yakınının erişkin yaş grubunda (26-45 yaş) olduğu, zehirlenme vakalarının mevsimsel özellik göstermediği, zaman dilimi olarak daha sıklıkla 20:00-08:00 saatleri arasında olduğu, başvuran vakaların zehirlenme türü/ajanına göre dağılımı incelendiğinde; ilaç ile zehirlenmelerin ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Alkol alımına bağlı zehirlenmelerin daha fazla 18-25 yaş grubunda, ilaç ile zehirlenmelerin ise sıklıkla 26-45 yaş grubunda görüldüğü belirlenmiştir. Bu sonuçlar ışığında; zehirlenmeler konusunda özellikle kadınlarda farkındalık oluşturulması, ilaç ile zehirlenmelerin önlenmesine yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin aktifleştirilmesi, sağlık çalışanlarının özellikle başvuruların ilk noktası olan acil servislerde zehirlenmeler ile ilgili danışmanlık yapabilecek donanım kazandırılması ve ulusal zehir danışma hattı ile ilgili hem toplumun, hem de çalışanların bilgilendirilmesi önerilebilir.

İletişim: Uzm. Hemşire Aylin Günay
E-Posta: aylinn.gunay@gmail.com

Kaynaklar

1. Litovitz TL, Smilkstein M, Felberg L. 1996 Annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Am J Emerg Med* 1997;15:447-500.
2. Mannaioni PF. Pattern of acute intoxication in Florence: A comparative investigation. *Intensiv Care Med* 1991;17:24-31.
3. Ayan M, Başol N, Karaman T, Taş U, Esen M. Zehirlenme ile acil servise gelen hastaların retrospektif değerlendirilmesi: 20 aylık çalışma. *The Journal of Academic Emergency Medicine*. 2012;11:146-50.
4. Yılmaz Y, İnal FY, Toptaş M, Gürel B, Erşan İ. Sivas Numune Hastanesine başvuran intoksikasyon olgularının geriye dönük değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Bülteni*. 2013;51:178-82.
5. Koç İ. Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM) Raporları 2014-2020 yılları, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 2021.
6. Gummin DD, Mowry JB, Beuhler MC, Spyker DA, Bronstein AC, Rivers LJ, Pham NPT, Weber J. Amerikan Zehir Kontrol Merkezleri Birliği Ulusal Zehir Veri Sistemi (NPDS) 2020 Yıllık Raporu: 38. Yıllık Rapor. *Clin Toxicol (Phila)*. 2021 Aralık;59(12):1282-1501.
7. Aydın, A. Yoğun bakım ünitesinde takip edilen zehirlenme olgularının değerlendirilmesi: retrospektif çalışma. *Firat Tıp Dergisi*, 2019; 24(3).
8. Güney, S. İnönü Üniversitesi acil servisine 5 yıl içerisinde başvuran zehirlenme vakalarının retrospektif incelenmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Malatya, 2016.
9. Kucukal, G., Erkan, I. "The retrospective investigation of poisoning cases applied to an educational research hospital in turkey", *Fresenius Environmental Bulletin (SCI Expanded)*, 2017, 26(12A): 8207-8210.
10. Dolanbay, T., Gül, HF, Murat, A., Atalay, E. ve Gecgel, G. Acil servise başvuran zehirlenme vakalarının retrospektif analizi: Kars ili örneği. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 2019; 9(3), 153-157.
11. Vallersnes, OM., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø., Brekke, M. Patients presenting with acute poisoning to an outpatient emergency clinic: a one-year observational study in Oslo, Norway. *BMC emergency medicine*, 2015, 15(1), 1-8.
12. Demirel, G., Karapıçak, A., Karapıçak, Z. Acil servise başvuran zehirlenme olgularının retrospektif değerlendirilmesi. *Eskişehir Teknik Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi-C Yaşam Bilimleri ve Biyoteknoloji*, 2020, 9(2), 265-272.
13. Ödemiş H., Çavuş U., Yıldırım S. İlaç zehirlenmesi ile acil servise başvuran vakaların incelenmesi. *Phnx Med J*. 2021; 3(2): 64-68.
14. Büyükçavuşoğlu, S. Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran zehirlenme vakalarının değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Uşak, 2019.
15. Keskin M, Sarı E, Şenel S. Üçüncü basamak bir merkeze zehirlenme ile başvuran olguların değerlendirilmesi. *Türk J Clin Lab* 2018; 9(2): 81-86.
16. Ünal'dı YC. Acil servise başvuran zehirlenme olgularının değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Adana, 2015.

DOI: 10.17942/sted.983332

Geliş/Received : 31.08.2021
Kabul/ Accepted : 06.04.2022

Öz

Amaç: Beslenme konusunda vücudun ihtiyaçlarına göre hareket edilmesi gerektiğini savunan sezgisel beslenme modeli; duygusal açlık yerine fiziksel açlığa bağlı olarak besin tüketilmesi gerektiğini önermektedir. Çalışmalar, sezgisel beslenmenin düzensiz yeme alışkanlıkları riskini azaltabileceğini ve obezite ile ilişkili vücut ağırlık kazanımı ve komorbid hastalık riskini azaltabileceğini göstermektedir. Çalışmamızın amacı; sağlık çalışanlarında sezgisel yeme davranışının belirlenmesi ve sezgisel yeme ile beden kütle indeksi (BKİ=kg/m²) ve besin seçimleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Sağlık çalışanlarının sezgisel yeme sıklığı saptanmış, besin tüketimine etki eden faktörlerin sezgisel yeme üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmanın örneklemini özel bir üniversite hastanesinde çalışan 150 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Katılımcıların sezgisel yeme davranışını ölçmek için Sezgisel Yeme Ölçeği-2 (IES-2) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmanın sonucunda, 150 katılımcının %54'ünün (n=81) sezgisel yeme durumuna sahip olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların sezgisel yeme puanları ve BKİ değerleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05). Bununla birlikte, katılımcıların sezgisel yeme davranışıyla besinlerin kolay hazırlanabilmesi, besinlerin pişirme yöntemleri ve besinlerin ekonomik olması arasında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir (p<0.05).

Sonuç: Bu çalışma, sağlık çalışanlarının sezgisel yeme ile tutarlı stratejiler kullandığını göstermiş olsa da bu yaklaşımla ilgili araştırmaların artırılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Sezgisel Beslenme, Beden Kütle İndeksi, Duygusal Açlık, Fiziksel Açlık.

Abstract

Introduction: Intuitive eating model explains that individuals should consider nutrition according to their body needs, and food should be consumed based on physical hunger instead of emotional needs. Studies show that intuitive eating can reduce the risk of disordered eating habits, obesity-related weight gain and comorbid diseases. The aim of the current study is to determine intuitive eating in healthcare workers and to examine the relationship between intuitive eating, body mass index (BMI=kg/m²) and food choices.

Method: The sample of the study consists of 150 healthcare professionals working in a private university hospital. The Intuitive Eating Scale-2 (IES-2) was used to measure the intuitive eating behavior of the participants.

Results: According to the results of the study, 54% (n=81) of the 150 participants had intuitive eating behavior. There was a significant difference between intuitive eating and BMI scores of the participants (p<0.05). Additionally, significant differences were determined between intuitive eating and preparation of the foods, cooking methods of the foods and price of the foods (p<0.05).

Conclusion: Although this study showed that healthcare professionals use strategies consistent with intuitive eating, more research is needed for this approach.

Key words: Intuitive Eating, Body Mass Index, Intuitive Eating Scale, Emotional Hunger, Physical Hunger.

¹Uzm. Dyt., Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü (Orcid no: 0000-0001-9638-7366)

²Dr. Öğr. Üyesi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-0278-9087)

³Dyt., Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-0875-5494)

⁴Arş. Gör., Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü (Orcid no: 0000-0002-0139-676X)

⁵Öğr. Gör., Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü (Orcid no: 0000-0002-4761-6836)

Giriş

Endüstrileşmiş toplumlarda teknolojik gelişmelerle birlikte artan besin alımı ve azalan fiziksel aktivite obezite prevalansını arttırmaktadır (1). Obezite gelişiminin altında yatan nedenlerden bir diğeri ise duygusal yeme durumudur (2). Duygusal yeme; açlığın fizyolojik işaretlerine bağlı olarak yemek yerine, belirli duygulara yanıt olarak çıktığı varsayılan yeme davranışı olarak tanımlanmaktadır (3). Duygusal yemede gözlenen duygusal uyarılma halinin açlık ipuçlarını takip edememe ve aşırı yeme davranışlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (4). Duygusal yeme davranışının prevalansının artması ve zaman içerisinde vücut ağırlık kazanımından sorumlu olabilmesi, obezitenin tedavisinde duygu durum regülasyonunun sağlanması gerekliliğini göstermektedir (5, 6). Obeziteyi önlemede ve duygusal yemenin kontrolünü sağlamada sezgisel yemenin önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Sezgisel yeme bireylerin beden memnuniyeti ve özgüvenindeki artış ile ilişkilidir. Bunun yanında, bireylerin duygu regülasyonunu sağlamalarına ve yaşam kalitelerini artırmalarına yardımcı olmaktadır (7).

Sezgisel yeme modeli 1995 yılında Tribble ve Resch tarafından geliştirilmiştir. Sezgisel yeme, beden için sağlıklı olan ve uygun vücut ağırlığının korunmasına yardımcı olabilecek besinin miktarını ve türünü doğal olarak bilme esasına dayanır. Sezgisel yeme modeli dört merkezden oluşmaktadır; aç olduğunda yemek için koşulsuz izin, duygusal nedenlerden ziyade fiziksel sinyallerle yemek yeme, ne zaman ve ne kadar yiyeceğini belirlemek için açlık ve tokluk ipuçlarına güvenme ve bireyin sağlığını onurlandırmasıdır (8). Bu bağlamda, sezgisel yeme modelinin yalnızca obez bireylerin fiziksel sağlık göstergeleri adına değil; bireylerin beden imajı, depresyon ve benlik saygısı adına da faydalı olduğu bilinmektedir (9).

Bununla birlikte bireyler doğuştan itibaren bedeninin ihtiyaçlarına göre beslenmeyi bilmelerine rağmen bazı çevresel uyarılar bu durumu zorlaştırmaktadır (10). Besinlerin ödül olarak kullanılması veya olumsuz duyguları yatıştırmak için çocukların beslenmeye yönlendirilmesi gibi ebeveyn tutumları bireylerin doğuştan gelen açlık ve tokluk sinyallerini göz ardı edebilmesine neden olmaktadır (11, 12). Bireylerin besin

seçimini etkileyen faktörler de sezgisel yeme davranışını etkileyebilmektedir. Reklamlar, sosyal medya platformları, restoranlar gibi çok sayıda uyarıcı, açlık tokluk sinyallerini etkisiz kılmaya neden olabilmekte ve bireyleri açlıktan bağımsız olarak yemeye teşvik edebilmektedir (8). Besin seçimi ve tüketiminde sosyoekonomik durum, besinin lezzeti, ulaşılabilirliği gibi birçok farklı faktörün etkili olduğu bilinmektedir (13). Bununla birlikte farklı yaş grupları ve hastalıklarda sezgisel beslenme sıklığını araştıran çalışmalar olsa da (14, 15) ülkemizde sağlık çalışanlarının sezgisel beslenme durumunu inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bilgiler ışığında çalışmamızda; sezgisel beslenen sağlık çalışanlarının beden kütle indeksi (BKİ) değerlerinin daha düşük olacağı hipotezi ile yola çıkılarak, bireylerde sezgisel yemeyi etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Bu çalışma, İstanbul ilinde özel bir üniversitenin hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü, 18-65 yaş arasındaki 50 doktor, 50 hemşire ve 50 diğer sağlık çalışanları olmak üzere toplam 150 yetişkin katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın veri toplama sürecine Bahçeşehir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (2018-12/01) alındıktan sonra başlanmıştır.

Veri Toplama

Araştırmaya katılan bireylerin demografik bilgilerini ve antropometrik ölçümlerini, sezgisel yeme durumunu ve besin seçimini etkileyen faktörleri saptamak için anket uygulanmıştır. Çalışma anketi 3 bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde katılımcılara ait yaş, cinsiyet gibi demografik bilgiler toplanmış ve nöbetli çalışıp çalışmadıkları sorgulanmıştır. İkinci bölümünde bireylerin besin seçimi ve tüketimini etkileyen faktörler belirlenmiştir. Anketin son bölümünde, bireylerin sezgisel yeme durumu incelenmiştir. Anketlerin uygulanması yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Anket formu konu ile ilişkili literatür taraması sonucunda geçmişte yapılan benzer çalışmalar örnek alınarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anketin uygulanacağı katılımcılara araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi

verilmiş olup gönüllülük esasıyla çalışmaya dâhil edilmişlerdir. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu katılımcılarının beyanlarına göre belirlenmiştir.

Sezgisel Yeme Ölçeği (IES-2)

Sezgisel yeme ölçeği ilk olarak Hawks ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiş ve test edilmiştir; ancak güvenilirliğinin düşük olması nedeniyle bir diğer sezgisel yeme ölçeği (IES) 2006 yılında Tylka (16) tarafından geliştirilmiştir. Yaptığımız çalışmada sezgisel yeme durumunu değerlendirmek için Tylka tarafından geliştirilip güncellemesi yapılan 23 maddelik Sezgisel Yeme Ölçeği-2 (IES-2) kullanılmıştır. IES-2'nin ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği Baş ve arkadaşları (17) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin alt faktörleri yemek yeme için koşulsuz izin verme, duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlerle yemek yeme, açlık tokluk sinyallerine güvenme ve beden ile besin seçimi uyumudur. IES-2'deki 23 madde beşli Likert ölçeği kullanılarak, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değerlendirilmektedir ve ölçekten alınan skor toplam skor ile hesaplanmaktadır. Örnek maddeler arasında "Bana ne yiyeceğimi söylemesi için bedenime güveniyorum" ve "Ne zaman yemek yemem gerektiğini bana ileten açık sinyallerime güveniyorum" vardır. Toplam puan arttıkça sezgisel yeme durumu da artmaktadır (8).

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programında istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Nitel değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Ki-kare testi uygulanmıştır. Sürekli değişkenler için Pearson korelasyonu uygulanmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık değeri %95 güven aralığında $p < .05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular

Demografik Bilgiler ve Antropometrik Ölçümler

Araştırmanın örneklemini %56'sı kadın, %44'ü ise erkek olmak üzere toplamda 150 yetişkin bireyden oluşmaktadır. Bu katılımcıların %60,7'si ($n=91$) nöbetli çalışmakta; %39,3'ü ($n=59$) nöbetli çalışmamaktadır. BKİ değerlerine göre gruplandığında katılımcıların %14'ü ($n=23$) zayıf ($<18,5 \text{ kg/m}^2$), %41,3'ü ($n=62$) normal kilolu ($18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$), %37,3'ü ($n=56$) fazla kilolu ($25-29,9 \text{ kg/m}^2$) ve %7,3'ü ($n=11$) obez ($>30 \text{ kg/m}^2$) kategorisinde değerlendirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Tanımlayıcı Bilgiler ($n=150$)

Tanımlayıcı Bilgiler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	84	56,0
Erkek	66	44,0
BKİ		
$<18,5 \text{ kg/m}^2$	21	14,0
$18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$	62	41,3
$25-29,9 \text{ kg/m}^2$	56	37,3
$>30 \text{ kg/m}^2$	11	7,3
Nöbetli Çalışma Durumu		
Nöbetli çalışan	91	60,7
Nöbetli çalışmayan	59	39,3

Sezgisel Yeme Puanları

Çalışmaya katılan bireyler IES-2 puanlarına göre "daha fazla sezgisel yeme davranışına sahip bireyler" ve "daha az sezgisel yeme davranışına sahip bireyler" olarak iki gruba ayrılmıştır. IES-2 ölçeği sonuçlarına göre katılımcıların ortalama puanı 3,03 olarak saptanmış olup, bu değerin üzerinde olan bireyler "daha fazla sezgisel yeme davranışına sahip bireyler" olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre 150 katılımcının %54'ünde ($n=81$) sezgisel yeme davranışı daha fazla; %46'sında ($n=69$) sezgisel yeme davranışı daha az gözlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Sezgisel Yeme Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Sezgisel Yeme Ölçeği Sonuçları	Sayı	Yüzde
$<3,03$ puan	69	46
$>3,03$ puan	81	54
Toplam	150	100
Sezgisel Yeme Ölçeği Ortalaması	$3,03 \pm 0,92$	

Sezgisel Yeme Puanları ve Nöbet Durumu

Katılımcıların sezgisel yeme puanları nöbet tutma durumlarına göre değerlendirilmiştir. Nöbet tutarak çalışan sağlık çalışanları ($n=91$) ile nöbet tutmadan çalışan sağlık çalışanları ($n=59$) sezgisel yeme puanı ortalamalarına göre karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre nöbet tutarak çalışan sağlık çalışanlarının %57,1'inin ($n=52$) sezgisel olarak beslendiği görülmüştür. Nöbet tutmadan çalışan sağlık çalışanlarının ise %49,1'inin ($n=29$) sezgisel olarak beslendiği görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Sezgisel Yeme Davranışı ve Nöbet Durumu					
Sezgisel Yeme Puanı	Nöbetli Çalışan		Nöbetli Çalışmayan		Toplam
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı
>3,03	52	57,1	29	49,1	81
<3,03	39		30		69
Toplam	91		59		150

Besin Seçimi/Tüketimini Etkileyen Faktörler ile Sezgisel Yeme İlişkisi

Katılımcıların sezgisel yeme puanları besin seçim ve tüketimlerini etkileyen faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Sezgisel yeme davranışı daha fazla gözlenen 81 katılımcıdan 60'ı (%74.1) besinlerin kolay hazırlanabilir olmasına dikkat ederken, 21'i dikkat etmediğini; sezgisel yeme davranışı daha az gözlenen 69 katılımcıdan 63'ü (%91.3) besinlerin kolay hazırlanabilir olmasına dikkat ederken, 6'sı (%8.7) dikkat etmediğini belirtmiştir. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların sezgisel yeme davranışıyla besinlerin kolay hazırlanabilmesi arasında anlamlı bir fark gözlenmiştir. Sezgisel yeme davranışı az olan katılımcıların, besinlerin kolay hazırlanabilmesine daha fazla dikkat ettiği saptanmıştır ($p<0.05$). Bununla birlikte besinlerin pişirme yöntemi ile sezgisel yeme davranışı arasında da anlamlı bir fark gözlenmiş olup, sezgisel olarak beslenen katılımcıların bu duruma daha fazla dikkat ettiği belirlenmiştir ($p=0.000$). Son olarak, besinlerin ekonomik olması ile sezgisel beslenme arasında da anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($p<0.05$). Sonuç

olarak, sezgisel olarak beslenen katılımcıların diğer katılımcılara göre besinlerin ekonomik olmasına ve besinlerin pişirme yöntemlerine daha fazla dikkat ettiği; ancak besinlerin kolay hazırlanabilir olmasına daha az dikkat ettiği görülmüştür (Tablo 4).

Sezgisel Yeme ile BKİ İlişkisi

Katılımcıların BKİ değerleriyle sezgisel yeme davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında, sezgisel yeme ölçek puanı ve BKİ arasında negatif bir ilişki gözlenmiştir ($r=-0.189$, $p<,05$). Bu bilgi çalışmanın hipotezini doğrular niteliktedir. BKİ değeri yüksek olan katılımcıların sezgisel yeme durumları daha az olarak saptanmıştır. Katılımcıların sezgisel yeme ölçeği puanı ile yemek yeme için koşulsuz izin verme ($r=0,720$), duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlerden yemek yeme ($r=0,776$), ne zaman ve ne kadar yiyeceğini belirlemek için iç açlık ve tokluk ipuçlarına güvenme ($r=0,214$) ve beden-besin uyumu ($r=0,653$) alt faktör puanları arasında pozitif bir ilişki gözlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 4. Besin Seçimi/Tüketimini Etkileyen Faktörler ile Sezgisel Yeme İlişkisine Göre Dağılım									
	Besinlerin Kolay Hazırlanması			Besinlerin Pişirme Yöntemleri			Besinlerin Ekonomik Olması		
	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Sezgisel yiyenler	60 (%74.1)	21 (%25.9)	81	77 (%95.1)	4 (%4.9)	81	57 (%70.4)	24 (%29.6)	81
Sezgisel yemeyenler	63 (%91.3)	6 (%8.7)	69	51 (%73.9)	18 (%26.1)	69	36 (%52.2)	33 (%47.8)	69
Toplam	123	27	150	128	22	150	93	57	150
p değeri			0.006			0.000			0.022

Tablo 5. Sezgisel Yeme Alt Faktörleri ile BKİ Korelasyon İlişkisi (r)

		BKİ	Yemek yeme için koşulsuz izin verme	Duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlerden yemek yeme	Açlık tokluk ipuçlarına güvenme	Beden besin uyumu
Sezgisel yeme puanı	r	-0,189	0.720	0.776	0.214	0.653
	P değeri	0.021	0.000	0.000	0.000	0.000

Tartışma

Sezgisel beslenme, kısıtlayıcı diyet yaklaşımlarının aksine, bireyin kendini tanıması ve vücut sinyallerini fark ederek yemesine dayanan beslenme modelidir. Sezgisel beslenen bireyler, duygusal ve çevresel uyaranlardan etkilenmeyen, neyi ne zaman ve ne miktar yemelerini söyleyen listelere bağlı kalmayan, yiyeceğin tadına odaklanarak bedenlerinin yiyeceğe nasıl tepki verdiğini göz önünde bulunduran, bu sayede sağlıklarını ve vücut fonksiyonlarını iyileştiren besinlere yönelen bireyler olarak tanımlanmıştır (8). Yapılan çalışmalarda, sezgisel beslenen bireylerin BKİ ve trigliserit değerlerinin düşük olduğu, buna bağlı olarak kardiyovasküler risk faktörlerinin azaldığı gösterilmiştir. Buna ek olarak, beden memnuniyeti ve öz saygılarının artmasıyla birlikte yeme bozukluğu risklerinin de azaldığı tespit edilmiştir (16,18-20).

Yeme bozuklukları ve duygusal yeme psikolojik problemler arasında değerlendirilmekte olup, obezitenin nedenleri arasında gösterilmektedir. Aynı zamanda obezite, duygusal yeme, yeme bozuklukları ve beden algısı bozuklukları günümüzde prevelansı artan sağlık problemleridir (1,21). Sezgisel yemenin bu bağlamda önemli bir yere sahip olduğu, kilolu bireylerde beden ağırlığını azaltmaya yardımcı olduğu; özellikle kadınlar üzerinde daha fazla beden tatmini ve daha düşük depresyon seviyeleri ile ilişkilendirildiği bilinmektedir (8). Günümüzde sosyal medya kullanımının artmasının beden memnuniyetsizlikleri ile ilişkili olduğu; bireylerin yeme bozuklukları ve duygusal yeme davranışlarında artışa neden olabildiği gösterilmiştir (22,23).

Sezgisel yemenin bireylerde artan beden memnuniyeti, özgüven seviyeleri ve duygu durum regülasyonu ile ilişkili olmasının yanında, azalan yeme bozukluğu ve duygusal yeme davranışıyla

ilişkisi, bu modelin önemini göstermektedir (7,24). Kısaca, sezgisel beslenme modeli, bireylerde azalan BKİ değerleriyle birlikte obezitenin altında yatan duygusal yeme gibi diğer etmenlerle de ilişkili bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada da katılımcıların BKİ değerleri ve sezgisel yeme davranışları arasında anlamlı fark bulunmuştur. BKİ değeri yüksek katılımcıların sezgisel yeme davranışlarının daha az olduğu tespit edilmiştir; bu durum ise yaptığımız çalışmanın hipotezini ve literatürdeki çalışmalarını destekler niteliktedir.

Besin seçimi ve tüketiminde psikoloji, fizyoloji, sosyoekonomik, kültürel ve genetik faktör gibi birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir (25). Türkiye’de toplumsal yapıdaki hızlı değişim ile bireylerin beslenme ve yemek pişirme alışkanlıkları, yemek hazırlamaya ayırdıkları zaman, hazır yiyeceklere yönelimleri ve bunları tüketme miktarları ile pişirme yöntemleri zaman içerisinde önemli derecede değişmiştir (26). Bunun yanında, besin seçimi ve tüketimi üzerinde medyanın etkisi de görülmektedir. Görsel medya kaynaklarında bilinçsiz tüketim teşvik edilmektedir ve bu kaynakların sık kullanımı bireyler tarafından bilinçsiz gıda tüketimine neden olabilmektedir. Bu durum da bireylerde düzensiz yeme davranışları ve azalmış beden tatmini puanlarıyla ilişkili bulunmuştur (27).

Bunlara karşın, sezgisel yeme gözlenen bireylerin; kendileri için fayda sağlayan besinleri seçen, bedenine saygı gösteren, duygusal nedenlerle yemeyen bireyler oldukları bilinmektedir (10). Buna dayanarak, çalışmamızda yiyeceklerin kolay hazırlanması, pişirme yöntemleri ve ekonomik olması faktörleri ile sezgisel yeme davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçlara göre besinlerin kolay hazırlanması ile sezgisel yeme arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Sezgisel olarak besin tüketen bireylerin besinlerin kolay hazırlanabilir olmasına daha az dikkat ettiği

tespit edilmiştir. Bununla birlikte besinlerin pişirme yöntemleri ve sezgisel yeme arasında da anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Sezgisel beslenen bireylerin besinlerin pişirme yöntemlerine daha çok dikkat ettiği gözlenmiştir. Bu durumlara bakılarak bireylerdeki yeme farkındalığının sezgisel yeme davranışı üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Buna ek olarak çalışmamızın bulguları sezgisel beslenen bireylerin yiyeceklerin sağlık sonuçlarına dikkat ettiğini ve bedenine faydalı besinleri seçtiğini desteklemektedir. Ek olarak besinlerin ekonomik olması ve sezgisel yeme davranışı da çalışmamızda incelenmiştir. Bireylerin sosyoekonomik durumunun beslenme davranışlarını etkilediği bilinmektedir ve düşük sosyoekonomik durum, sağlık kaynaklarına ulaşımı zorlaştırması nedeniyle obezite için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Yapılan bazı çalışmalar iş yerleri ve okulların düşük sosyoekonomik gelire sahip bireylere sunabileceği sağlığı iyileştirme programlarının, bu bireylerde kilo vermede ve fiziksel aktivite değerlerinde artışa yardımcı olabileceğini göstermiştir (28).

Düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin obezite adına risk altında olabileceği düşünülerek yaptığımız çalışmada besinlerin ekonomik olmasına dikkat etme ile sezgisel yeme davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuç olarak besinlerin ekonomik olması ile sezgisel beslenme arasında da anlamlı bir ilişki gözlenmiş olup, sezgisel beslenen katılımcıların sezgisel beslenmeyenlere göre bu faktöre daha fazla dikkat ettiği saptanmıştır.

Yeme davranışının çalışma koşullarından da etkilendiği, özellikle gece çalışma durumunun besin tüketiminde anlamlı derecede etkili olduğu bilinmektedir. Nöbetli çalışan bireyler, diyet kalitelerinin azalması, öğün saatlerinin düzensiz olması, sirkadiyen ritim döngülerinin bozulması gibi faktörlerden dolayı obezite adına risk grubunda değerlendirilmektedir (29). Yapılan bir çalışmada gündüz ve gece çalışmanın besin tüketimi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışma sonuçlarında gece çalışan bireylerin gündüz çalışan bireylere göre daha pratik hazırlanan ve soğuk tüketilen yiyecekleri tercih ettiği gözlemlenmiştir, bununla birlikte bu bireylerin fiziksel açık yerine zaman buldukça yemek yediği ve atıştırmalık gıdaları daha sık tercih ettiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda gece çalışan

bireylerin yeme problemleri adına risk altında olduğu vurgulanmıştır (30). Bu verilere bakılarak yaptığımız çalışmada nöbet tutma durumunun sezgisel yeme ile ilişkisi değerlendirilmiş; ancak bu verileri destekleyen bir sonuç bulunamamıştır. Nöbet tutarak çalışan sağlık çalışanlarının %57,1'inin (n=52); nöbet tutmadan çalışan sağlık çalışanlarının ise %49,1'inin (n=29) sezgisel olarak beslendiği görülmüştür. Sonuç olarak nöbet tutma durumunun sezgisel yeme üzerinde olumsuz bir etkisi gözlemlenmemiştir. Katılımcıların sağlık alanında çalışıyor olmasının sezgisel beslenme farkındalığı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Sonuçlar

Günümüzde obezite prevelansı ve obezitenin neden olabileceği kronik hastalıkların sayısı artış göstermektedir. Bununla birlikte sosyal medya kullanımının artması bireylerde beden memnuniyetsizlikleri, duygusal yeme ve yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilmektedir. Sezgisel yeme, bireylerde azalan BKİ değerleri, beden memnuniyetsizlikleri, yeme bozuklukları ve duygusal yeme durumu ile ilişkilendirilmektedir. Kısıtlayıcı diyet modelleri yerine sezgisel yeme modelinin benimsenmesi, bireylerin yaşam kalitelerinin artmasına ve genel sağlık durumlarının iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Sezgisel yeme modelinin, enerjisi kısıtlı diyetlerin oluşturduğu olumsuz duygu durumlarını azaltılabileceği ve bu sayede kazanılan motivasyon ile psikolojik uyumun artacağı çalışmalarla desteklenmiştir. Bu nedenle sezgisel yeme programlarının artırılmasının genel popülasyonda olumlu sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir.

İletişim: Arş. Gör. Tuğçe Özlü

E-Posta: dyt.tugceozlu@gmail.com

Kaynaklar

1. Güler, Y., Gönener, H. D., Altay, B., & Gönener, A. (2009). Adölesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(10), 165-181.
2. Bilgen, S. Ş. (2018). Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği geliştirilmesi geçerlilik ve güvenilirliği çalışması (Yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
3. Baş, M., Sağlam, D. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. (Ed: Alphan T. Emel), Hastalıklarda Beslenme Tedavisi, Hatiboğlu Basım ve Yayımlar San. Tic. Ltd. Şti., Ankara, 2017.

4. Tan, C. C., & Chow, C. M. (2014). Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 66, 1-4.
5. Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), 35.
6. Hübner, C., Baldofski, S., Crosby, R. D., Müller, A., De Zwaan, M., & Hilbert, A. (2016). Weight-related teasing and non-normative eating behaviors as predictors of weight loss maintenance. A longitudinal mediation analysis. *Appetite*, 102, 25-31.
7. Smith, J. M., Serier, K. N., Belon, K. E., Sebastian, R. M., & Smith, J. E. (2020). Evaluation of the relationships between dietary restraint, emotional eating, and intuitive eating moderated by sex. *Appetite*, 155, 104817.
8. Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137.
9. Schaefer, J. T., & Magnuson, A. B. (2014). A review of interventions that promote eating by internal cues. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(5), 734-760.
10. Tribole, E., & Resch, E. (1995). *Intuitive eating: A recovery book for the chronic dieter: rediscover the pleasures of eating and rebuild your body image*.
11. Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Review article relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public Health Nutrition*, 17(8), 1757-1766.
12. Gerards SM, Sleddens EF, Dagnelie PC, de Vries NK, Kremers SP. Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *Int J Pediatr Obes*. 2011;6(2-2):e28-e45. doi:10.3109/17477166.2011.575147.
13. Leng, G., Adan, R. A., Belot, M., Brunstrom, J. M., de Graaf, K., Dickson, S. L., ... & Smeets, P. A. (2017). The determinants of food choice. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(3), 316-327.
14. Nogué, M., Nogué, E., Molinari, N., Macioce, V., Avignon, A., & Sultan, A. (2019). Intuitive eating is associated with weight loss after bariatric surgery in women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 110(1), 10-15.
15. Wheeler, B. J., Lawrence, J., Chae, M., Paterson, H., Gray, A. R., Healey, D., ... & Taylor, B. J. (2016). Intuitive eating is associated with glycaemic control in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Appetite*, 96, 160-165.
16. Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226.
17. Bas, M., Karaca, K. E., Saglam, D., Arıtcı, G., Cengiz, E., Köksal, S., & Buyukkaragoz, A. H. (2017). Turkish version of the intuitive eating Scale-2: Validity and reliability among university students. *Appetite*, 114, 391-397.
18. Saunders, J. F., Nichols-Lopez, K. A., & Frazier, L. D. (2018). Psychometric properties of the intuitive eating scale-2 (IES-2) in a culturally diverse Hispanic American sample. *Eating Behaviors*, 28, 1-7.
19. Camilleri, G. M., Méjean, C., Bellisle, F., Andreeva, V. A., Kesse-Guyot, E., Hercberg, S., & Péneau, S. (2016). Intuitive eating is inversely associated with body weight status in the general population-based NutriNet-Santé study. *Obesity*, 24(5), 1154-1161.
20. Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D., & Keim, N. L. (2005). Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(6), 929-936.
21. Çaka, S. Y., Çınar, N., & Altınkaynak, S. (2018). Adolesanda Yeme Bozuklukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 203-209.
22. Fardouly, J., Diedrichs, P. C., Vartanian, L. R., & Halliwell, E. (2015). Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood. *Body Image*, 13, 38-45.
23. Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 10(1), 1-7.
24. Bruce, L. J., & Ricciardelli, L. A. (2016). A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite*, 96, 454-472.
25. Seven, H. (2013). Yetişkinlerde duygusal yeme davranışının beslenme durumuna etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*.
26. Giordano, S. (2015). Eating disorders and the media. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 478-482.
27. Wells, A. (2016). The interaction between body image, eating attitudes, and the use of social media platforms. *Senior Honors Theses & Projects*. 476. <https://commons.emich.edu/honors/476>
28. Stein, R. I., Strickland, J. R., Tabak, R. G., Dale, A. M., Colditz, G. A., & Evanoff, B. A. (2019). Design of a randomized trial testing a multi-level weight-control intervention to reduce obesity and related health conditions in low-income workers. *Contemporary Clinical Trials*, 79, 89-97.
29. Lowden, A., Moreno, C., Holmbäck, U., Lennernäs, M., & Tucker, P. (2010). Eating and shift work—effects on habits, metabolism, and performance. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 150-162.
30. Waterhouse, J., Buckley, P., Edwards, B., & Reilly, T. (2003). Measurement of, and some reasons for, differences in eating habits between night and day workers. *Chronobiology International*, 20(6), 1075-1092.

Great risk for education cost: Brain drain (Resident physicians case)

Eğitim Maliyetlerinde Büyük Risk: Beyin Göçü (Asistan Hekimler Örneği)

Nevruz Uğur¹

DOI: 10.17942/sted.979463

Geliş/Received : 05.08.2021
Kabul/ Accepted : 11.04.2022

Abstract

Background: One of the biggest losses with regard to the education costs is the brain drain seen among resident physicians, who are a part of the qualified labor force. Brain drain has at the same time a rather adverse effect on the health systems. Difficulties in the education and working conditions of resident physicians may lead to brain drain.

Aim: The present study aimed to compare the intent of brain drain in resident physicians by a range of variables (age, gender, marital status, dependents, socio-economic status, professional experience, and job satisfaction) and to investigate the reasons for their intention to migrate.

Study Design: Descriptive study.

Method: A total of 161 resident physicians working in university and state hospitals in Ankara city center were included in the study. The research data were collected using the questionnaire about the views of resident physicians on brain drain and the Minnesota Job Satisfaction Scale.

Results: More than half of the resident physicians participating in the study desired to attend to medical specialty programs abroad (83/161, 51,6%) and to work abroad (89/161, 55,3%). Germany, United States of America, England, and Canada were the most frequently preferred countries for education and employment opportunities. There was a statistically significant relationship between specialty education abroad and gender ($p=0.016$) and socio-economic status ($p=0.016$). While one of the main reasons for attending a medical specialty program abroad is that the education conditions abroad are better, the main reason for the desire to work abroad is the better working and living conditions.

Conclusion: More than half of resident physicians in Turkey, want to attend a medical specialty program abroad and work abroad for better education, employment, and living conditions. This poses a great risk for educational costs.

Key words: Education Cost, Residency, Brain Drain, Medical Education, Job Satisfaction

Öz

Arka Plan: Eğitim maliyetlerinde en büyük kayıplardan biri nitelikli iş gücü olan asistan hekimler arasında görülen beyin göçüdür. Beyin göçü aynı zamanda sağlık sistemlerini de oldukça olumsuz etkilemektedir. Asistan hekimlerin eğitim ve çalışma koşullarındaki güçlükler beyin göçüne neden olabilmektedir.

Amaç: Bu araştırmanın amacı asistan hekimlerde beyin göçü niyeti, bu niyetin çeşitli değişkenler açısından (yaş, cinsiyet, medeni durum, bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sosyo ekonomik statüleri, mesleki deneyimleri ve iş doyumları) karşılaştırılması ve göç etme niyetlerinin nedenlerinin belirlenmesidir.

Çalışma Türü: Betimsel araştırma

Yöntem: Araştırmaya Ankara il merkezinde bulunan üniversite ve devlet hastanelerinde görevli 161 asistan hekim dâhil edildi. Araştırma verileri Asistan Hekimlerin Beyin Göçüne Dair Görüşlerine İlişkin Anket Formu ve Minnesota İş Doyum Ölçeği ile toplandı.

Bulgular: Araştırmaya katılan asistan hekimlerin yarısından fazlası yurtdışında uzmanlık eğitimi (%51,6, 83/161) almayı ve yurtdışında çalışmayı (%55,3, 89/161) istemektedir. Eğitim ve çalışmak için en fazla gidilmek istenen ülkeler Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Kanada olarak sıralanmaktadır. Yurtdışında uzmanlık eğitimi ile cinsiyet ($p=0,016$) ve sosyo ekonomik statü ($p=0,016$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yurtdışında uzmanlık eğitimi için en temel nedenlerin başında yurtdışında eğitim koşullarının daha iyi olduğu düşüncesi gelirken, yurtdışında çalışmak isteğinde ise çalışma ve yaşam koşullarının daha iyi olması gelmektedir.

Sonuç: Türkiye’de asistan hekimlerin yarısından fazlası daha iyi eğitim, çalışma ve yaşam koşulları nedeni ile yurtdışında uzmanlık eğitimi almak ve yurtdışında çalışmak istiyor. Bu durum eğitim maliyetleri açısından büyük bir risk teşkil etmektedir.

Anahtar sözcükler: Eğitim Maliyeti, Asistan Hekim, Beyin Göçü, Tıp Eğitimi, İş Doyumu

¹Dr., Milli Eğitim Bakanlığı, Ürgüp, Nevşehir (Orcid no: 0000-0001-5012-3031)

Introduction

Education and training of labor force in a country is a challenging process associated with significant individual and social costs. The labor market theories suggest that (1), offsetting this cost to the economy by the introduction of qualified labor force is an important factor in the growth and development processes of countries. Although the education and training costs vary among the labor force, it can be suggested that medical education and physician training process is one of the high-cost fields. It was reported in a study on the cost of medical education at Gülhane Military Medical Academy, Turkey, that the cost of the 6-year medical education per student was approximately 270 thousand TL (USD 123.288 based on the average exchange rate of USD in 2014) (2). It can be assumed that the cost of education is much higher due to extra individual expenditures and the opportunity cost (3).

In addition, the transfers between educational levels, and university placement and interdepartmental transfers are based on exam-oriented success in Turkey. Upon a review of the success rates in the university placement exams, only the candidates, who rank within the most successful 1%, have a chance to be placed in medical faculties of public universities as a result of an exam taken by approximately two and a half million students (4). In other words, young people with the highest academic success rates mostly prefer the medical faculties within the scope of central placement exams. These results are an important indicator of the high qualifications of the labor force with medical education. The brain drain of highly qualified physician labor force is a loss of economic, social, and cultural resources for relevant countries. The migration of health workers, which has significant negative effects on health systems, is an increasingly debated issue (5, 6). This migration, which is claimed to have reached a worrying level, has become a global health problem (7,8). Relevant studies suggest that almost half of the healthcare workers in underdeveloped or developing countries want to migrate (6, 9, 10, 11, 12). The migration of healthcare workers has significant adverse effects on the functioning and quality of health systems in these countries (5, 6, 8, 10, 11, 13, 14).

Health worker migration is considered within the scope of brain drain in the literature (13,15). The causes of brain drain are divided into two as 'repulsive factors' associated with poor working and living conditions, and as 'attractive factors' associated with good working and living conditions (15,16). One of the repulsive factors is the low job satisfaction. Among the physicians, the group with the lowest job satisfaction level was reported to be the resident physicians (17). Holding both a student and an employee status during their specialty education, resident physicians encounter many problems in terms of education and employment conditions (18,19). Among the repulsive factors that may cause brain drain, the main problems were the lack of education, mobbing, jobs that can be described as drudgery, the high number of shifts, inadequate physical conditions, violence against the physicians, and low wages (17, 19).

Upon a literature review on brain drain in Turkey, it was seen that most of the studies focused on engineers and physicians and the same was not directly investigated in the case of resident physicians. In general, information about the increase in brain drain among physicians is reflected to the public. While the number of physicians abroad who requested a registration certificate from the Turkish Medical Association (TTB) for working abroad in 2012 was 59, this number increased to 1405 in 2021 (20).

It is of great importance to investigate the level of intention to work abroad in the resident physicians, which is a great risk of loss for both healthcare provision, and education and placement costs, and the underlying reasons in order to develop policies aimed to prevent brain drain of the resident physicians. Accordingly, the present study aimed to compare the intent of brain drain in resident physicians by a range of variables (age, gender, marital status, dependents, socio-economic status, professional experience, and job satisfaction) and to investigate the reasons for their intention to migrate.

Method

The present study on brain drain and job satisfaction in resident was designed as a descriptive study. A total of 161 (3,06%) respondents out 5259 assistant physicians employed in the university and state hospitals

in Ankara city center (21) were included in the study. The participants of the study were selected by snowball sampling method. The sample is formed based on certain questions, including "Who can I get information about this subject from?" and "Who else can I get information about this subject from?" in cases, where it is difficult to reach the whole universe (22, 23). Within the scope of this research, 'who to get information about the interview from' question was asked. Later, the interviewees were asked the same question again and new participants were reached.

Data were obtained using a questionnaire form and Job Satisfaction Scale. The "Questionnaire Form Regarding the Opinions of Assistant Physicians on Brain Drain" was developed by the researchers by examining the relevant literature (5,10,12,14,17) and taking expert opinion. With this form, data as regards the participants' desire for attending a medical specialty program abroad, the country they want to attend that program, the reasons for attending such a program, information about their post-training plans and their desire to work abroad, the country they want to work in and the reasons for working abroad were collected.

"Minnesota Job Satisfaction Scale" which was adapted into Turkish by Aslı Baycan in 1982 was used in data collection (24). With this scale, data were obtained on residents' inner job satisfaction based on such variables as success, motivation, recognition, and responsibility; outer job satisfaction based on such variables as working conditions, job hierarchy, management, and wage, and general job satisfaction, where both were evaluated together.

Ethics committee approval was obtained from Ethics Committee of Ankara University for the study upon the decision dated 07/01/2020 and numbered 01/05. Subsequent to the ethical approval, research data were collected between January 15, 2020 - June 30, 2020.

Data analysis was performed with Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21 software. Assessment for the distribution of normality was examined by using visual (histograms and probability plots) and analytical methods (Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilk

tests). Descriptive statistics were calculated using mean and standard deviation for normally distributed numerical variables, and median and interquartile range (IQR) for non-normally distributed variables. Student t-test was used for binary comparison of normally distributed numerical variables, and Mann Whitney U test was used for binary comparison of non-normally distributed numerical variables. Proportions in diverse group comparisons were made using Chi-square or Fisher tests depending on whether there was a difference between the groups in terms of frequencies. In the comparisons, where the p value was less than 0.05 were considered as statistically significant results.

Results

Selected Characteristics

Sixty-five (40,4%) of the resident physicians participating in the study were females. The mean age of the participants was $27,8 \pm 2,3$. In total 108 (67,1%) of the participating assistants were single, 74 (45,6%) of them stated that they had no dependents. More than half of the participants (55,3%) defined their socioeconomic status as middle class. The professional experiences of the resident physicians participating in the study show a balanced distribution according to percentage distributions between 1-5 years. The overall job satisfaction score of the participants was 62,7, where the internal and external job satisfaction scores were 38,9 and 23,8, respectively (Table 1).

Intention to Study Abroad

Eighty-three (51,6%) of the resident physicians participating in the study wanted to attend a medical specialty program abroad. Germany (41,0%), USA (33,7%), England (26,5%) and Canada (19%) were the leading countries, where the resident physicians preferred to receive specialty education abroad. A total of 27 (32,5%) the participants, who wanted to study abroad did not plan to return to country after completing their education, on the other hand the rate of those, who stated that they want to turn back after the training was 19,3% (Table 2).

The reasons raised by the participants, who stated that they wanted to attend a medical specialty program abroad, included the opportunity to perform more academic studies (91,6%), higher value for new ideas and inventions (91,6%),

Table 1. Selected characteristics			
Selected characteristics	f (%)	Selected characteristics	f (%)
Sex		Socioeconomic status	
Female	65 (40,4)	Lower middle class	7 (4,3)
Male	96 (59,6)	Middle class	89 (55,3)
Total	161 (100,0)	Upper middle class	61 (37,9)
Age groups		Upper class	4 (2,5)
<27	52 (32,3)	Total	161 (100,0)
27-29	83 (51,6)	Professional experience	
≥ 30	26 (16,1)	< 1 year	25 (15,5)
Total	161 (100,0)	1 - <2 years	28 (17,4)
Marital status		≥2 - <3 years	33 (20,5)
Married	53 (32,9)	≥3 - <4 years	22 (13,7)
Single	108 (67,1)	≥4 - <5 years	28 (17,4)
Total	161 (100,0)	≥ 5 years	25 (15,5)
Dependents (Spouse, Child(ren), Parents and/or Other)		Total	161 (100,0)
Yes	87 (54,0)	Job satisfaction	
No	74 (46,0)	MSQ* – Overall, mean (SD)	62,7 (13,4)
Total	161 (100,0)	MSQ – Intrinsic, mean (SD)	38,9 (8,1)
		MSQ – Extrinsic, mean (SD)	23,8 (6,0)
Except where indicated otherwise, values are the number (%) of participants.			
*MSQ; Minnesota Job Satisfaction Questionnaire, SD; standard deviation.			

better technological infrastructure (89,2%), better social conditions (88,0%), and emphasis on education (86,8%) (Table 3).

Intention to Work Abroad

Eighty-nine (55,3%) of the resident physicians participating in the study wanted to work abroad. The most preferred countries to work abroad were Germany (41,6%), USA (39,3%), Canada (25,8%) and England (21,4%), respectively (Table 2).

The primary reason for migration of resident physicians, who stated their request to work abroad included higher living standards (93,3%), better working conditions (88,9%), and no violence against healthcare workers (86,7%), more abundant and accessible job and career opportunities (84,3%), and higher income opportunities (76,4%) (Table 3).

Relationship between Intention to Study Abroad and Selected Characteristics

There was a significant relationship between

the participant resident physicians' intention to study abroad and their gender ($p=0.016$) and economic status ($p=0.033$). On the other hand, a review of frequency and percentage values indicated that the intention to attend to a medical specialty program abroad (63,1%) was higher in the female resident physicians, who participated in the study. With respect to age, the intention to study abroad was higher among resident physicians aged under 27 years (63,5%). As regards professional experience, the highest rate (67,9%) was found in residents with ≥ 2 to < 3 years (63,6%) of professional experience (Table 1). The relationship between job satisfaction and brain drain among resident physicians participating in the study was evaluated using the Minnesota Job Satisfaction Scale. Accordingly, there was no statistically significant relation between job satisfaction and intention to study abroad. Similarly, there was no statistically significant relation between the job satisfaction as measured by the inner (MSQ-Intrinsic) and outer (MSQ-Extrinsic) subdomains and the intention to study abroad (Table 4).

Table 2. Intention of the participants to continue medical education and/or to work abroad			
Regarding to Attend to a medical specialty program at abroad	f (%)	Regarding to Work abroad	f (%)
Yes	83 (51,5)	Yes	89 (55,3)
No	78 (48,1)	No	72 (44,7)
Total	161 (100,0)	Total	161 (100,0)
Country of Medical Specialty Program		Country of Employment	
Germany	34 (41,0)	Germany	37 (41,6)
USA	28 (33,7)	USA	35 (39,3)
UK	22 (26,5)	Canada	23 (25,8)
Canada	16 (19,3)	UK	19 (21,4)
Other	7 (8,4)	Other	3 (3,4)
Plans following the specialty program			
Turning back after completion of the program	16 (19,3)		
Work for less than 5 years and turning back	17 (20,5)		
Working for 5-10 years and turning back	14 (16,9)		
Working for more than 10 years and turning back	4 (4,8)		
Do not want to turn back	27 (32,5)		
Other	5 (6,0)		
Total	83 (100,0)		

Relationship between Intention to Work Abroad and Selected Characteristics

There was no statistically significant relation between the intention to work abroad and selected variables in the participant resident physicians. Whereas as regards frequency and percentage distribution, the female participants had a higher rate of intention to work abroad (61,5%). With respect to age, the intention to work abroad was higher among resident physicians aged 30 years and above 25 years. The rate of intention to work abroad (57,7%.) was higher in resident physicians, who had to look after their spouse, child (or children), mother, father and/or other dependents. As regards professional experience, the highest rate (67,9%) of intention to work abroad was in the resident physicians with 1-2 years of professional

experience (66,7%). There was a statistically significant relation between job satisfaction and the intention to work abroad. Similarly, there was no statistically significant relation between the job satisfaction as measured by the inner (MSQ-Intrinsic) and outer (MSQ-Extrinsic) subdomains and the intention to work abroad (Table 4).

Discussion

In the present study, which aimed to investigate the brain drain intention in resident physicians, compare the said intention by a range of various variables, and investigate the reasons for their intention to migrate, the intention to study and work abroad, the country of destination, the reasons for brain drain, and the relationship between brain drain and job satisfaction were discussed.

Table 3. Reasons for participants' brain drain intentions					
	Strongly Disagree	Disagree	Unsure	Agree	Strongly Agree
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Distribution of Data Regarding the Reasons for Intention to Attend to a Medical Specialty Program Abroad (n=83)					
Asistant training more qualified	3 (3,6)	2 (2,4)	12 (14,5)	40 (48,2)	26 (31,3)
More pratice possibilities during assistant training	4 (4,8)	10 (12,0)	17 (20,5)	35 (42,2)	17 (20,5)
Possibility to join more academic studies	2 (2,4)	2 (2,4)	3 (3,6)	30 (36,1)	46 (55,5)
Less workload	4 (4,8)	8 (9,6)	18 (21,7)	18 (21,7)	35 (42,2)
Education is more promiment	1 (1,2)	2 (2,4)	8 (9,6)	27 (32,5)	45 (54,3)
Giving more value to new ideals and inventions	2 (2,4)	2 (2,4)	3 (3,6)	28 (33,7)	48 (57,9)
Technological infrastructure is better	2 (2,4)	2 (2,4)	5 (6,0)	22 (26,5)	52 (62,7)
Academic hierarchy is not too strict	2 (2,4)	8 (9,6)	34 (41,0)	17 (20,5)	22 (26,5)
Academic promotion criteria to be more objective	2 (2,4)	3 (3,6)	19 (22,9)	25 (30,1)	34 (41,00)
No worries about future	2 (2,4)	5 (6,0)	16 (19,3)	23 (27,7)	37 (44,6)
Social conditios are better	1 (1,2)	4 (4,8)	5 (6,0)	25 (30,1)	48 (57,9)
My personal attention and desire to be training abroad	2 (2,4)	9 (10,8)	12 (14,5)	28 (33,7)	32 (38,6)
High job satisfaction	1 (1,2)	9 (10,8)	21 (25,4)	27 (32,5)	25(30,1)
Distribution of Data Regarding the Reasons for Working Abroad (n=89)					
Saleries of asistants' are higer	3(3,4)	7 (7,9)	19 (21,3)	39 (43,8)	21 (23,6)
No compulsory service obligation after residency	3(3,4)	7 (7,9)	19 (21,3)	36 (40,4)	24 (27,0)
No performance anxiety during healthcare	4 (4,5)	5 (5,6)	18 (20,2)	32 (36,0)	30 (33,7)
Easier and more accessible job and career opportunities	3(3,4)	3(3,4)	8 (9,0)	36 (40,4)	39 (43,8)
My personal attention and desire isto work abroad	3(3,4)	7 (7,9)	15 (16,9)	30 (33,7)	34 (38,1)
Having high income opportuni- ties abroad	3(3,4)	3(3,4)	15 (16,9)	37 (41,6)	31 (34,7)
Better working conditions	4 (4,5)	2 (2,2)	3(3,4)	28 (31,5)	52 (58,4)
No violence against healthcare professionals	5 (5,6)	3(3,4)	3(3,4)	20 (22,3)	58 (65,2)
The political conditions are more suitable dor my lifestyle/phi- losophy	3(3,4)	12 (13,5)	17 (19,1)	25 (28,0)	32 (36,0)
High living standards	3(3,4)	1 (1,1)	2 (2,2)	25 (28,0)	58 (65,3)

Table 4. Relationship between selected characteristics and intention of the participants to continue medical education abroad and to work abroad

Selected characteristics	Attend to a Medical Specialty Program			Want to Work Abroad		
	Yes	No	p	Yes	No	p
	f (%)	f (%)		f (%)	f(%)	
Sex			0.016			0.189
Male	42(43,8)	54(56,3)		49(51,0)	47 (47,0)	
Female	41 (63,1)	24 (36,9)		40 (61,5)	25 (38,5)	
Age groups			0.113			0.381
<27	33 (63,5)	19 (36,5)		30 (57,7)	22 (42,3)	
27-29	38 (45,8)	45 (54,2)		42 (50,6)	41 (49,4)	
≥ 30	12 (46,2)	14 (53,8)		17 (65,4)	9 (34,9)	
Marital status			0.657			0.920
Single	57 (52,8)	51 (47,2)		60 (55,6)	48 (44,4)	
Married	26 (49,1)	27 (50,9)		29 (54,7)	24 (45,3)	
Dependents (Spouse, Child(ren), Parents and/or Other)			0.962			0.544
Yes	45 (51,7)	42 (48,3)		50 (57,5)	37 (42,5)	
No	38 (51,4)	36(48,6)		39 (52,7)	35 (47,3)	
Socioeconomic status			0.016			0.763
Lower middle + Middle	42 (43,8)	54 (56,3)		54 (56,3)	42 (43,8)	
Upper middle + upper	41 (63,1)	24 (36,9)		35 (53,8)	30 (46,2)	
Professional experience			0.516			0.481
< 1 year	12 (50,0)	12 (50,0)		11 (45,8)	13 (54,2)	
1 - <2 years	17 (56,7)	13 (43,3)		20 (66,7)	10 (33,3)	
≥2 - <3 years	21 (63,6)	12 (36,4)		19 (57,6)	14 (42,4)	
≥3 - <4 years	11 (50,0)	11 (50,0)		9 (40,9)	13 (59,1)	
≥4 - <5 years	13 (44,8)	16 (55,2)		17 (58,6)	12 (41,4)	
≥ 5 years	9 (39,1)	14 (60,9)		13 (56,5)	10 (43,5)	
Job satisfaction						
MSQ – Overall, mean (SD)	61,6 (14,4)	63,9 (12,2)	0.274	61,4 (13,6)	64,3 (13,0)	0.181
MSQ – Intrinsic, mean (SD)	38,4 (8,7)	39,5 (7,3)	0.200	38,1 (8,3)	39,89 (7,8)	0.262
MSQ – Extrinsic, mean (SD)	23,2 (6,5)	24,4 (5,5)	0.389	23,3 (6,1)	24.38 (6,0)	0.166
f(%) within selected characteristics						

According to the results obtained from the research findings, more than half of the resident physicians wanted to attend to a medical specialty program and work abroad. This rate is higher than the results obtained in research conducted in other developing countries like Turkey. In a study conducted in Croatia in 2015, the rate of medical students, who wanted to study abroad, was found to be 27%, and a study published in Peru in 2019 found the same rate to be 7,4% (5, 9). In another study from Pakistan in 2016, the rate of medical students / resident physicians, who wanted to work abroad, was found to be 52,9%, where the same rate was 44,6% in a study conducted in Uganda in 2015, and 28,9% in a study in South America in 2013 (7,10,25). The above rather high rate in Turkey may be associated with the challenges during education and working conditions of the resident physicians (YÖK, TTB), and the effect of attractive factors found within the scope of this study.

The participant resident physicians mostly preferred Germany, USA, England, and Canada, respectively to attend a medical specialty program. Similarly, Germany, USA, Canada, and England came to the fore as regards the choice of venue for working abroad. These results are indicative of the fact that resident physicians in Turkey intend to receive specialty training and work in developed countries, which would provide better education and working conditions. This is consistent with the research results suggesting that the brain drain is directed to North America and Western European countries (6,9, 10, 12, 15, 26).

In this study, approximately one third of the participant assistants, who stated that they wanted to go abroad for specialty education did not intend to return. This rate is higher than the results of similar studies conducted at home and abroad (6,15). A decreased hope of resident physicians for a solution to the problems within the health system may account for the above.

According to the results of the present study, the main reasons of why the resident physicians wanted to attend to a medical specialty program abroad included the fact that new ideas and inventions were more valued along with more opportunities to perform academic studies, better technological infrastructure, better social

conditions, and emphasis on education. These results showed that resident physicians, who wanted to study abroad, were not satisfied with the current education and demanded a better education. The report conducted by the TTB on resident physicians in 2015 also clearly demonstrates this situation (19). According to this report, 66,6% of the residents stated that the quality of the education was not high, 67% had two hours or less education per week, 58,1% did not get enough guidance regarding their future careers, 53,2% stated that the current education resources were not adequate for a specialty program (19). Problems and shortcomings encountered by the resident physicians in Turkey associated with the education process were also demonstrated in a study by the Higher Education Council (YÖK) in 2017 (18). According to the YÖK's study, some of the problems as regards the education of the resident physicians were as follows: the inadequate number and quality of instructors, lack of sufficient support from the institutions as regards attending congresses, that most of the assistant physicians can spare only one hour to one and a half hours a week for academic and scientific studies, and that one fourth of the institutions do not have a visit practice (18). Studies conducted in developing countries indicate that medical students also want to study abroad for similar reasons (6, 9, 14).

According to the findings of the present study, the main reasons for why the resident physicians wanted to work abroad, included higher living standards, better working conditions, no violence against healthcare workers, more abundant and accessible job and career opportunities, and higher income opportunities. These results primarily suggest the dissatisfaction of the participant residents with the living and working conditions in our country. In the report conducted by YÖK, it was concluded that the rate of dissatisfaction of the resident physicians with the living conditions in our country was 67% (18). Consistent with similar studies in the literature, economic reasons play an important role in the desire of physicians and medical students to work abroad (7, 9, 10, 27, 28). In our study, violence against healthcare workers stands out among the causes of brain drain. In the study conducted by YÖK on resident physicians; it was found that 84.6% of resident physicians experienced verbal violence and 28% experienced physical

violence at least once (18). It was suggested that violence against physicians was an important factor in brain drain in Pakistan (10). Other driving factors that cause brain drain in physicians were suggested in the literature, including unemployment, excessive workload, low wages, infrastructure and equipment deficiencies, unethical behavior, low quality of life, poor job satisfaction, low job motivation, political and economic instabilities and conflicts, and risky working conditions (5, 7, 10, 16, 27, 29). On the other hand, the attractive factors included better living standards, better health services, emphasis on scientific and academic studies, higher quality of working conditions and education system, more financial rewards, and improved working conditions at abroad (5, 10, 14, 16, 29).

In the present study, there was a statistically significant relationship between specialty education abroad and gender and socioeconomic status. However, in terms of frequency and percentage distributions, the intention for specialty education abroad was higher in female, young residents, and residents with a middle-upper, and upper socio-economic status and 2-3 years of professional experience. Although there was no statistically significant relationship between the intention to work abroad and various categories (age, gender, marital status, dependent persons, socio-economic status, and professional experience), the rate of intention to work abroad was higher in female resident physicians and residents, who aged 30 years or above, who had dependents, who defined themselves in middle and middle-lower socioeconomic status, and who had 1-2 years of professional experience. One of the reasons associated with the higher rate in the female participants as regards intention to study and work abroad is the status of women in business life and the fact that violence against women is more common in Turkey. In the literature, the desire of women to migrate was found to be higher in a study conducted in Pakistan (10). On the other hand, the desire to work abroad was higher among men in the study conducted in Uganda (6). In terms of age and professional experience, there are studies suggesting that young physicians are more likely to leave the country compared to the senior physicians (13). In our current study, it was concluded that the desire to work abroad was higher in young

physicians with 1-2 years professional experience. This may suggest that young people in Turkey are not comfortable with the current situation, are not happy, and are desperate for the future. (30) In a study conducted in South Africa in 2013, there was a relationship between young age, male sex, single status, and low job satisfaction and the desire to migrate (25). In contrast to a study conducted in Saxony, Germany in 2016, which suggested that the family factor had a lowering effect on the desire to migrate, the physicians, who had children, had a higher desire to work abroad in our study (31). This suggests that the resident physicians in Turkey have future anxiety with regard to their children.

According to the results of current study, there was no statistically significant relationship between job satisfaction and their desire to study and work abroad in resident physicians. However, the general job satisfaction scores (62.7) of the resident physicians are very close to the neutral 60 points according to the Minnesota Job Satisfaction Scale. Low job satisfaction is one of the driving factors causing brain drain. Relevant studies in the literature reported low job satisfaction scores in resident physicians. (32,33,34) The low job satisfaction scores in the resident physicians may account for the higher rates of intention to study and work abroad.

COVID-19 outbreak began to spread rapidly in Turkey, when the data collection for the purposes of the study was still underway. The outbreak negatively affected the educational processes of medical students (35). It started new discussions about the deficiencies the medical students encounter in education (28-36). The training processes of resident physicians, who continue their medical specialty training, were also negatively affected by the extraordinary conditions created by the outbreak of the COVID-19. The pandemic also put great pressure on the working conditions of resident physicians. It was seen that the COVID-19 pandemic brings along problems such as feeling in danger, loneliness, lack of self-confidence, and fear of infecting loved ones, in addition to the problems currently experienced by resident physicians (37).

It can be stated that this situation creates novel adverse effects on the job satisfaction, working and living conditions of the resident physicians.

Studies showed that problems with adverse effects on working and living conditions also lead to an inverse relationship between the job satisfaction of physicians and job alienation and leaving the job (27, 38). The fact that the desire of the resident physicians in Turkey to attend to a medical specialty program abroad and work abroad is higher in Turkey compared to other countries, suggests the effects of the controversies created by the pandemic process.

The present study found very high rates of intention to brain drain in the resident physicians in Turkey. The intentions to work or study abroad may not prove to be a true migration (9). Yet it is important as an indication of the brain drain potential. The size of the said potential is associated with high risk as regards education costs.

The present study, which investigated the intention to study and work abroad, has certain limitations. The first is the fact due to the intensity and obstacles associated with the COVID-19 outbreak, the sample selection was limited to the state and university hospitals in the city center of Ankara, and thus the number of participants was limited as well. Furthermore, the study is limited to the responses of the participants to the items included in the questionnaires. This research aimed to reveal the current situation at a particular moment. Prospective studies with a similar sample size that would more comprehensively investigate how much of the desire to study and work abroad has become a reality and the determinant variables in this process would be instructive. Despite this limitation, the present study will contribute to the literature as a pioneering study of brain drain in resident physicians in our country. At the same time, this study can help politicians and administrators with improving both the education and working conditions of healthcare professionals, based on the results of the study. The persons and institutions involved in the medical specialty education may be encouraged to revise their educational policies and practices. Therefore, it may contribute to reducing the rate of the intent to work abroad turns into reality, reducing the brain drain and preventing likely losses in education costs.

Conclusion

The results of the present study on the example

of resident physicians as a part of the highly qualified workforce indicates the risk of loss in education costs. This study showed that more than half of the resident physicians wanted to attend to a medical specialty program abroad and considered brain drain. It was seen that more than one-third of resident physicians, who wanted to work abroad, did not want to return Turkey again. These results can be evaluated as an opportunity to reverse the trends in the migration of resident physicians in Turkey, which may have potentially serious consequences on the functioning of the health system. Taking into consideration the high desire for brain drain in resident physicians, the officials may implement policies that would improve the education, working, and living conditions of the resident physicians education on the basis of reasons of migration.

Acknowledgments

I would like to express my appreciation to Dr. Murat Torgutalp, Assoc. Dr. Pervin Oya Taneri and Nazmiye Uğur for their important comments and thoughts.

İletişim: Dr. Nevruz Uğur

E-Posta: nevruzugur@hotmail.com

References

1. Ünal I L. Eğitim ve Yetiştirme Ekonomisi. Ankara: Epar Yayınları; 1996.
2. Abuhanoğlu H, Ayanoğlu Y, Cankul İ H, Teke, A. Tıp eğitimi maliyeti ve eğitim sürecinde ortaya çıkan kayıpların maliyetlere etkisi. Gülhane Tıp Dergisi 2014; 56: 147-153.
3. Adem M. Ulusal Eğitim Politikamız ve Finansmanı. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları No: 172;1993.
4. ÖSYM. 2019-Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu. Available from: <https://www.osym.gov.tr/TR,16858/2019-yuksekoğretim-programlari-ve-kontenjanlari-kilavuzu.html?fbclid=IwAR19tvMwKFOy0KiVfXHRmmVHSnAbjf-YvBt2KmNd6XkudRSJG1N1fKmOlGk>.
5. Anduaga-Beramndi A, Beas R, Maticorena-Quevedo J, Mayta-Tristan P. Association between burnout and intention to emigrate in Peruvian health-care workers. J of Safety and Health at Work 2019;10:80-6.
6. Kizito S, Mukunya D, Nakitende J, Nambasa S, Nampogo A, Kalyesubula R ve ark. Career intentions of final year medical students in Uganda after graduating: the burden of brain drain. BMC

- Med Education J 2015;15:122.
7. Okeke E N. Brain drain: Do economic conditions "push" doctors out of developing countries? *Social Science & Med J* 2013;98:169-78.
 8. Dovlo D. Taking more than a fair share? The migration of health professionals from poor to rich countries. *PLoS Med J* 2005;2(5):376-80.
 9. Bojanic A, Bojanic K, Likic R. Brain drain: Final year medical students' intentions of training abroad. *Postgrad Med J* 2015;91:315-21.
 10. Hossain N, Shah N, Shah T, Lateef S B. Physicians' migration: Perceptions of Pakistani medical students. *J of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2016;26(8):696-701.
 11. WHO. Migration of health workers: The WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis. 2014. Available from: https://www.who.int/hrh/migration/migration_book/en/.
 12. Aluttis C, Bishaw T, Frank, M W. The workforce for health in a globalized context - global shortages and international migration. *Global Health Action J* 2014;7:1-8.
 13. Opoku S T, Apenteng B A. Seeking greener pastures? The relationship between career satisfaction and the intention to emigrate: a survey of Ghanaian physicians. *International Health Advance Access J* 2014;6(3):208-12.
 14. Baral R, Sapkato S. Factors influencing migration among Nepalese nurses. *J of Chitwan Med College* 2015;5(12):25-29.
 15. Kaya M. Beyin göçü / entellektüel sermaye erozyonu bilgi çağının gönüllü göçerleri: Beyin gurbetçileri. *Eğitime Bakış Dergisi*. 2009;5(13):14-29.
 16. Mellin-Olsen J. Migration and workforce planning in medicine with special focus on anesthesiology. *Frontiers in Med* 2017;4 (111). doi: 10.3389/fmed.2017.00111.
 17. Cujec B, Oancia T, Bohm C, Johnson D. Career and parenting satisfaction among medical students, residents and physician teachers at a Canadian medical school. *CMAJ- Canadian Medical Association J* 2000;162(5):637-40.
 18. YÖK. Tıp Dallarında Asistan Eğitimi Çalıştayı (Çalıştay Raporu). Ankara: Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı, 16 Mayıs 2017.
 19. TTB . Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2015.
 20. TTB. Duyurular, TTB ve Milletvekilleri TBMM'den Seslendi: İktidar Hekimlere ve Topluma Olan Sorumluluğunu Yerine Getirmeli, Gündem Değiştirmemelidir. Available from: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=f8a01c32-746f-11ec-a83c-469e4684c346
 21. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Sağlık Bilgi Sistemler Genel Müdürlüğü. Available from: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>.
 22. Patton M Q. Qualitative Research. New York: John Wiley & Sons, Ltd. 2005.
 23. Flick U. An Introduction To Qualitative Research. New York: Sage: 2014.
 24. Baycan A. An Analysis of Several Aspects of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups. Boğaziçi University Unpublished Master's Thesis 1985. İstanbul.
 25. George G, Atujana M, Gow J. Migration of South African health workers: The extent to which financial considerations influence internal flows and external movements. *BMC Health Services Research* 2013;13:297.
 26. OECD. International Migration of Health Workers. (2010). Available from: http://www.who.int/hrh/resources/oecd-who_policy_brief_en.pdf.
 27. Başaran İE. Örgütsel Davranış. Ankara: Gül Yayınevi; 1998
 28. Mathaueri I, Imhoff I. Health worker motivation in Africa: The role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health* 2006;4:24.
 29. Eastwood J B, Conray RE, Naicker S, West P A, Tutt R C, Plange-Rhule J. Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: The pivotal role of the UK. *Public Health* 2006;365:1893-1900.
 30. Yazar Aslan B. Genç işsizliğe yönelik alan araştırması: Üniversite öğrencileri arasında kaygı ve umutsuzluk. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 2015, 6 (2), 71-86.
 31. Pantenburg B, Lupp M, König HH, Riedel-Heller SG. Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: Results of a survey in Saxony, Germany. *J Occup Med Toxicol* 2016;11:2.
 32. Özçelik Şenocak E. The relation between burnout levels and job satisfaction and sociodemographic data in family physicians working in Ankara. Yıldırım Beyazıt Boğaziçi University Unpublished Master's Thesis 2019, Ankara.
 33. Kaya Erdem F. Evaluation of family medicine assistants by job satisfaction and training quality. Sağlık Bilimleri University Unpublished Master's Thesis 2018. İzmir.
 34. Uyar A A. The relationship between empathy levels, burnout and job satisfaction Trakya University Faculty of Medicine Residents. Trakya University Unpublished Master's Thesis. 2018. Edirne.
 35. Tokuç B, Varol G. Medical education in Turkey in time of COVID-19. *Balkan Medical J*. 2020;37(4):1580-181.
 36. Aslan D, Sayek İ. We need to rethink on medical education for pandemic preparedness: Lessons learnt from COVID-19. *Balkan Medical J* 2020;37(4):178-9.
 37. Danışman D, Sahip T, Hizarcı Tavlı E. Pandemi polikliniğinde asistan olmak. *Konuralp Tıp Dergisi* 2020;12(1):388-90.
 38. Kerr E A, Hays R D, Mittman B S, Siu A L, Leake B, Brook R H. Primary care physicians' satisfaction with quality of care in California capitated medical groups. *JAMA The J of the American Medical Association* 1997;278(4):308-12.

Annelerin Erken Postpartum Dönemdeki Eş Desteği Algısının Postpartum Stres Üzerine Etkisi

The Effect of Mothers' Perceived Spousal Support in the Early Postpartum Period on Postpartum Stress

Ruveyde Aydın¹, Özge Palancı Ay², Tuğba Yazıcı Topçu³, Songül Aktaş⁴



DOI: 10.17942/sted.1027517

Geliş/Received : 23.11.2021
Kabul/ Accepted : 12.04.2022

Öz

Amaç: Bu çalışmada; annelerin erken postpartum dönemdeki eş desteği algısının postpartum stres üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma kesitsel ve analitik tiptedir. Çalışmanın verileri postpartum erken dönemde olan 389 anneden online olarak toplanılmıştır. Veriler; tanıtıcı bilgi formu, Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladığı Eş Desteği Ölçeği ve Doğum Sonu Stres Etkenleri Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, toplam puan) ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Annelerin algıladığı eş desteği puanının artmasının, postpartum stres düzeyini azaltmada etkisinin olduğu saptanmıştır ($\beta = -0.093$, $p = 0.049$). Annenin gelir getiren bir işte çalışma durumunun ($\beta = -2.330$, $p = 0.000$), gelirini gidere denk ($\beta = -1.975$, $p = 0.014$) ve gelirini giderden fazla algılamasının ($\beta = -1.998$, $p = 0.030$) postpartum stres üzerinde azaltıcı etkisinin olduğu belirlenmiştir. Annelerin; eşlerinin eğitim düzeyinin lisans ve üstü olması ($\beta = 2.611$, $p = 0.036$), üç ve daha fazla sayıda çocuğunun olması ($\beta = 0.092$, $p = 0.046$) ve il merkezinde yaşmaları ($\beta = 2.653$, $p = 0.033$) postpartum stresi artırdığı bulunmuştur.

Sonuç: Annelerin erken postpartum dönemde eş desteği algısı arttıkça postpartum stresi azalmaktadır. Bazı sosyo-demografik ve obstetrik faktörler, annenin postpartum stresini artırmaktadır.

Anahtar sözcükler: Anne, postpartum stres, eş desteği, postpartum bakım, ebe ve hemşire

Abstract

Purpose: This study was aimed to examine the effect of perceived spousal support of mothers in the early postpartum period on postpartum stress. **Method:** This study is cross-sectional and analytical type. The data were collected from 389 mothers who were in the early postpartum period with an online survey. Data were collected using a descriptive form, the Scale of Spousal Support Perceived by Women in the Early Postpartum Period, and the Postpartum Stress Factors Scale. Descriptive statistics (number, percentage, total score) and multiple linear regression analysis were used to analyze the data.

Results: It was determined that the increase in the spousal support score perceived by the mothers influenced reducing the postpartum stress level ($\beta = -0.093$, $p = 0.049$). It was found that "working mothers compared to non-working mothers" ($\beta = -2.330$, $p = 0.000$), "income equal to expenses" ($\beta = -1.975$, $p = 0.014$) and "income more than expenses" ($\beta = -1.998$, $p = 0.030$) have a reducing effect on postpartum stress. It was determined that the mothers' "having a bachelor's degree or higher education level of their spouses" ($\beta = 2.611$, $p = 0.036$), "having three or more children" ($\beta = 0.092$, $p = 0.046$) and "living in the city center" ($\beta = 2.653$, $p = 0.033$) increased postpartum stress.

Conclusion: As the perceived spousal support of mothers increases, the level of postpartum stress decreases. Some socio-demographic and obstetric factors increase the postpartum stress of the mother.

Key words: Mother, postpartum stress, spousal support, postpartum care, midwife and nurse.

¹Dr. Öğr. Üyesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-4604-4570)

²Arş. Gör. Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0002-4014-5074)

³Uzm. Ebe, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Farabi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (Orcid no: 0000-0001-5402-7119)

⁴Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü (Orcid no: 0000-0001-8506-4844)

Giriş

Doğum mutluluk verici bir olay olmasına rağmen, doğumla birlikte kadının yaşamında rol ve sorumluluklarında artış olması, yeni rolüne uyum sağlaması, bebeğin bakımı, bebekle olan ilişkisi, sosyal yaşamında ve eş ilişkisindeki geçici değişim kadının doğum sonu süreçte (postpartum dönem) stres yaşamasına neden olmaktadır (1). Özellikle erken postpartum dönem annenin; vücudundaki fizyolojik ve psikolojik değişikliklere ve bebeğin bakımına (emzirme, göbek bakımı, uyku vb.) uyum sağlamaya başladığı, doğum sonu sorunlarla (ağrı, kanama, enfeksiyon, depresyon vb.) baş etmeye çalıştığı stresli bir dönemdir (2, 3). Razurel ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, postpartum dönemdeki kadınlar; bebeğin sağlığı ve bakımı, emzirme, kendi sağlığı, beden imajı, çalışma yaşamına geri dönüş gibi durumların onlar için önemli stres kaynağı olduğunu ifade etmişlerdir (4). Literatürde kadınlarda perinatal mental sağlık problemlerinin (depresyon, anksiyete bozukluğu vb.); çoğunlukla postpartum dönemin ilk bir yılında ortaya çıktığı ve bu sorunların oluşumunda günlük yaşamın değişiminden kaynaklı stresin etkili olduğu belirtilmektedir (3, 5). Bu nedenle postpartum dönemde anneye sağlık profesyonelleri, ailesi ve özellikle eşi tarafından destek sağlanması oldukça önemlidir (6, 7).

Doğum sonu dönemdeki eş desteği; anneye duygusal destek sağlayarak onun stresle baş etme gücünü artıran, postpartum adaptasyonunu ve ebeveynlik rolüne geçişini kolaylaştıran (7-9), psikolojik iyi oluşunu ve mental sağlığını yükselten en temel desteklerden biridir (6, 7). Tayvan'da 526 anne ile yapılan çalışmada yeterli eş desteği aldığını ifade eden annelerin daha az postpartum stres yaşadığı saptanmıştır (10). Reid ve Taylor (2015) tarafından yapılan çalışmada, eşi tarafından desteklenen kadınların psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissettikleri ve strese neden olan faktörler ile daha kolay baş ettikleri belirlenmiştir (11). Bu nedenle anneler, postpartum dönemde başta eşleri olmak üzere yakın çevresinden sosyal destek beklemektedir (6,7). Gülşen ve Merih'in (2018) çalışmasında annelerin %70,2'sinin eşlerinden destek beklediği görülmüştür (12).

Annenin postpartum dönemde yeterli destek alamadığı durumda stres düzeyinin artması

postpartum stres ve depresyon yaşamasına neden olmaktadır (3, 6-8). Bu durum annede; çaresizliğe, ağlama nöbetlerine, isteksizliğe, öz bakımın yetersizliğine, bebeğe karşı ilgisizliğe, kendine zarar verme düşüncesinin oluşmasına, maternal bağlanmada bozulmaya, iştah ve uyku problemleri yaşama gibi psikososyal ve fiziksel sorunlara neden olabilmektedir. Öte yandan annede artan stres yenidoğan bebekte; emzirme sorunları, beslenme yetersizliği (3, 13), yenidoğan stresi, infantil kolik (14), büyüme gelişme geriliği gibi bebeğin şimdiki ve gelecek yaşantısını etkileyebilecek problemlere yol açabilmektedir (3).

Doğal afet, savaş, pandemi gibi durumlar da gebelerin ve annelerin stresinin artmasına neden olmaktadır (15). İçinde bulunduğumuz COVID-19 pandemisine bağlı; virüsün yayılımını önlemek, hastalık ve ölüm oranlarını azaltmak için hastanedeki bazı uygulamalar (doğum ve doğum sonu dönemde refakatçi kısıtlaması gibi), sosyal mesafe kuralları ve karantina uygulamaları, kadının bebeğine ve kendine COVID-19 virüs bulaş korkusu gebelik, doğum ve postpartum döneme ilişkin stresinin artmasına sebebiyet verebilmektedir (15-17). Annede artan stres, eş ve diğer sosyal destek (anne, baba, arkadaş gibi) ihtiyacını artırmıştır.

Postpartum dönemde annenin yaşadığı stres, anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi mental sağlık sorunları; maternal hastalık ve ölüm riskini artırmaktadır (18). Bu nedenle; postpartum stres gibi ruhsal ve psikososyal sağlık sorunlarını tanılama, risk faktörlerini belirleme, erken önlem alma ve tedavi etme anne, yenidoğan, aile ve toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (1, 5). Literatürde postpartum dönemde sosyal desteğin postpartum ruh sağlığı üzerine etkisine yönelik çok sayıda araştırma olmasına rağmen, lohusalığın erken dönemindeki eş desteğinin, postpartum stres üzerine etkisini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır (6-8). Bu çalışma da böyle bir ihtiyaçtan yola çıkılarak planlanmıştır. Çalışmada amaç; annelerin erken postpartum dönemdeki eş desteği algısının, postpartum stres üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye’de yaşayan, erken lohusalık döneminde olan (doğum sonrası ilk 7 gün) anneler oluşturmaktadır. Araştırmaya alınma kriterleri: Araştırmaya katılmaya gönüllü olma, 20 yaşından büyük olma, Türkçe bilme, en az ilkokul mezunu olma, cep telefonuna sahip olma ve WhatsApp uygulamasını kullanabilme, doğum yapmış olma, doğum sonrası ilk 7 gün içinde olma, çoğul gebeliğinin olmaması, tanı almış bir psikiyatrik hastalığın olmaması ve sağlıklı bir yenidoğana sahip olmaktır. Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri: Sığınmacı ya da mülteci olan, bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan, yazı yazamama gibi ortopedik engeli olan ve doğum sonrası eşi ile aynı ortamı/evi paylaşmayan annelerdir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, kitle oranının kestiriminde evrendeki birey sayısı bilinmediği durumlarda kullanılan örneklem büyüklüğü formülüyle hesaplanmıştır. Bu formül aşağıda açıklanmıştır.

$$n = z^2pq / d^2$$

n = Örneklem alınacak birey sayısı

p = İncelenen olayın görülüş sıklığı / gerçekleşme olasılığı (0.5)

q = İncelenen olayın görülme sıklığı / gerçekleşmeme olasılığı (1-p=0.5)

z = Belirli bir güven düzeyinde z tablosundan büyük serbestlik derecesi için bulunan teorik değer (%95 güven aralığı için 1.96).

d = Araştırmada belirlenecek oranın standart hatası (%95 güven aralığı için 0.05).

$$n = 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 / 0.05^2 = 384$$

Araştırmanın örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır. Kayıp ve uç değer veriler olmasına karşın 389 anne ile araştırma tamamlanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verilerinin toplanılmasında anne tanıtıcı bilgi formu, Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladığı Eş Desteği Ölçeği ve Doğum Sonu Stres Etkenleri Ölçeği kullanılmıştır.

Veriler “Google survey” aracılığı ile araştırmacıların sosyal medya ve WhatsApp hesapları üzerinden yapılan paylaşımlarla Aralık 2020–Mart 2021 tarihleri arasında toplanılmıştır.

Anne Tanıtıcı Bilgi Formu (ATBF): Bu form literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (1, 2, 19). ATBF; annenin sosyo-demografik (yaş, eğitim vb.), obstetrik (doğum sayısı, doğum şekli vb.) ve eşin eğitimini kapsayan 13 sorudan oluşmaktadır.

Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladığı Eş Desteği Ölçeği (ELSKAEDÖ): Ölçek Şahin ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilmiş ve 16 madden oluşmaktadır (20). Ölçekte duygusal destek (ilk 7 madde), sosyal destek (8-13. maddeler), fiziksel destek (14-16. maddeler) olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Ölçekte 8, 9, 10, 12, 14 ve 15. maddeler ters maddedir. Ölçek beşli likert tipindedir (1 “kesinlikle katılmıyorum” - 5 “kesinlikle katılıyorum”). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan 16’dır. Ölçekten alınan puanın artması erken lohusalık sürecindeki eş desteğinin yeterli düzeyde algılandığını ifade etmektedir. Ölçeğin genel cronbach alfa değeri 0.87’dir.

Doğum Sonu Stres Etkenleri Ölçeği (DSSEÖ): Ölçek Park ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilmiştir (21). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Şahbaz ve Erbil (2019) tarafından yapılmıştır (2). Ölçek toplamda 9 sorudan oluşmaktadır ve dörtlü likert tipine (1 “hiç stresli değil”, 4 “aşırı derece stresli”) sahiptir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 9 ve en yüksek 36’dır. Ölçekten alınan puan arttıkça stresin arttığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin genel cronbach alfa değeri 0.768’dir.

Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır ve değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk W testi ile değerlendirilmiştir. Sosyo-demografik ve obstetrik değişkenlerin ve erken lohusalık sürecinde kadınların algıladığı eş desteğinin postpartum stres üzerine etkisini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizi; birden fazla bağımsız değişkenin bir bağımlı değişken üzerindeki doğrusal etkisini ortaya koymaktadır. Verilerin analizinde %95 güven aralığı ve anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ kabul alınmıştır.

Tablo 1. Tanımlayıcı bilgiler (n=389)		
	n	%
Yaş (yıl)		
18-25	90	23
26-30	161	41
31- 45	138	36
Eğitim düzeyi		
İlkokul	59	15
Lise	129	33
Lisans ve lisansüstü	201	52
Aile tipi		
Çekirdek	359	92
Geniş	30	8
Çalışma durumu		
Evet	155	40
Hayır	234	60
Gelir algısı		
Gelir giderden az	57	15
Gelir gidere denk	190	48
Gelir giderden fazla	142	37
Doğum şekli		
Vajinal	111	29
Sezaryen	278	71
Doğum sayısı		
1	174	45
2	139	35
3 ve üstü	76	20
Yaşayan çocuk sayısı		
1	175	45
2	139	36
3 ve üstü	75	19
Eş eğitim durumu		
İlkokul	34	8
Lise	143	37
Lisans ve üstü	212	55
	Ortalama	Standart sapma
Annelerin yaş ortalaması (yıl)	29.05	4.77
Verilerin toplandığı tarihte ortalama postpartum gün	3.00	1.58

Tablo 2. Ölçek ve ölçek alt boyutları toplam puan ortalamaları				
Ölçekler	En düşük	En yüksek	Ortalama	SD
Algılanan eş desteği ölçeği	23	76	58.29	6.34
Duygusal destek	10	35	31.09	5.22
Sosyal destek	10	30	19.09	2.64
Fiziksel destek	3	15	8.11	1.90
Postpartum stres ölçeği	10	36	22.83	5.17
SD: Standart Sapma				

Etik Boyut

Ölçek sahiplerinden elektronik posta yoluyla kullanım izni alınmıştır. Etik Kurul onayı bir devlet üniversitenin Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan alınmıştır (No: 2020/11). Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları çevrimiçi olarak alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyonu doğrultusunda yürütülmüştür.

Bulgular

Bu çalışmadaki annelerin yaş ortalaması 29.05 ± 4.77 yıldır. Annelerin ve eşlerinin yarısından fazlası lisans ve üstü eğitim (sırasıyla %52, %55) düzeyindedir ve çekirdek ailede (%92) yaşamaktadır. Annelerin %60 gelir getiren bir işte çalışmamakta ve %48 gelir-gidere denk gelir algısına sahiptir. Annelerin büyük çoğunluğu sezaryen doğum (%71) yapmıştır ve yarıya yakınının yaşayan bir çocuğu (%45) bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2'de görüldüğü gibi bu çalışmada annelerin erken dönemde algılanan eş desteği ölçek toplam puan ortalaması 58.29 ± 6.34 ve doğum sonu stres ölçeği toplam puan ortalaması 22.83 ± 5.17 bulunmuştur.

Annelerin algıladığı eş desteği puanının artmasının, postpartum stres düzeyini azaltmada etkisinin olduğu belirlenmiştir ($\beta = -0.093$ $p = 0.049$) (Tablo 3).

Annelerin postpartum stres düzeyi üzerine 10 bağımsız değişkenin etkisinin incelendiği çoklu

doğrusal regresyon analizi sonucunda; annelerin ilde yaşama durumunun ($\beta=2.653$, $p<0.001$), eşinin lisans ve üstü eğitime sahip olmasının ($\beta=2.611$ $p=0.036$) ve annenin gelir getiren bir işte çalışmasının ($\beta=-2.330$, $p<0.001$) postpartum stresin en güçlü üç yordayıcısı olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Gelir getiren bir işte çalışan annelerde, çalışmayan annelere göre postpartum stresin 2,3 kat daha az görüldüğü bulunmuştur. Annelerin "il merkezinde yaşama durumunun" postpartum stresi 2,65 kez daha artırdığı, gelir algısı "gelir gidene denk" ve "gelir giderden fazla" olma durumunun ise postpartum stres üzerinde yaklaşık 2 kat azaltıcı etkisinin olduğu saptanmıştır. Annelerin "eşlerinin eğitim düzeyinin lisans ve üstü olması" ($\beta=2.611$ $p=0.036$), "üç ve daha fazla sayıda çocuğunun olması" ($\beta=0.092$ $p=0.046$) durumunun postpartum stresi artırdığı bulunmuştur. Annenin yaşı, eğitim düzeyi, doğum tipi ve doğum sonu geçen sürenin postpartum stres üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmada; annelerin erken postpartum dönemdeki eş desteği algısının postpartum stres üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Yapılan bu çalışmada annelerin postpartum stres ölçeği toplam puan ortalaması 36 puan üzerinden 22.83 olduğu ve bu puanın ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır. Aynı ölçeğin kullandığı çalışmalarda annelerin postpartum stres puan ortalamasını Murphey ve arkadaşları (2017) 17.39 ve Mollard ve arkadaşları (2021) 14.91 olarak saptamıştır (5, 22). Bu çalışmadaki ölçekten farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda ise annelerin postpartum stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (23-25). Çalışma bulguları arasındaki farklılığın; çalışmanın örneklem büyüklüğü ve yapıma zamanı, çalışmada kullanılan ölçeklerin farklılığı, annelerin yaşadığı yer, sosyo-ekonomik, obstetrik ve kültürel özelliklerinin farklı olması gibi nedenlerden kaynaklanabileceği akla gelmektedir. Örneğin bu çalışma COVID-19 pandemisinde yürütülmüştür. Buna bağlı olarak annelerin bebeğine, kendisine ve sevdiklerine virüs bulaşma, kaybetme korkusuna ve doğum sonu yeterince destek alamamaya bağlı postpartum stres düzeyinin diğer çalışmalardan daha yüksek

olması beklenen bir sonuçtur. Lewkowicz ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada da annelerin COVID-19 pandemisi sırasında algılanan postpartum stres düzeyinin pandemi öncesinden yüksek olması bizim çalışmamızın bulgusunu desteklemektedir (26).

Tablo 3. Postpartum strese ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler				
	β	St. E.	t	P
Sabit terim	27.411	2.72	10.06	<0.001*
Yaş (yıl)				
26-30	0.187	0.91	0.21	0.838
31-45	0.538	1.14	0.47	0.637
Eğitim				
Lise	0.187	0.91	0.21	0.838
Lisans ve lisansüstü	0.538	1.14	0.47	0.637
Çalışma durumu (Evet)	-2.330	0.63	-3.65	0.000*
Yaşayan çocuk sayısı				
2	0.267	0.60	0.44	0.660
3 ve üstü	0.092	0.046	2.00	0.046*
Şu an yaşanılan yer				
İlçe	0.788	1.34	0.58	0.559
İl	2.653	1.23	2.14	0.033*
Gelir algısı				
Gelir gidere denk	-1.975	0.80	-2.46	0.014*
Gelir giderden fazla	-1.998	0.91	-2.18	0.030*
Eş eğitim durumu				
Lise	1.551	1.11	1.40	0.163
Lisans ve üstü	2.611	1.23	2.11	0.036*
Doğum tipi (vajinal doğum)	-0.656	0.58	-1.12	0.263
Postpartum gün	-0.0149	0.17	-0.09	0.932
Erken postpartum dönemde algılanan eş desteği	-0.093	0.04	-1.97	0.049*
Max. VIF	1.04 (çoklu bağlantı sorunu yok)			
White Test	P = 0.102 > 0.05 (heterojenite sorunu yok)			
Shapiro-Wilk W Normality Test	P = 0.089> 0.05 (normal dağılım)			
Ramsey Reset Test	P = 0.065 > 0.05 (model spesifikasyon hatası yok)			
*p<0,05				

Sosyal destek; bireyin yaşamını doğrudan etkilemektedir ve stres oluşturacak olayların etkilerini azaltarak ve baş etme yöntemlerini güçlendirerek mental sağlığını korumaktadır (11, 27).

Eş ya da partnerle kurulan ilişki bireyin hayatındaki en önemli kişilerarası ilişkilerden biri olduğu için eşin postpartum dönemde iyi bir duygusal destek kaynağı olmasının yanı sıra çocuk bakımı ve ev ile ilgili görevlerde yardımcı olarak araçsal bir destek kaynağı olabileceği belirtilmektedir (28). Literatürde eş desteğinin postpartum stres üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır (8). Buna ek olarak "Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladığı Eş Desteği Ölçeği" ile yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada annelerin algıladığı eş desteği ölçeği toplam puan ortalaması 80 puan üzerinden 58.29 olduğu ve bu puanın ortalama değerinin üstünde olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Kızıllırmak ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada postpartum erken dönemde kadınların algıladığı eş desteği puan ortalamasının ortalamasının üstünde (61.68 puan) olduğu belirlenmiştir (9). Yakıcı ve Save (2021) tarafından yapılan çalışmada kadınların algıladığı eş desteği puan ortalamasının ortalama değerinde olduğu belirtilmiştir (27). Çalışmanın bu bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada "annelerin algıladığı eş desteği puanının artmasının ($\beta = -0.093$ $p = 0.049$) postpartum stres düzeyini azaltmada" etkisinin olduğu saptanmıştır. Sampson ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada annenin yaşı, eğitim düzeyi ve etnik yapısı fark etmeksizin eşten alınan duygusal desteğin maternal stresi azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (29). İsviçre'de yapılan bir çalışmada sosyal destek alan ve özellikle eş desteği alan kadınların postpartum stres ve anksiyete yaşama düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (4). Çalışmanın bu bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir.

Literatürde postpartum eş desteği ile postpartum depresyon arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (27,11). Yakıcı ve Save (2021) tarafından yapılan çalışmada postpartum erken dönemde annelerin algıladığı eş desteği puan ortalamasının postpartum depresyona sahip olan kadınlarda 60 ve depresyona sahip olmayan kadınlarda ise 70 puan olduğu ve

eş desteğinin postpartum depresyona karşı korucu olduğu saptanmıştır (27). Reid ve Taylor (2015) tarafından yapılan çalışmada annelerin postpartum dönemde eş, aile ve arkadaşlarından destek aldığını ve eş desteği alan annelerin postpartum depresyon düzeyinin, aile ve arkadaşlardan destek alan annelerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir (11).

Annelerin postpartum stres düzeyini; sosyo-demografik ve obstetrik özellikler etkileyebilmektedir. Bu çalışmada "gelir getiren bir işte çalışan" annelerde, çalışmayan annelere göre postpartum stresin 2.3 kat daha az görüldüğü bulunmuştur ($\beta = -2.330$, $p = 0.001$). Bingöl ve Bal (2020) tarafından yapılan çalışmada düşük gelir algısına sahip annelerin doğum sonu dönemde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (30). Literatürde düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olan annelerin; postpartum dönemde daha fazla travma sonrası stres semptomları, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon yaşadığı belirtilmektedir (31-34). Yapılan bu çalışma da, gelir algısı "gelir gidene denk" ve "gelir giderden fazla" olma durumunun postpartum stres üzerinde yaklaşık 2 kat azaltıcı etkisinin olduğu saptanmıştır. Lewkowicz ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada pandemi sürecinde iş kaybı yaşayan, yiyecek almada ve bebeğin ihtiyaçlarını karşılamada ekonomik yönden sıkıntı yaşayan annelerin postpartum stres ve depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (26).

Mollard ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyi düşük ve gelir getiren bir işte çalışmayan annelerin postpartum stres düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (22). Bu çalışmanın iki bulgusundan ve yapılan çalışmalardan da anlaşıldığı üzere kadının doğum sonu dönemde kendine, bebeğine ve ailesine bakma konusunda yaşadığı ekonomik kaygı doğum sonu mental sağlığını olumsuz etkilemektedir (34).

Literatürde postpartum dönemde annenin mental sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda çocuk sayısı ile postpartum depresyon arasında yakın ilişki olduğu vurgulanmaktadır (35). Bu çalışmada annelerin "üç ve daha fazla sayıda çocuğunun olma" ($\beta = 0.092$ $p = 0.046$) durumunun postpartum stresi artırdığı bulunmuştur. Çalışmanın bu

bulgusu annenin çocuk sayısı arttıkça aile için de bakım verdiği kişi sayısının ve sorumluluklarının artması ve buna bağlı postpartum stresinin artmasıyla ilişkili olabileceğini akla getirmektedir. Bu çalışmanın bulgusuyla benzer şekilde Mollard ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında çocuk sayısı arttıkça postpartum stresin arttığı görülmüştür (22).

Bunun aksine Lewkowitz ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında çocuk sayısının postpartum stresi etkilemediği belirlenmiştir (26). Çalışma bulguları arasındaki bu farklılığın; çocukların yaşı ve gereksinimleri, annelerin aldığı ve algıladığı destek düzeyi gibi faktörlerden kaynaklanabileceği akla gelmektedir.

Bu çalışmada annelerin “eşlerinin eğitim düzeyinin lisans ve üstü olması” ($\beta=2.611$, $p=0.036$) ve “il merkezinde yaşama durumunun” ($\beta=2.653$, $p=0.033$) postpartum stresi 2,5 kat daha fazla artırdığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde annenin eş eğitim düzeyi ve il merkezinde yaşama durumu ile postpartum stres düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak yapılan nitel bir çalışmada eşleri lisans eğitimine sahip annelerin eşlerinin bebek bakımı konusundaki uyarılarının anneleri rahatsız ettiği görülmüştür (15). Bu çalışmada annelerin il merkezinde yaşama durumunun postpartum stres düzeyini artırma nedeninin; annelerin COVID-19 bulaş korkusu nedeni günün büyük zamanını ev içinde geçirmesi, il merkezinde yaşayanların genellikle çekirdek aile tipinde olması ve yeterli sosyal destek alamamasından kaynaklanmış olabileceği akla gelmektedir. Aydın ve Aktaş (2021) tarafından yapılan bir çalışmada gebeler COVID-19 pandemisinde il merkezinde yaşamayan; COVID-19 bulaş riskini artırdığı, sosyal yaşamlarını ve psikolojik iyi oluşluklarını olumsuz etkilediği için pandemi sürecinde daha konforlu buldukları kasaba ya da köylere gittiklerini ifade etmişlerdir (15).

Bu çalışmada “annenin yaşı, eğitim düzeyi, doğum tipi ve doğum sonu geçen sürenin” postpartum stres üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Literatürde bu çalışma ile benzer sonuçlar gösteren çalışmalar bulunmaktadır (4, 26, 36). Bu çalışmaların aksine Meltzer-Brody ve arkadaşları (2018) çalışmasında; genç yaşta anne olmanın annelerde postpartum stresi ve depresyonu artırdığı belirlenmiştir (33). Çalışma bulguları arasındaki bu farklılığın; annelerin sosyo-kültürel özellikleri, çalışmanın örneklem büyüklüğü, çalışmada kullanılan ölçek, annelerin doğum deneyimlerinin farklılığı, postpartum sosyal destek azlığı/yetersizliği, sosyal

destek algısı, doğumuna ve bebeğine verdiği anlam gibi özelliklerden kaynaklanabileceği akla gelmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada annelerin postpartum stres düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu, annelerin algıladıkları eş desteği arttıkça postpartum stres düzeyinin azaldığı ortaya koyulmuştur. Buna ek olarak çalışmada annenin postpartum stresi üzerine, bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin etkili olduğu belirlenmiştir. Postpartum dönem öznel ve duyuşsal yönden hassas bir dönemdir. Bu dönemde anneler daha fazla eş ve diğer sosyal destek kaynaklarına ihtiyaç duyabilmektedir. Bu nedenle toplum tarafından kadına dayatılan çocuk bakımı ve ev işi gibi sorumlulukların eşler tarafından paylaşılması ve annenin sosyal çevre tarafından desteklenmesi kadının postpartum dönemdeki mental sağlığı için büyük önem taşımaktadır. Bunun için postpartum bakım ve danışmanlık hizmetini sağlama öncülerinden olan başta ebe ve hemşireler olmak üzere, hekimlere (kadın doğum, aile, ruh ve halk sağlığı hekimi gibi) ve tüm sağlık profesyonellerine önemli görev ve sorumluluk düşmektedir. Postpartum bakımın kalitesini artırmak için sağlık profesyonelleri:

- Gebe okulu ve doğuma hazırlık eğitimlerine babaları dâhil edilerek gebelik, doğum ve postpartum dönemde eş desteğini artırmalı ve kadınları psikososyal yönden güçlendirmeli,
- Postpartum stresi etkileyen faktörleri bilmeli ve bu doğrultuda erken tespit, önleyici/azaltıcı girişimler planlamalı ve
- Bu konuda nicel ve nitel araştırma deseninde daha çok araştırma yapmalıdır.

Annelerin postpartum stres düzeyi ve etkileyen faktörlere yönelik bilimsel çalışmaların artırılması; postpartum mental sağlık sorunlarının daha çok görünür kılınmasına, risk faktörlerinin erken belirlenmesi, önlenmesi ve tedavisine yönelik koruyucu ve tedavi edici yeni planlamaların oluşturulmasına ve tüm bunların sonucunda perinatal mental sağlığın yükseltilmesine katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

İletişim: Dr. Öğr.Üyesi Ruveyde Aydın
E-Posta: aydinruveyde@gmail.com

Kaynaklar

1. Radoš SN, Brekalo M, Matijaš M. Measuring stress after childbirth: development and validation of the maternal postpartum stress scale. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2021;1-13.
2. Şahbaz G. Doğum sonu stres etkenleri ölçeği türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Ordu Üniversitesi Sağlık

- Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ordu, 2019.
3. Ay ÖP, Aktaş S. The effect of maternal functional and postpartum depression status on breastfeeding self-efficacy of the mothers: A cross-sectional study. *Health Care for Women International* 2021;1-15.
4. Razurel C, Kaiser B, Antonietti JP, Epiney M, Sellenet C. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women & Health* 2017;57(2):154-172.
5. Murphey C, Carter P, Price LR, Champion JD, Nichols F. Psychological distress in healthy low-risk first-time mothers during the postpartum period: An exploratory study. *Nursing Research and Practice* 2017;1-12.
6. Leonard KS, Evans MB, Kjerulff KH, Downs DS. Postpartum perceived stress explains the association between perceived social support and depressive symptoms. *Women's Health Issues* 2020;30(4):231-239.
7. Eslahi Z, Bahrami N, Allen KA, Alimoradi Z. Spouse's social support in the postpartum period, predictors and its relationship with postpartum depression in a sample of Iranian primiparous women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2021;154(1):24-30.
8. Akbay AS, Duran ET. How does spousal support affect women's quality of life in the postpartum period in Turkish culture?. *Asian Women* 2018;34(3):29-45.
9. Kızılırmak A, Calpbinici P, Tabakan G, Kartal B. Correlation between postpartum depression and spousal support and factors affecting postpartum depression. *Health Care for Women International* 2020;1-15.
10. Hung CH, Chung HH. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *Journal of Advanced Nursing* 2001;36(5):676-684.
11. Reid KM, Taylor MG. Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social Science Research* 2015;54:246-262.
12. Gülşen Ç, Merih YD. Doğum sonu dönemde anneler kimden hangi desteği bekliyor?. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2018;4(1):20-34.
13. Pawluski JL, Lonstein JS, Fleming AS. The neurobiology of postpartum anxiety and depression. *Trends in Neurosciences* 2017;40(2):106-120.
14. Aktas S, Alemdar DK. An analysis of the relationship between insomnia-fatigue levels of the mothers and their depression and maternal attachment status. *Medicine Science International Medical Journal* 2018;7(4):728-32.
15. Aydın R, Aktaş S. An investigation of women's pregnancy experiences during the Covid-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Clinical Practice* 2021;e14418.
16. Zanardo V, Manghina V, Giliberti L, Vettore M, Severino L, Straface G. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2020;150(2):184-188.
17. Guvenc G, Yesilcinar İ, Ozkececi F, Öksüz E, Ozkececi CF, Konukbay D, Karasahin, KE. Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care* 2021;57(3):1449-1458.
18. Abdollahpour S, Heydari A, Ebrahimipour H, Faridhoseini F, Heidarian Miri H, Khadivzadeh T. Postpartum depression in women with maternal near miss: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2021;1-7.
19. Cömert D, Bingöl FB. The relationship of postpartum acute stress with perceived social support on and depression symptom level. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021;12(2):502-509.
20. Şahin NH, Dişsiz M, Dinç H, Soy paz F. Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği: Ölçek geliştirme çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(2):73-79.
21. Park ER, Psaros C, Traeger L, Stagg A, Jacquart J, Willett J, Ecker JL. Development of a postpartum stressor measure. *Maternal and Child Health Journal* 2015;19(10):2094-2101.
22. Mollard E, Kupzyk K, Moore T. Postpartum stress and protective factors in women who gave birth in the United States during the COVID-19 pandemic. *Women's Health* 2021;17:17455065211042190.
23. Cohen S, Janicki-Deverts D. Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. 1. *Journal of Applied Social Psychology* 2012;42(6):1320-1334.
24. Walker LO, Sterling BS, Latimer L, Kim SH, Garcia AA, Fowles ER. Ethnic-specific weight-loss interventions for low-income postpartum women: findings and lessons. *Western Journal of Nursing Research* 2012;34(5):654-676.
25. Osman H, Saliba M, Chaaya M, Naasan G. Interventions to reduce postpartum stress in first-time mothers: A randomized-controlled trial. *BMC Women's Health* 2014;14(1):1-8.
26. Lewkowicz AK, Schlichting L, Werner EF, Vivier PM, Kahn LG, Clark MA. Risk factors for new-onset postpartum depression or anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* 2021;4(1):100502.
27. Yaksi N, Save D. How do social and spousal support influence postpartum depression?. *Marmara Medical Journal* 2021;34(3):327-338.
28. Zörer PB, Akbulut ST, Dirik G. Role of attachment patterns and partner support in postpartum depression. *Psiikiyatri Guncel Yaklasimlar* 2019;11(2):154-166.
29. Sampson M, Villarreal Y, Padilla Y. Association between support and maternal stress at one year postpartum: Does type matter?. *Social Work Research* 2015;39(1):49-60.
30. Bingöl FB, Bal MD. The risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder and depression. *Perspectives in Psychiatric Care* 2020;56(4):851-857.
31. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post-traumatic stress disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery* 2016;32:87-92.
32. Imşiragić AS, Begić D, Šimićević L, Bajić Ž. Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth— a croatian longitudinal study. *Women and Birth* 2017;30(1):17-23.
33. Meltzer-Brody S, Larsen JT, Petersen L, Guintivano J, Florio AD, Miller WC, Sullivan PF, Munk-Olsen T. Adverse life events increase risk for postpartum psychiatric episodes: A population-based epidemiologic study. *Depress Anxiety* 2018;35(2):160-167.
34. Lin PY, Chiu TH, Ho M, Chang JPC, Su KP. Major depressive episodes during pregnancy and after childbirth: A prospective longitudinal study in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association* 2019;118(11):1551-1559.
35. Alshikh Ahmad H, Alkhatib A, Luo J. Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2021;21(1):1-12.
36. İşbir GG, İnci F, Bektas M, Yıldız PD, Ayers S. Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery* 2016;41:96-103.

Kan Basıncı Farkındalığı ve İlgörü Ölçeği (KFİÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

The Blood Pressure Awareness and Insight Scale (BASIS):
The Study of Validity and Reability

Araştırma



Research

Medine Yılmaz¹, Gamze Ağartıoğlu Kundakçı², Gülçin Uyanık³, Gülseren Pamuk⁴, Esra Meltem Koç⁵

DOI: 10.17942/sted.747418

Geliş/Received : 03.06.2020
Kabul/ Accepted : 15.04.2022

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı Kan Basıncı Farkındalığı ve İlgörü Ölçeği (KFİÖ)'nin Türkçeye uyarlanması ile geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Metodolojik ve tanımlayıcı tipte yapılan çalışmanın örneklemi 188 bireyden oluşmuştur. Görüşme formu ve KFİÖ veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. İstatistiksel analizler Jamovi programında yapılmıştır.

Bulgular: Geçerlik analizleri sonucu ölçek maddelerinin hedeflenen kavramsal yapıyı ölçtüğü (KGI=1,00, KMO=0,74, Barlett testi Sig.<0,05), açıklayıcı faktör analizi sonrası ölçeğin orijinalinde olduğu gibi tek boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. Güvenirlik analizlerinde değişmezlik yeterli, iç tutarlılık (Cronbach's Alfa=0,75) oldukça güvenilir bulunmuştur. Sistolik kan basıncı ortalaması 129,63±17,80; diastolik kan basıncı ortalaması ise 78,36±11,17 mmHg'dır. Ölçek puan ortalaması 4,52±2,37'dir.

Sonuç: KFİÖ'nin Türk toplumunda kan basıncı farkındalığı ve ilgüsünü ölçmek için kullanılabileceği belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: hipertansiyon, kan basıncı, farkındalık, güvenirlilik ve geçerlilik

Abstract

Objectives: The aim of this study is to adapt The Blood Pressure Awareness and Insight Scale (BASIS) to Turkish and to conduct validity and reliability studies.

Methods: The sample of the study, which is a methodological and descriptive study, consists of 188 individuals. Interview form and BASIS were used as data collection tool. Statistical analyzes were made in the Jamovi program.

Results: As a result of validity analysis, it was determined that the scale items measure the targeted conceptual structure (KGI= 1,00, KMO= 0.74, Barlett test Sig. <0.05), and after the explanatory factor analysis, the scale consists of one dimension as in the original. As a result of validity analysis, it was determined that the scale items measure the targeted conceptual structure (CVI=1.00, KMO=0.74, Barlett test Sig.<0.05) and after the explanatory factor analysis, the scale consists of a single dimension as in the original. In reliability analyzes, stability was sufficient and internal consistency (Cronbach's Alfa=0.75) was found to be quite reliable. The mean systolic blood pressure was 129.63 ± 17.80; Mean diastolic blood pressure is 78.36 ± 11.17 mmHg. The scale average score is 4.52 ± 2.37.

Conclusion: It was determined that BASIS can be used to measure blood pressure awareness and insight in Turkish society.

Key words: hypertension, blood pressure, awareness, reliability and validity.

¹ Prof. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0001-9409-6282)

² Arş. Gör., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0002-1774-1222)

³ Arş. Gör., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0002-8096-6037)

⁴ Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği AD (Orcid no: 0000-0001-5556-9630)

⁵ Doç. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği AD (Orcid no: 0000-0003-3620-1261)

Giriş

Hipertansiyon oldukça sık görülen kronik bir hastalık olup (1), dünya çapında büyük ve büyüyen bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (2). Dünyada ölüm nedenlerine bakıldığında hipertansiyonun neden olduğu hastalıklara bağlı ölümler ilk sıralarda gelmektedir (3). Dünya nüfusunu temsil eden yetişkinlerin %31,00'inde hipertansiyon olduğu tahmin edilmektedir (4). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılında yayınladığı verilere göre ölüm nedenlerinde ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları (%36,80) gelmektedir (5). Hipertansiyon prevalansının dünyada giderek artması tıbbi bakımda büyük maliyet yaratmaktadır. Özellikle kamu sağlığı sistemi olan ülkelerde hipertansiyonu tedavi etmeye yönelik masraflar kamu kasalarını kolaylıkla tüketebilmektedir (2). Entegre bir yaklaşım gerektiren hipertansiyon etkili bir şekilde yönetilmediğinde ya da hipertansif bireyler hastalığın farkında olmadığında, ölümcül birçok hastalık ve bozukluk (koroner kalp hastalığı, inme, kalp yetmezliği, periferik damar hastalığı, böbrek bozukluğu, görme bozukluğu) riski beraberinde gelmektedir (6). Hipertansiyon tanısı ile ilgili farkındalık, tedavi ve ilaç uyumunun önemli bir belirleyicisidir (7). Hipertansiyonun kontrol altına alınabilmesi için farkındalığın geliştirilmesi, tedavi alma oranlarının iyileştirilmesi, tedavi alanların da daha iyi tedavi edilmeleri gerekmektedir (8). Bozulmuş hastalık farkındalığı veya bireyin hipertansiyon hastalığını kabul etmemesi, tedaviye uyumu ve istenen klinik sonuçları olumsuz yönde etkilemesi az çalışılmış bir yapıdır (9). Geniş örneklemler bir durum saptama çalışmasında hipertansiyon sıklığı %40,9 olarak bulunmuş olup, hipertansif olan bireylerin %73,30'unun sağlık durumlarının farkında olduğu bildirilmiştir (6). Hem uluslararası hem ulusal literatürde hipertansif bireylerin hipertansiyon farkındalığını ölçen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (10–13). Varolan çalışmalar hastaların farkındalıklarının veya hastalıklarına ilişkin algılarının uyumun önemli bir etkeni olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda bireylerin farkındalık durumu soru-cevap şeklinde soru tipleriyle ölçülmüştür. Gerretsen ve ark. Kanada'da (9) Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeğini geliştirmiş, farkındalığın standardize bir araçla ölçülmesine katkı sağlamışlardır. Ölçekte hastalık farkındalığı terimi, kişinin

bilgisine değil, hipertansiyon konusunda sahip olduğu öznel farkındalığına ve kabulüne işaret etmektedir. Kavramsal olarak hastalık farkındalığı genellikle dört çekirdek alandan oluşan çok boyutlu bir yapı olarak kabul edilmektedir. Genel hastalık farkındalığı veya kabulü, hastalığa doğru semptomların atfedilmesi, tedavi ihtiyacı farkındalığı ve hastalıktan kaynaklanan olumsuz sonuçların farkında olmadır (9). Hipertansiyon olduğunu kabul eden bir birey aynı zamanda hipertansif ilaç almayı reddedebilir. Bu durum bireyin genel hastalık farkındalığının değişmediğine ancak tedavi ihtiyacı ile hastalıktan kaynaklanan olumsuz sonuçların farkındalığını olumsuz yönde etkilediğine işaret etmektedir. Ülkemizde de mortalite ve morbidite oranları gün geçtikçe artan hipertansiyon hastalığının multidisipliner ekip tarafından yönetimi de önemli hale gelmektedir. Hipertansiyon ile çalışan ekip üyeleri tarafından kullanılabilecek, Türk toplumuna özgü hipertansiyon farkındalığını ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçek bulunmamaktadır. Yürütülen bu araştırmanın amacı Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması ile geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu araştırma metodolojik ve tanımlayıcı olarak KFIÖ'nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni bir üniversite hastanesinin eğitim araştırma aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 18 yaş üstü, okuma yazma bilen, işitme problemi ve akut psikiyatrik problemi olmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü hipertansiyon hastalarından oluşmuştur. Araştırmada olasılıksız örneklem yöntemi kullanılarak araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun bireyler seçilmiştir. Ölçek çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde ölçek madde sayısının 5-10 katı olması gerektiği belirtilmiştir (14). Sekiz maddeli olan ölçek için toplam 188 bireye ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Görüşme Formu: Bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumunu belirlemeye yönelik üç sorudan oluşmuştur.

Kan Basıncı Farkındalığı ve İlgörü

Ölçeği (KFiÖ): Gerretsen ve arkadaşları (2018) (9) tarafından geliştirilen ölçek üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde anket soruları yer almaktadır. Bireye ait vital / laboratuvar bulgularını sorgulayan altı, sağlıkla ilgili deneyimlerini sorgulayan sekiz soru bulunmaktadır. İkinci bölümde sekiz sorudan oluşan 10'lu Likert tipinde yanıtlanan ölçek maddeleri yer almaktadır. Son bölüm puanlamadan oluşmaktadır. Ölçek hastalık farkındalığı modeline göre tek boyutlu olarak planlanmıştır. Modelin alanlarına göre dört alan (genel hastalık farkındalığı, semptomların katkılarının farkındalığı, tedavi gereksinimi farkındalığı, olumsuz sonuçların farkındalığı) bulunmaktadır. Madde iki, dört ve yedi, katılımcının genel hastalık farkındalığını, madde bir semptomların katkılarının farkındalığını, madde üç, beş ve sekiz katılımcının tedavi gereksinimi farkındalığını, madde altı katılımcının olumsuz sonuçların farkındalığını değerlendirir. İki madde ters çevrilmektedir. Ölçeğin orijinal Cronbach's Alfa değeri 0,75 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması arttıkça farkındalık ve içgörü artmaktadır.

Verilerin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanması Eylül 2018-Şubat 2020 tarihleri arasında haftanın iki günü (pazartesi-cuma) eğitim aile sağlığı merkezine gidilerek gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada veri toplama aracı araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Eğitim aile sağlığı merkezine başvuru için gelen ve bekleme salonunda muayene sırasını bekleyen her bireyle görüşülmüştür. Araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırma kriterlerine uyan bireyler görüşme odasına davet edilmiştir. Ölçek görüşme odasında yüz yüze uygulanmıştır. Dahil edilme kriterlerine uyan bireylerden çalışmaya katılmak istemeyen olmamıştır. Yeterli örneklem sayısına ulaşılan kadar veri toplamaya devam edilmiştir.

Etik Uygulamalar

Ölçek kullanımı ile ilgili izin iletişimden sorumlu yazardan e-posta yolu ile alınmıştır. Araştırma için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih: 03.10.2018, Karar No: 284)'ndan ve verilerin toplandığı iki aile sağlığı merkezinden kurum izni alınmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerden yazılı onam alınmıştır. Test-tekrar test için random seçilen 20 bireye rumuz verilerek 15 gün sonra ölçek soruları telefon yolu ile sorulmuştur.

İstatistiksel Yöntem

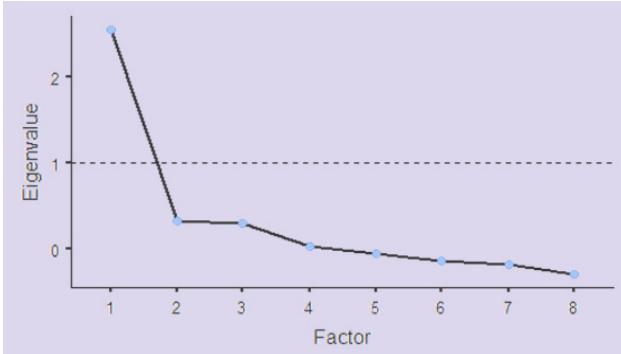
İstatistiksel analizler Jamovi programında yapılmıştır (15). Geçerlik analizleri yapılırken kapsam geçerlik indeksi Davis tekniği ile belirlenmiştir (16). Ölçeğin yapı geçerliği orijinalinde tek boyutlu olduğu için değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizinden (AFA) yararlanılmıştır. Faktör analizi öncesinde verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri (örneklemin yeterliğini kontrol etmek) ile Barlett's testi (dağılımın normalliğini ölçmek için) ile incelenmiştir (17). Ölçeğin güvenilirlik analizleri yapılırken değişmezlik için test-tekrar test yöntemi ve Hotelling T² kullanılmıştır. İç tutarlılık için Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı, madde toplam puan güvenilirliği, korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Geçerlik Analizleri

Kapsam Geçerliği

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması konusunda dil geçerliliği için birbirinden bağımsız iki uzman tarafından Türkçe'ye çeviri yapılmış, farklı iki uzman tarafından İngilizce'ye geri çeviri yapılmıştır. Orijinal ölçek ile karşılaştırılarak gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra içerik geçerliliği için beş uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlar üniversitelerde hemşirelik bölümünde halk sağlığı hemşireliği anabilim dallarında çalışan akademisyenlerdir. Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksinin hesaplanmasında Davis Tekniği kullanılmıştır (16). Bu teknikte uzmanlar maddeleri (a) "uygun", (b) "madde hafifçe gözden geçirilmeli", (c) "madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve (d) "madde uygun değil" şeklinde derecelendirmiştir. Tekniğe göre (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin "kapsam geçerlik indeksi (content validity index - CVI) elde edilmiştir. Bu çalışmada ölçek maddelerinin KGI değeri 1,00 olarak hesaplanmıştır.



Şekil 1. Yamaç Serpinti Grafiği

Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliği açıklayıcı faktör analizi temel bileşenler tekniği ve Varimax döndürme faktör çözümlemesi ile incelenmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testleri yapılmıştır. KMO 0,74, Barlett test sonucunda ise $X^2=267,59$ Sig.<0,05 olarak bulunmuştur.

Faktör analizinde özdeğeri (Eigenvalue) 1,0'ın üzerinde tek bir faktör belirlenmiştir. Tek faktörlü yapı orijinal ölçek ile de eşleşmektedir. Tek faktörün özdeğeri 2,56'dır. Varyansı ise % 32,00 oranında açıklamaktadır. Geriye kalan ölçek maddelerinin faktör yükleri -0,29 ve 0,33 arasında değişmektedir. Faktörler ve özdeğerler için oluşturulan yamaç serpinti grafiği (scree plot) Şekil 1'de gösterilmiştir.

Güvenirlilik Analizleri

Değişmezlik

Ölçeğin güvenirliği aralıklı test- tekrar test yöntemi ile ölçülmüştür. Örneklem grubundan random olarak seçilen 20 bireye anket uygulandıktan sonra iki hafta sonra telefon yolu ile ulaşılarak ölçek tekrar uygulanmıştır. Birinci uygulamadan aldıkları puan ile ikinci uygulamadan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayısı (güvenirlilik katsayısı) 0,74'tür ($p<0,05$). Hotelling T^2 testi sonucu 158,30; $p<0,001$ olarak bulunmuştur.

İç Tutarlılık

İç tutarlılık güvenirlik testi için Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı hesaplanmış olup 0,75 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinin güvenirliği için madde toplam puan güvenirliği (Corrected Item to Total Correlation-CITC) hesaplanmıştır (Tablo 1). KFiÖ ve alt alanların korelasyon katsayıları Tablo 2'de verilmiştir. Değerlerin 0,84 ile -0,01 arasında değiştiği görülmüştür.

Bireylerin Sosyo-demografik ve Ölçeğe İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $59,15 \pm 13,29$ (min-max: 23,00-86,00) (n:188), %64,40'ı kadındır. Eğitim durumlarına göre %3,70'i okur-yazar, %28,20'si ilköğretim,

Tablo 1. Ölçek Madde Toplam Puan Güvenirliği Dağılımları

Ölçek Maddesi	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Madde Toplam Puan Güvenirliği	Madde Çıktığında Ölçek Cronbach Alpha Katsayısı	Madde çıktığında ölçek ortalaması	Madde çıktığında ölçek varyansı
KFiÖ 1	4,45	3,28	0,47	0,71	35,18	215,03
KFiÖ 2	5,80	3,81	0,72	0,66	33,83	182,38
KFiÖ 3	6,41	3,23	0,26	0,75	33,22	234,64
KFiÖ 4	4,67	3,32	0,43	0,72	34,96	217,49
KFiÖ 5	2,69	2,74	0,06	0,77	36,94	258,47
KFiÖ 6	5,56	3,78	0,50	0,71	34,08	203,13
KFiÖ 7	3,49	3,09	0,48	0,71	36,14	217,26
KFiÖ 8	6,56	3,92	0,57	0,69	33,07	193,71

Tablo 2. KFiÖ Maddeleri, Toplam Puan ve Alt Alanların Korelasyonları					
	TÖP	SKF (KFiÖ 1)	OSF (KFiÖ 6)	TGF	GHF
TÖP	1,00				
SKF (KFiÖ 1)	0,73†	1,00			
OSF (KFiÖ 6)	0,84†	0,37†	1,00		
TGF	0,74†	0,31†	0,51†	1,00	
GHF	0,81†	0,46†	0,50†	0,63†	1,00
KFiÖ 2	0,78†	0,42†	0,54†	0,68†	0,84†
KFiÖ 3	0,43†	0,16	0,36†	0,65†	0,25†
KFiÖ 4	0,54†	0,29†	0,28†	0,42†	0,77†
KFiÖ 5	0,15*	-0,01	0,08	0,28†	0,11
KFiÖ 7	0,57†	0,34†	0,36†	0,38†	0,75†
KFiÖ 8	0,64†	0,33†	0,44†	0,72†	0,61†
*p<0,05, †p<0,01, ‡p<0,001, GHF: Genel Hastalık Farkındalığı, OSF: Olumsuz Sonuçların Farkındalığı, SKF: Semptomların Katkılarının Farkındalığı, TGF: Tedavi Gereksinimi Farkındalığı, TÖP: Toplam Ölçek Puanı,					

% 16,50'si ortaokul, % 25,50'si lise, % 26,10'u lisans ve üzeri eğitime sahiptir. Ağırlık ortalaması 77,19±13,30 (min-max: 50,00-124,00) kilogram, boy ortalaması 164,98±8,29 (min-max: 148,00-185,00) santimetredir. Sistolik kan basıncı ortalaması 129,63±17,80 (min-max: 85,00-180,00), diastolik kan basıncı ortalaması ise 78,36±11,17 (min-max: 50,00-110,00) mmHg'dir. Araştırma sırasında sadece 38 kişinin açlık kan şekeri değerlerine ulaşılabilmiş olup ortalaması 118,89±32,32 (min-max: 70,00-200,00) mg/dL'dir.

Hipertansiyon hastaları en çok devamlı olarak kendilerini sınırlı hissettiklerini (% 34,60) ve

geceleleri devamlı olarak uyumakta zorluk çektiklerini (% 34,60), en az olarak ise devamlı burun kanaması geçirdiklerini (% 1,60) ifade etmişlerdir.

Bireylerin ölçek puan ortalaması 4,52±2,37 (min-max: 0,00-9,70)'dir (Tablo 3).

Eğitim durumu ve ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark vardır (KW=10,90 p=0,028). Üniversite ve üzeri eğitime sahip olanların kan basıncı farkındalığı ve içgörüsü daha yüksektir (Test= 3,66 p=0,02). Toplam ölçek puanı ve yaş (r=0,29 p<0,001), ağırlık (r=0,31 p<0,001), sistolik kan basıncı (r=0,36 p<0,001) arasında pozitif yönde zayıf, istatistiksel olarak ileri

Tablo 3. Bireylerin Kan Basıncı Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği Puanları					
	Genel Hastalık Farkındalığı	Semptomların Katkılarının Farkındalığı	Tedavi Gereksinimi Farkındalığı	Olumsuz Sonuçların Farkındalığı	Toplam Puan
n	188	124	188	188	188
Aritmetik Ortalama	4,16	4,45	4,75	4,99	4,52
Standart Sapma	2,77	3,28	2,09	3,86	2,37
Minimum	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Maximum	10,00	10,00	10,00	10,00	9,70

derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Diastolik kan basıncı ile de pozitif yönde çok zayıf ve anlamlı bir ilişkisi vardır ($r=0,18$ $p=0,011$). Boy ve açlık kan şekeri ile toplam ölçek puanı arasında herhangi bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tartışma

Araştırmada hipertansiyonlu bireylerin hastalık farkındalığı ve içgörüsünü belirlemek amacıyla geliştirilmiş olan KFİÖ'nin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır.

Geçerlik Analizleri

Geçerlik bir aracın ölçmeyi düşündüğü yapıyı ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır (18). Araştırmacıların ellerindeki ölçeğin; ölçmeyi planladıkları yapıyı geçerli bir şekilde yansıttığından emin olmaları gerekmektedir (18). Bir ölçeğin geçerliğini sınamak için birçok yöntem kullanılabilir. Bu araştırmada da kapsam ve yapı geçerliği incelenmiştir.

Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği bir aracın ölçmek istediği yapıyı yeterince yakalama derecesini göstermektedir. Bir aracın içeriği bir yapının iyi bir yansıması ise, o aracın ölçüm hedeflerine ulaşma olasılığı daha yüksektir (18). Bu yüzden ölçüm aracında yer alan maddelerin özellikleri, uygun olup olmadıkları o konudaki uzmanların görüşü alınarak aracın kapsamının yeterliliği sorgulanmaktadır (19). Bu araştırmada kapsam geçerliği için Davis Tekniği'nden faydalanılmıştır (16). Teknik sonucunda elde edilen kapsam geçerlik indeksinin 0,80'nin üzerinde olması beklenmektedir. Bu araştırmada KGİ 1,00 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuca göre kullanılan aracın hedeflenen kavramsal yapıyı ölçtüğü belirlenmiştir.

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, bir aracın ölçmesi gereken yapıyı ne derece doğru ölçtüğü ile ilgilidir. Doğrudan gözlemlenebilir olmayan, daha çok gözlemlenebilir davranıştan türetilen soyut bir kavram olan bir değişkenin ölçümünü içermektedir. Ölçekte ilgili öğelerin kümelerini tanımlamak ve geçerliği yapılandırmak için kullanılan yöntemlerden biri faktör analizidir (20). Bu çalışmada AFA yapılmış olup Varimax döndürme tekniği kullanılmıştır. Faktör döndürmesi maddelerin konumlarının faktör eksenleri arasında hareket ettirilerek hangi

faktörde yer alacağının daha belirgin hale getirilmesi işlemidir (19). Varimax en çok kullanılan döndürme tekniği olmasının yanı sıra, tek faktörlü olduğu bilinen yapılarda da kullanılması önerilen tekniktir (19,21). Faktör analizinde verilerin küreselliği (maddelerin tutarlılığı) için KMO ve Barlett testleri yapılmıştır. KMO testinin sonucunun en az 0,60 olması beklenmektedir (19).

Bu çalışmada 0,74 olarak bulunmuş olması örneklemin faktör analizi için oldukça yeterli olduğuna işaret etmektedir. Barlett testi sonucunda ise değişkenler arası ilişkilerin oluşturduğu matris faktör analizi için anlamlı bulunmuştur ve faktör analizinin yapılabileceği anlamını taşımaktadır. Bu testlerden sonra maddelerin ortak varyansları incelenmiş ve her maddenin varyansı ne kadar etkilediği gösterilmiştir. Tüm değerlerin 0,41'den yüksek değerler aldığı görülmüştür. Alınan değerlerin 0,30'dan yüksek olması beklenmektedir, bazen bu değer 0,10'a kadar da düşürülebilmektedir (18,19,21). Elde edilen faktörler için özdeğerler incelenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin orijinalinde de olduğu gibi tek boyutlu bir yapı oluşturduğu belirlenmiştir (9).

Tek boyutlu yapı oluşturulan yamaç serpinti grafiği ile de desteklenmiştir. Grafikte de özdeğeri 1'in üzerinde olan sadece tek faktör olduğu görülmektedir. Ölçeğin tek boyutlu yapısından dolayı doğrulayıcı faktör analizi yapılmamıştır. İleride yapılacak farkındalık aracı geliştirmeye yönelik çalışmalar için madde havuzunun genişletilerek alt boyutlara yönelik araç oluşturulması ve aracın hem AFA ile hem de Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile test edilmesi önerilir.

Güvenirlik Analizleri

Geçerlik ve güvenirlik birbirilerinden tamamen bağımsız özellikler değildir. Bir araç güvenilir (tutarlı) değil ise geçerli bir niteliği de ölçemez. Bu yüzden geçerlik analizlerinden sonra güvenirlik analizleri de incelenmiştir (18). Güvenirlik; farklı durumlarda, farklı kişiler tarafından veya bir ölçümün farklı versiyonlarında tekrarlanan ölçümler için puanların ne derece tutarlı olup olmadığıdır (22). Ölçüm aracının güvenirliğini tespit etmede değişmezlik ve iç tutarlılık yöntemleri kullanılmıştır.

Değişmezlik

Ölçeğin değişmezliği aralıklı test-tekrar test ile sağlanmıştır. Test-tekrar test bir grup kişiye aynı testin bir süre sonra ikinci kez uygulanması ile elde edilen güvenilirlik ölçüsüdür (23). Bu test sonucunda Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı değeri (r değeri) hesaplanmıştır (21). Katsayı ne kadar yüksek olursa, puanlar o kadar güvenli olup (18) değerlerin en az 0.70'in üzerinde olması beklenmektedir (21). Orijinal çalışmada 0,77 olan r değerinin (9) bu çalışmada 0,74 bulunması değişmezliğin yeterli olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda yapılan Hotelling T² testi sonucuna göre bireylerin ölçek maddelerini cevaplarken farklı yaklaşımlar gösterdikleri belirlenmiştir.

İç Tutarlılık

Ölçek çalışmalarında iç tutarlılığın amacı maddeler arasındaki tutarlılığı yakalamaktır (18). Ölçek Likert tipi olduğu için ve üçten fazla madde yer aldığından dolayı iç tutarlılığı ölçmek için Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı yöntemi kullanılmıştır. Bu çalışmada bulunan değer (0,75) orijinal ölçekte olduğu gibi iç tutarlılığın güvenilir ve yeterli düzeyde homojen olduğunu göstermiştir (18). Ayrıca ölçekte her bir maddenin silinmesi durumunda Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısının en fazla 0,77 değerini almış olması nedeniyle ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

Ölçeğin her bir maddesinin ayrı ayrı güvenilirliği hakkında madde toplam puan güvenilirliği bilgi vermektedir (21). Bu çalışmada çıkan değerler incelendiğinde beşinci ölçek maddesinin toplam puan güvenilirlik katsayısının 0,06 olduğu belirlenmiştir. Ancak bu ölçek maddesinin ortak varyanslar tablosunda yer alan çıkartma değerinin 0,81 olması ve madde çıkarıldığında Cronbach's Alfa katsayısında önemli bir değişiklik olmaması nedeniyle madde ölçekte bırakılmıştır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda bu maddenin yeniden değerlendirilmesi önerilmektedir.

Bireylerin Sosyodemografik ve Ölçeğe İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan bireylerin ölçekten aldıkları toplam puan ve sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Orijinal çalışmada yaş, eğitim durumu ve toplam ölçek puanı arasında negatif yönde zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (9). Bu çalışma ile ilişki yönleri

açısından farklılık göstermektedir. Sistolik kan basıncı ortalamaları ve ölçek puanları arasındaki ilişki orijinal çalışma ile benzer bulunmuştur. Çalışmalar arasındaki farklılığın toplumların sosyokültürel yapılarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerin içgörü ve farkındalıklarının yüksek olacağı varsayımı bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Sonuç

Araştırmanın geçerlik ve güvenilirlik sonuçları KFiÖ'nün Türk toplumunda hipertansif bireylerin hastalık farkındalıkları ve içgörülerini belirlemek için kullanılabileceğini göstermiştir. Hipertansiyon hastaları ile çalışan sağlık profesyonelleri için hastanın farkındalığını ve içgörüsünü belirlemeye ve uygun girişimleri planlamaya yardımcı olacak bir araç olarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ölçeğin az maddeli ve kısa sürede uygulanabilir olması veri toplama kolaylığı sağlamaktadır. Hipertansiyon hastalarıyla ilgili planlanan çalışmalarda ölçeğin kullanılması önerilmektedir.

İletişim: Arş. Gör. Gamze Ağartıoğlu Kundakçı
E-Posta: gamzeagarti@gmail.com

Kaynaklar

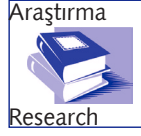
1. Oğuz S, Yetim M, Yalçın Ö, Ünal Y. Hipertansiyonlu bireylerde hastalık algısının tedavi ve diyet uyumuna etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Derg.* 2016;5(2):75–83.
2. Constant AF, Geladari E V, Geladari C V. "The Economic Burden of Hypertension" BT - Hypertension and Cardiovascular Disease. In: Andreadis EA, editor. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 351–9.
3. World Health Organization. Top 10 causes of death. WHO. World Health Organization; 2018.
4. Bloch MJ. Worldwide prevalence of hypertension exceeds 1.3 billion. *J Am Soc Hypertens* [Internet]. 2016 Oct [cited 2018 Jul 6];10(10):753–4.
5. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019 [Internet]. [cited 2022 Apr 14]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
6. Sözmen K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. *Dicle Med J / Dicle Tıp Derg* [Internet]. 2015 Jun 1;42(2):199–207.

7. Raji YR, Abiona T, Gureje O. Awareness of hypertension and its impact on blood pressure control among elderly nigerians: report from the Ibadan study of aging. *Pan Afr Med J*. 2017;27:190.
8. Abaci A. The current status of cardiovascular risk factors in Turkey. *Türk Kardiyol Dern Arsivi-Archives Turkish Soc Cardiol* [Internet]. 2009;39(Suppl 4):1–5.
9. Gerretsen P, Kim J, Shah P, Quilty L, Balakumar T, Caravaggio F, et al. BASIS: The blood pressure awareness and insight scale. *J Clin Hypertens*. 2018;20(4):748–56.
10. Kilic M. Hypertension prevalence, awareness, and control, and affecting factors among the primary care clients. *TAF Prev Med Bull*. 2013;12(1):79–86.
11. Ergün Arslantaş E, Sevinç N, Çetinkaya F, Günay O, Aykut M. Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları. *Ege Tıp Derg*. 2019 Dec 30;58(4):329–39.
12. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens*. 2004 Sep 18;18(9):607–13.
13. Macedo AF, Morgado M, Castelo-Branco M, Rolo S, Pereira L. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *J Cardiovasc Dis Res*. 2010 Oct;1(4):196–202.
14. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Derg*. 2002;4(1):9–14.
15. The jamovi Project. jamovi (Version 1.2) [Internet]. 2020. Available from: <https://www.jamovi.org>
16. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;40:39–49.
17. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri 'SPSS Uygulamaları'. Ankara, Türkiye: Emek Ofset; 2005.
18. Polit DF. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Polit DF, Beck CT, editors. China: Wolters Kluwer; 2017. 441–447 p.
19. Gürbüz S, Şahin F. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. 4th ed. Seçkin Yayıncılık; 2017. 315–336 p.
20. Nieswiadomy RM, Bailey C. Foundations of nursing research. 7th ed. Boston: Pearson Education; 2018. 193–198 p.
21. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. 193–232 p.
22. De Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. Measurement in medicine: A practical guide. *Measurement in Medicine: A Practical Guide*. 2011. 5 p.
23. Colin P, Wren J. Exploring Reliability In Academic Assessment [Internet]. [cited 2020 Apr 19]. Available from: <https://chfasoa.uni.edu/reliabilityandvalidity.htm>

COVID-19 Salgınının İntörn Hekimlerin Yaşamlarına ve Eğitim Süreçlerine Etkisi

The Effect of the COVID-19 Pandemic on the Lives and Educational Processes of Senior Medical Students

Bürge Atılğan¹, Gülşen Taşdelen Teker², Tuğçe Çağırın³, Furkan Temizayak⁴, Sevgi Turan⁵



DOI: 10.17942/sted.838423

Geliş/Received : 10.12.2020
Kabul/ Accepted : 25.04.222

Öz

Giriş: Tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgınının yeni ortaya çıktığı Mart 2020’de tıp fakültesi öğrencileri için nasıl bir yol izlenmesinin gerektiği oldukça tartışılmış ve öğrenciler dersliklerden ve hastanelerden uzaklaştırılmıştır. Mezun olmalarına ramak kalan intörn hekimler ise rotasyonlarını dahi tamamlayamadıkları için bu süreçten oldukça etkilenmiştir.

Amaç: Salgın sürecinden öğrencilerin nasıl etkilendiğinin incelenmesinin gelecekte karşılaşılabilecek benzer durumlar kadar hali hazırda devam eden pandemi sürecinde sağlıklı karar vermeye yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile tıp eğitimini tamamlamak üzereyken böyle bir durumla karşılaşan intörn hekimlerin klinik eğitim ortamlarından uzak kalmalarının yaşamlarına ve eğitim süreçlerine etkilerine ilişkin görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan çalışma Haziran 2020’de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun olmak üzere olan ve kendilerine gönderilen anketi cevaplamayı kabul eden 103 intörn hekimin katılımıyla yürütülmüştür.

Bulgular: İntörn hekimlerin yarısından çoğu salgın sürecinin, akademik çalışmalara ve yapılan diğer işlere odaklanma gücünü olumsuz etkilediğini; gelecekle ilgili belirsizlikler, kariyer planları ve aile üyelerinin sağlıklarıyla ilgili kaygılı olduklarını belirtmişlerdir. Salgın sebebiyle stajlarının bazılarını tamamlayamayan öğrenciler mezun olduklarında mevcut birikimleri ile hekim olarak bazı uygulamaları yapmak ile ilgili endişe duyduklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Tıp fakültelerinin mezunlarını izlemesinin ve destek sunmasının, tarihin en özel dönemine tanıklık eden genç hekimlere karşı sorumluluğu olduğu düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: COVID-19, intörn hekim, intörnlük eğitimi

Abstract

Introduction: In March 2020, when the COVID-19 epidemic has just emerged, medical students’ education was highly discussed, and students were removed from classrooms and hospitals. Senior medical students who were close to their graduation have been impressed by this process as they could not even complete their education

Objective: Investigating how students are affected by the pandemic will help us make healthy decisions in the pandemic process currently ongoing and similar situations that may be encountered in the future. This study aimed to evaluate the opinions and suggestions of senior medical students who encountered such a situation.

Materials and Methods: For this purpose, the opinions of the senior students who encountered such a situation while they were about to complete their medical education were taken regarding the effects of staying away from clinical education environments on their lives and educational processes. The descriptive study was conducted on 103 interns who were about to graduate from HUFM in June 2020 and accepted to answer the questionnaire sent to them.

Findings: More than half of the senior students stated that the pandemic negatively affected their ability to focus on academic studies and other work; they are worried about uncertainties about the future, career plans, and the family members’ health. Students who could not complete some of their rotations due to the pandemic stated that they were worried about performing some practices as physicians with their current knowledge when they graduated.

Conclusion: It is thought that medical faculties should follow their graduates and provide support to young physicians who witnessed the most special period of history.

Key words: COVID-19, senior medical students, senior medical students’ education

¹ Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD. (Orcid no: 0000-0002-2800-4957)

² Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD. (Orcid no: 0000-0003-3434-4373)

³ Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. (Orcid no: 0000-0003-3012-6600)

⁴ Dr., Ankara Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Cerrahi Kliniği (Orcid no: 0000-0002-9129-1290)

⁵ Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD (Orcid no: 0000-0001-9287-0641)

Giriş

Hekimler geçmişten bu yana her zaman ölümcül salgınlarla mücadelede ön saflarda yer almış, çoğu zaman kendileri de enfekte olmuş ve hastaları ile aynı nedenlerle yaşamlarını yitirmişlerdir. Salgın dönemlerinde tıp eğitimine devam eden geleceğin hekimleri, yaşananlara tanıklık etmiş, mesleki sorumluluklarını süreci deneyimleyerek öğrenmişlerdir (1).

Salgın ve afetlerin sağlık sistemi üzerinde yarattığı etkilerin yanı sıra tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimlerinin de bu süreçlerden doğrudan etkilendiği aynı zamanda sıkıntılı zamanların eğitimde yenilikler için fırsata dönüştürülebileceği gösterilmiştir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi (3) olarak ilan edilen içinde bulunduğumuz bu olağanüstü süreç tıp eğitimi doğrudan etkilemiştir. Devam eden öğretimin nasıl olacağı, yeni yöntemler ve telafiler tartışılmış, son yıl tıp fakültesi öğrencileri için erken mezuniyetler, sağlık hizmet sunumuna gönüllü katılım gibi konularda ulusal ve uluslararası tıp eğitimi kuruluşları ve üniversiteler yeni bildiriler, öneriler, kararlar yayımlamıştır.

Türkiye’den intörn hekimlerle ilgili alınan kararlar

Ülkemizde Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) 13 Mart 2020 tarihinde bütün yükseköğretim kurumlarının 16 Mart 2020 tarihinden itibaren 3 hafta süreyle eğitime ara vermelerine ve “Tıp Fakültesindeki intörnlerin gerektiğinde, gönüllü olarak talep etmeleri ve üniversiteye uygun görülmesi halinde sağlık hizmet sunumunda görev alabilmesi” kararını bildirmiştir (4). 16 Mart 2020 tarihinde ise YÖK sağlık çalışanlarının izinlerinin durdurulmasının yanı sıra tıp fakültesindeki intörnlük uygulamalarının devamı konusunda kararı üniversite rektörlüklerine bıraktığını duyurmuştur (E.21387 sayılı).

Türkiye’de tıp fakültelerini akredite eden kuruluş olan Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD) ise COVID-19 salgını döneminde tıp eğitimiyle ilgili tıp fakültelerine yol gösterebilmek adına bir dizi öneri yayınlamıştır. 10 Nisan 2020 tarihinde dernek web sayfasında yayınlanan öneride ise özellikle klinik eğitim ve intörnlük döneminde tıp eğitimine ilişkin öneriler paylaşılmıştır. Bu bağlamda intörn hekimlerin çalışma koşullarına yönelik kurumsal ve ulusal düzenlemelerde öğrencilik hakları korunarak intörn hekimin gönüllüğünün temel alınması gerektiği vurgulanmış, bu kapsamda ulusal düzeyde tıp fakültelerinin ortak görüş oluşturması ve düzenlemelerin öğrenciler arasında eşitsizliğe yol açmayacak şekilde yapılması

önerilmiştir. TEPDAD tarafından COVID-19 pandemisi nedeni ile intörnlükte yapılamayan stajlar için farklı planlar yapılmasının mümkün olduğu belirtilerek ek öneriler paylaşılmıştır (5).

COVID-19 salgını ile birlikte dünyadaki birçok tıp fakültesinde olduğu gibi Hacettepe Üniversitesinde de tıp eğitimi sürecinde aksaklıklar meydana gelmiştir. Tüm öğrenciler güvenlik amacıyla dersliklerden ve hastaneden uzaklaştırılmıştır. Öğrencileri bilişsel olarak desteklemek için teorik derslere yönelik video materyalleri hazırlanmış ve fakülte idaresinin sosyal medya paylaşımları ile öğrencilerin motivasyonları sağlanmaya çalışılmıştır.

Halen devam eden salgın sürecinde deneyimlerin paylaşılmasının ve öğrencilerin bu süreçten nasıl etkilendiğinin incelenmesi gelecekte karşılaşılabilecek benzer durumlar kadar, bugün için de sağlıklı karar vermeye yardımcı olacaktır. Tıp eğitimi tamamlamak üzere olup birkaç ay sonra sahaya çıkacak intörn hekimlerin klinik eğitim ortamlarından uzak kalmalarının ve salgın sürecinin etkilerine ilişkin görüşlerinin bu kararlara katkı sağlaması umulmaktadır. Bu gerekçeler ile sunulan çalışmanın temel amacı, COVID-19 salgınının Hacettepe Üniversitesindeki intörn hekimlerin sosyal destek, kariyer planlama ve tıp eğitimleri üzerindeki etkisine ilişkin görüşlerini ve önerilerini incelemektir.

Yöntem

Araştırma Yöntemi

Bu çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Çalışmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu (15.06.2020 tarih ve 35853272-E.00001113471 sayılı) ve Tıp Fakültesi Dekanlığının izinleri alınmıştır.

Çalışma Grubu

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) Dönem 6 öğrencileri ile yürütülmüştür. HÜTF’te 190’ı İngilizce programında, 232’si Türkçe programında olmak üzere 422 intörn hekim kayıtlıdır. Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne kayıtlı 48 ve Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesine kayıtlı 61 intörn hekim de eğitimlerine HÜTF’de devam etmektedirler. Araştırmada örneklem alınmamış HÜTF’te eğitime devam eden ve toplam sayısı 531 olan tüm intörn hekimlere ulaşılmaya çalışılmıştır. İntörn hekimlerin %19,2’si araştırmaya katılmayı kabul ederek gönderilen anketi doldurmuştur (n=103). Katılımcıların cinsiyet, yaş, fakülte-program, akademik not ortalamasına ilişkin dağılımları Tablo 1’de verilmektedir.

Tablo 1. Çalışmaya katılan intörn hekimlerin bazı özellikleri			
Değişken	Değişken kategorileri	n	%
Cinsiyet	Kadın	70	68
	Erkek	30	29,1
	Belirtmek istemeyen	3	2,9
Yaş	23-24	49	47,6
	25-26	44	42,7
	27 ve üstü	10	9,7
Fakülte Program	(X) Üniversitesi Tıp Fakültesi İngilizce	34	33,0
	(X) Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkçe	47	45,6
	(Y) Üniversitesi Tıp Fakültesi	14	13,6
	(Z) Üniversitesi Tıp Fakültesi	8	7,8
Akademik ortalama	A1(90-100)	4	3,9
	A2 (85-89)	11	10,7
	B1 (75-84)	41	39,8
	B2 (70-74)	30	29,1
	C1 (60-69)	15	14,6
	C2 (50-59)	1	1,0
Toplam		103	100

Çalışmaya katılan intörn hekimlerin %68'i kadın, %29,1'i erkektir. Oldukça büyük bir kısmı 23-26 yaş aralığındadır (%89,3). Çalışmaya katılan intörn hekimlerin %68,9'unun akademik başarı ortalamalarının 70-84 puan aralığında olduğu görülmektedir.

Veri Toplama Aracı

Çalışmanın verileri, iki bölümden ve 43 sorudan oluşan bir anket kullanılarak toplanmıştır. Birinci bölümde katılımcıların demografik özellikleri, ikinci bölümde ise likert tipi ve açık uçlu sorular aracılığıyla katılımcıların COVID-19 salgınının yaşamları ve eğitim süreçlerine etkisine yönelik görüşleri alınmıştır. Öğrencilerin sürece ilişkin deneyim, görüş ve önerilerini almak üzere açık uçlu sorular yöneltilmiştir. Açık uçlu sorularda:

1. Hekimlik yapabilme konusunda kendilerine güvenme ve güvenmeme nedenleri,
2. Yeterli olmadıklarını düşündükleri yönlerine ilişkin önerileri,
3. Aksayan eğitim süreciyle ilgili beklentileri,
4. Online eğitim materyalleri ile ilgili görüş ve önerileri,
5. COVID-19 salgını sürecinde hizmet sunumuna katılıma ilişkin görüşleri sorulmuştur.

Anket soruları, araştırma soruları kapsamında güncel literatür taranarak oluşturulmuş ve tıp eğitimi alanından iki ve ölçme değerlendirme

alanından bir uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Ayrıca soruların anlaşılabilirliği için iki intörn hekim anketi gözden geçirmiştir. Görüşler doğrultusunda ankete son hali verilerek elektronik ortamda uygulanmaya hazır hale getirilmiştir.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmanın verileri 23 Haziran- 2 Temmuz 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Anketin başında intörn hekimlere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Elektronik ortamda kendilerine sunulan onam formunu okuyarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerini belirtmeleri istenmiştir. Anketi içtenlikle yanıtlamalarının geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edilebilmesi için son derece önemli olduğu vurgulanmıştır.

Araştırmada analizler Excel ve IBM SPSS 22.0 paket programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin frekans ve yüzdeleri hesaplanarak tablo ve grafikler yardımıyla sunulmuştur. Açık uçlu anket sorularına yazılan görüşlerin analizinde betimsel analiz yaklaşımı kullanılmıştır. Tüm ifadeler incelenmiş, öğrencilerin verdikleri cevaplara göre oluşturulan kategoriler çerçevesinde sınıflandırılmıştır. Bunlara ek olarak öğrenci görüşlerinden doğrudan alıntılara yer verilmiştir.

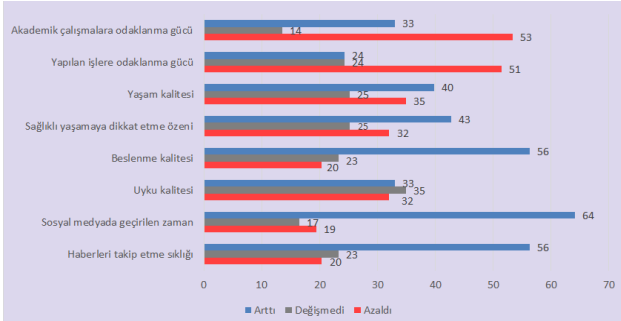
Bulgular

Araştırma kapsamında cevap aranan araştırma sorularına ilişkin bulgular salgının intörn hekimlerin yaşamları, tıp eğitimi, kariyer planları üzerine etkisi; kendilerine sunulan sosyal destek yapısı, sağlık hizmetlerine katılım, salgın süreci ve sonrası verilen eğitim ve eğitim yönetimine ilişkin görüşler ve öneriler sırasıyla aşağıda paylaşılmıştır.

Salgının intörn hekimlerin yaşamları üzerine etkileri

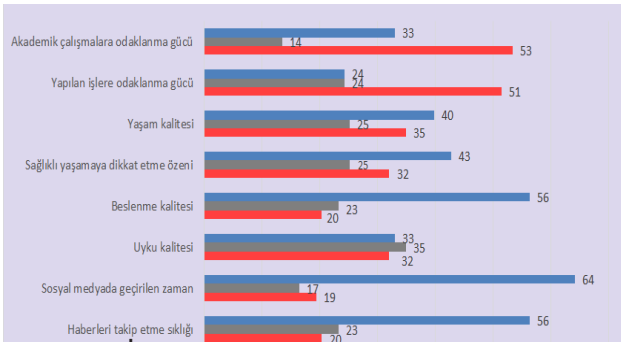
İntörnlük sürecinde öğrencilerin %42,7'si evde ailesiyle kalırken pandemi sürecinde bu oranın %87,4'e çıktığı görülmüştür. İntörnlük sürecinde yurttan kalanlar (%25,2) ise salgın sürecinde yurtların kapatılmasıyla aile ve/veya arkadaşlarıyla kalmaya başladıklarını belirtmişlerdir.

İntörn hekimlerin yaşamlarında yer alan çeşitli durum ve eylemlerin bu süreçten ne düzeyde etkilendiğine ilişkin yüzdeler Grafik 1'de verilmektedir. Buna göre salgın sürecinde intörn hekimlerin %53'ü akademik çalışmalara %51'i ise yapılan diğer işlere odaklanma gücünün olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra intörn hekimlerin büyük bir çoğunluğunun sosyal medyada geçirdikleri zaman ve haberleri takip etme sıklıkları oldukça artmıştır. Diğer taraftan intörn hekimlerin %40'ı yaşam kalitelerinin, %43'ü sağlıklı yaşamaya dikkat etme özenlerinin ve %56'sı beslenme kalitelerinin arttığını belirtmiştir. Bu sürecin uyku kalitesine etkisi ise değişkenlik göstermiştir. Araştırma sonuçlarına göre uyku kalitesinin azaldığını, değişmediğini ve arttığını belirten intörn hekim sayıları birbirine çok yakındır.

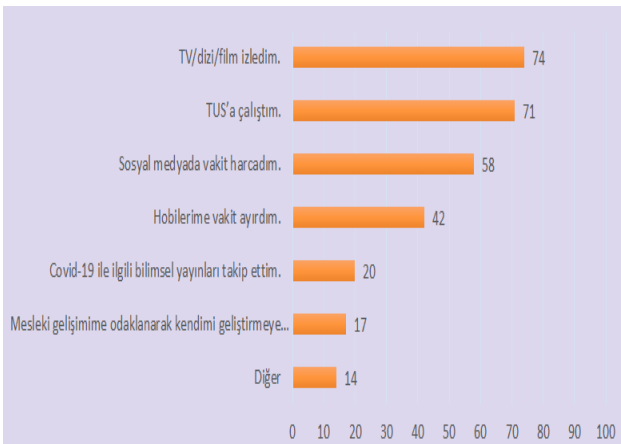


Grafik 1. Salgın sürecinin intörn hekimlerin yaşamları üzerine etkisine ilişkin görüşler (%)

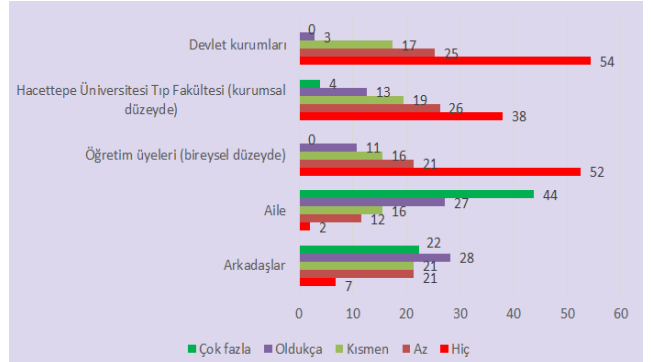
Çalışmada intörn hekimlerden kendilerini strese sokan ve endişe uyandıran nedenleri belirtmeleri istenmiştir. Grafik 2'den görüleceği üzere bu süreçte intörn hekimlerde endişe uyandıran en önemli konu %92'lik işaretlenme ile Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS), atanma vb. süreçlerle ilgili belirsizlikler olmuştur. Bunun yanı sıra intörn hekimlerin %79'u gelecekleri ve %70'i kariyer planlarıyla ilgili endişe duymaktadır. Aile üyelerinin sağlığı, kişisel sağlıkları ve toplum sağlığı da sahaya çıkmalarına çok kısa süre kalan hekim adayları için kaygı yaratan diğer konular olmuştur.



Grafik 2. İntörn hekimler için endişe veya stres kaynakları (% olarak verilmiştir, birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir)



Grafik 3. İntörn hekimlerin zamanlarını değerlendirme şekilleri (% olarak verilmiştir)



Grafik 4. Öğrencilere sosyal destek sağlayan yapılar (% olarak verilmiştir)

Salgın sırasında hastanedeki görevlerine ara verdiklerinde zamanlarını nasıl değerlendirdikleri sorusuna intörn hekimler en fazla (%74) TV/dizi/film izlemeyi tercih ettikleri yanıtını vermiştir. Diğer taraftan intörn hekimlerin oldukça yüksek bir bölümü (%71) bu süreçte TUS'a çalıştıklarını belirtmişlerdir. Sosyal medyada geçirilen zaman ve hobilere ayrılan zaman da görece fazladır (sırasıyla %58 ve %42). Bu soruya 'diğer' yanıtı veren intörn hekimler ise uyuma, yemek yapma, dil öğrenme, spor yapma, USMLE çalışma, kodlama öğrenme ve evlilik hazırlıkları yapma cevaplarını vermişlerdir (Grafik 3).

İntörn hekimlerin salgın sırasında sosyal destek yapılarına ilişkin görüşleri

Çalışma kapsamında salgın sırasında intörn hekimlerin sosyal destek (duygusal, bilgi, sosyal ilişki, psikolojik ve maddi) sunabilecek kişi ve kurumlara ilişkin görüşleri sorulduğunda en çok aile ve arkadaşlarından sosyal destek aldıklarını belirtmişlerdir. Devlet kurumlarının, fakültelerinin ve fakültedeki öğretim üyelerinin ise kendilerine oldukça az sosyal destek sunduklarını belirtmişlerdir (Grafik 4).

İntörn hekimlerin salgının eğitimleri üzerine etkisine yönelik görüşleri

Şu anki mevcut birikimleriyle hekimlik uygulamasını başarıyla yapacağı konusunda kendilerine "oldukça" ve "çok fazla" güvendiklerini belirtenler çalışmaya katılan intörn hekimlerin sadece %21'ini oluşturmaktadır. İntörn hekimlerin yarısı kendilerine kısmen güvenirken "az" güvenen veya "hiç" güvenmeyenlerin yüzdesi sırasıyla %26 ve %3'tür. İntörn hekimlerin hissettikleri bu güven veya güvensizlik duygusunun nedenleri sorulduğunda ise aşağıdaki cevaplar alınmıştır:

Güven nedenleri

Çalışmaya katılan intörn hekimlerin %21'i

hekimlik yapma konusunda kendilerine güvendiklerini belirtmiştir. Bu intörn hekimler, aldıkları eğitimi gerçek yaşama transfer edebildiklerini gördüklerini ifade etmiştir.

"Aldığım becerileri büyük ailemde vakalara yaklaşıırken fark ediyorum, hatırlamadıklarım için hangi kaynaklara başvurmam gerektiği öğretilmiş. O sebepten inşallah iyi bir hekimlik becerisi göstereceğime inanıyorum."

Bazı intörn hekimler fakültede aldıkları eğitimden duydukları memnuniyeti ve pratik yapma fırsatı sağlandığını dile getirmiştir.

"... Kimi zaman anlamsız yere harcamış olsak da iş gücümüzü, bence Hacettepe intörnlerini her zamanki gibi komando yetiştirir gibi yetiştirdi. Ayrıca sorumluluğumuz dahilinde olmayan ama özellikle öğrenmek istediğimiz uygulamalarda direkt işlemi yapma ya da en azından asiste etme ve izleme şansı bulduk. Bundan sonrası sadece gideceğimiz yerlere adapte olmakta bitiyor."

Intörn hekimlerin bazıları temel klinik bölümlerde intörnlük yapmış olmanın kendilerini yeterli hissetmelerinde etkisi olduğunu belirtirken, bazılarıysa eğitimlerine güvendiklerini ancak pandemi sürecinde tamamlayamadıkları stajlarla ilgili destek ihtiyacı duyabileceklerini belirtmiştir.

"Acil intörnlüğü yapmadım ancak servis stajlarımı en zorlu servislerde tamamladım. Poliklinik stajlarımda da aktif çalıştım. Bir iki hafta yardımcı olunursa daha sonrasında iyi iş çıkaracağımı düşünüyorum."

Intörn hekimlerin %47'si şu anki mevcut birikimleriyle mesleğe yönelik uygulamaları yapmak ile ilgili kaygı düzeylerinin yüksek ve çok yüksek olduğunu; %38'i ise orta düzeyde kaygılı olduklarını belirtmiştir. Az kaygısı olan (%13) veya hiç kaygısı olmayanların (%3) yüzdesi oldukça düşüktür.

Güvensizlik nedenleri

Intörn hekimler salgın nedeniyle acil, pediatri, genel cerrahi, halk sağlığı ve dahiliye gibi temel stajlara devam edemediklerini bu durumun da hekimlik uygulaması yapma konusunda kendilerini güvensiz hissetmelerine neden olduğunu ifade etmişlerdir.

"En majör stajlardan olan dahiliye stajını yapamadım, pediatri hakeza öyle. Kalan stajları yapabilecek miyim bilmiyorum, stajlarda ... hekimliğe dair genel kazanımlarımız oluyordu bu yüzden endişeliyim."

"Acil stajını çok az almış olmam ve az vaka görmüş olmam nedeniyle endişeliyim."

Kendini yetersiz hisseden intörn hekimlerin bazıları tıp eğitimi sürecinde teorik yükün pratiğe göre fazla olduğunu ifade ederken fakültedeki öğrenci sayısının fazla olmasını ve intörnlük dönemindeki yoğunluğu da pratik eğitimin önündeki engeller içinde değerlendirmişlerdir.

"Tıp eğitiminin sonrasında pratisyen hekim olan birisi için teorik kısmın çok ayrıntılı ve sonradan unutulacak, kullanılmayacak detaylar içerdiğini düşünüyorum. Klinik kısmın ise yetersiz, periferde çalışmaya başlayacak bir pratisyenin asıl bilmesi gerektiği özden uzaklaşmış olduğunu düşünüyorum. Böyle bir eğitim almış birisi olarak da kendimi yetersiz buluyorum."

"... Özellikle bizim üniversitemizin uygun eğitim açısından olabilecek en yüksek mevcudun 5 katını bulundurması, özellikle intörnlük eğitiminde pratik açısından yeterli eğitim alamamıza ve pratik eğitim diye ... gereksiz işler yapmamıza sebep oluyor. Bu işlere tepkimin sebebi çok daha fazla pratik yapmamız gereken işlerin önüne geçip mezuniyet ve zorunlu hizmetten korkutur hale getirmesi."

Intörn hekimler ayrıca intörnlük döneminde servislerin rutin işleri olarak gördükleri uygulamaların fazla vakit alması nedeniyle yeterince hasta takip edemediklerini, hastaya yaklaşım, karar verme, gebe takibi, reçete yazma gibi temel konularda kendilerini eksik hissettiklerini ve sahada hasta yönetimi sorumluluğunu almaktan endişe duyduklarını ifade etmişlerdir.

"Intörnlük döneminde hasta takip etmek yerine gün boyu sonuç yazmak, kan almak, şeker bakmak gibi işlerle uğraştığımız için sık görülen hastalıklarda bile durumu nasıl yöneteceğimi bilmiyorum."

"... Intörnlükte sürekli asistan bağımlı yaşadığımız için sonrasında tek başına kalınca bocalıyoruz ... Çok izole yetişiyoruz ve sahaya çıktığımızda hasta şu ilacı kullanıyorum diyor biz o ilacı daha önce duymamış ve etken maddesini bilmiyor oluyoruz. Bu anlattığım yaşadığımız en küçük sorunlardan biri... Ülkemizin nitelikli doktorlara ihtiyacı var."

"Tıp eğitiminin pratik kısmında hastanın primer sorumlusu olarak karar verme, tedavi uygulama şansımız olmadı. Haliyle mecburi hizmetimde hasta ile baş başa kaldığımda oluşabilecek senaryoların nasıl yöneteceğine dair kaygı taşıyorum. Ancak milyonda bir görülebilecek hastalıkların, hangi kromozomun hangi geninden kaynaklanan mutasyon sonucu oluşabileceğini biliyorum. :)"

Intörn hekimlere yetersiz olduklarını düşündükleri beceriler sorulduğu Tablo 2'teki yanıtlar alınmıştır. Buna göre intörn hekimlerin yarısından fazlası acil hasta yönetimi, adli tıp uygulamaları, klinik karar verme ve salgın sürecinde çalışma becerilerinde yetersiz olduklarını düşündüklerini belirtmişlerdir. Reçete düzenleme becerisi de intörn hekimlerin %44'ünün yetersiz olduklarını düşündükleri beceriler arasında yer almaktadır. Klinik beceri uygulamaları ve koruyucu hekimlik uygulamaları da intörn hekimlerin dörtte biri tarafından işaretlenen beceriler arasındadır (Tablo 2). "Yetersizlik bildirdiğiniz becerilere COVID-19 salgını nedeniyle intörnlük sürecini tamamlayamamış olmanızın etkisi ne düzeydedir?" sorusuna intörn hekimlerin %20

Tablo 2. İntörn Hekimlerin kendilerini yetersiz gördükleri beceriler ve yetersizliğe salgın nedeniyle intörnlük sürecini tamamlayamamış olmanın etkisi	
İntörn hekimlerin yetersiz olduklarını düşündükleri beceriler	%
Acil hasta yönetimi	74
Adli tıp uygulamaları	70
Klinik karar verme (doğru tanı ve tedavi)	61
Salgın sürecinde çalışma	55
Reçete düzenleme	44
Klinik beceri uygulamaları	26
Koruyucu hekimlik uygulamaları	25
Yetersizlik bildirilen becerilere salgın nedeniyle intörnlük sürecini tamamlayamamış olmanın etkisi	
Çok	11
Oldukça	17
Kısmen	26
Az	25
Hiç	20

'si "hiç" yanıtını verirken "oldukça" ve "çok" diyenlerin düzeyi % 28'dir.

Çalışma kapsamında intörn hekimlerin yeterli olmadıklarını düşündükleri yönlerini iyileştirici, destekleyici ve geliştirici eğitime yönelik önerileri alınmıştır. Bu bağlamda intörn hekimlerin önerileri tıp eğitimi süreci, intörnlük dönemi ve mezuniyete ilişkin olarak 3 ayrı başlıkta yer almıştır. Tıp eğitimi sürecinin öğrencileri sahaya hazırlama adına daha çok pratik uygulamaya olanak sunması, intörnlük programının yapılandırılması ve mezuniyetten önce sahaya yönelik oryantasyon programları düzenlenmesi öneriler arasındadır. Bu bağlamda intörn hekimlerin önerileri aşağıda özetlenmiştir:

Tıp eğitimi sürecine ilişkin öneriler

- Üniversitenin hizmetten ziyade eğitimi önceleme
- Amfi dersleri yerine teorik bilgilerin dijital ortamlarda olması ve pratik eğitimlerin artırılması
- Tıp eğitiminin sahada karşılaşılabilecek durumlara ilişkin vaka temelli olarak yapılandırılması
- Tıp eğitimi sürecine küçük gruplarda az sayıda öğrenci ile eğitim olanağı sunulması
- Asistanların eğitici olduğu pratik eğitim fırsatları yaratılması
- Staj dönemlerinde öğrencilerin hasta yönetimi süreçlerine dahil edilmesi

- Öğretim üyelerinin öğrenci ile temasının artırılması, öğretim üyelerinin mentörlük yapması

İntörnlük dönemine ilişkin önerileri

- İntörn hekimlerin kendilerini sağlık ekibinin parçası olarak hissetmelerinin sağlanması
- İntörn hekimlerin görev tanımlarının, rol ve sorumluluklarının belirlenmesi
- İntörnlükte hasta yönetimi, karar verme gibi sahaya yönelik uygulamalara yer verilmesi
- Polikliniklerin eğitim ortamı olarak yapılandırılması
- Öğrenci dönütlerine göre intörnlük staj sürelerinin düzenlenmesi
- Program bileşenlerinin anabilim dalı ve öğretim üyesine göre değişkenlik göstermemesi, standardize olarak yapılandırılması.

Mezuniyete ilişkin önerileri

- Hekimliğe başlarken birinci basamağa yönelik algoritmaların olduğu bir rehber oluşturulması
- Hekimliğe başlarken oryantasyon eğitimi düzenlenmesi
- Salgın nedeniyle eksik kalan ya da online alınan sürecin pratik uygulamaların gerçekleştirilmesi için eğitimler düzenlenmesi.
- Sahaya çıkmadan salgın eğitimi verilmesi

Salgının intörn hekimlerin kariyer planları üzerine etkisine yönelik görüşleri

Çalışma kapsamında salgın sürecinin intörn hekimlerin kariyer planları üzerindeki etkisi de incelenmiştir. İntörn hekimlerin yarıya yakını (%40) tıp fakültesi seçme kararlarını sorguladıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra intörn hekimlerin %66'sı üniversite tercihlerini bugün sahip oldukları deneyim ile yapıyor olsalar yine tıp fakültesini tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan intörn hekimlerden %20'si ise salgın sonucunda kariyer planlarını değiştirdiklerini belirtmişlerdir. Bu yönde karar değiştiren intörn hekimlerin bir kısmı salgın sebebiyle sürecin belirsizleşmesinden dolayı yurt dışı uzmanlık planlarını askıya alıp TUS'a çalışıp yurt içinde uzmanlık planı yaptıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra uzmanlık eğitiminde yurt dışı eğitim odaklı düşünmeye başlayan intörn hekimler de bulunmaktadır. Klinikten uzak kaldıkları bu süreçte aslında klinik bilimleri ne kadar çok sevdiğini anlayıp bu alanda uzmanlık düşünen, Ankara yerine aileye yakın bir yerde uzmanlık eğitimlerini yapmak isteyen intörn hekimler bulunmaktadır. Bazı bireyler ise uzmanlık eğitimi yapma konusunda kararsız oldukları alanları daha fazla tanıyabilme fırsatı bulamadıklarından

yakınmışlardır. Salgın sebebiyle eğitimlerinin son birkaç ayında intörlüğe verilen zorunlu aranın o bölümleri tanıma fırsatını ellerinden aldığını belirtmişlerdir. Örneğin psikiyatri intörlüğü yapamayan bir intörn hekim, psikiyatri stajını sevdiğini ancak intörlükte pekiştiremediğini dolayısıyla uzmanlık eğitiminde psikiyatri yapmak isteyip istemediğinden emin olamadığını belirtmiştir. Bir başka intörn hekim ise bu süreçte düşünme fırsatı bulduğunu ve günümüzde eskisi gibi fedakârlık yapıp çalışan insanların asla eskiden olduğu gibi önemli bir konuma gelmediğini fark ettiğini ve bu sebeple uzmanlık eğitimi ile ilgili planlarının çok büyük oranda değiştiğini paylaşmıştır.

İntörn hekimlerin sağlık hizmetlerine katılıma ilişkin görüşleri

İntörn hekimlere mezun olduklarında salgın sürecinde sağlık hizmetine katılım ile ilgili kendilerine iki önerme yöneltilmiş ve bu önermelere katılma düzeyleri sorulmuştur. Bu bağlamda "Ülke düzeyinde tüm yeni mezunlara tek tip standart bir uygulama yapılmalıdır." önermesine öğrencilerin %64'ü katıldığını, %21'i katılmadığını, %16'sı ise fikri olmadığını belirtmiştir. "Hizmet sunumuna katılım beklenmeden önce bilgi ve beceri geliştirmeye yönelik uygun eğitimler verilmelidir." önermesine öğrencilerin büyük çoğunluğu katılırken (%81), %15'i katılmadığını ifade etmiştir.

İntörn hekimlerin salgın süreci ve sonrasında iyileştirici ve destekleyici eğitime yönelik önerileri

Salgın sürecinde diğer eğitim kurumlarında olduğu gibi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi de uzaktan eğitim materyalleri ve ödevler ile intörn hekimlerin eksik kaldığı eğitim etkinliklerini tamamlama yoluna gitmiştir. İntörn hekimlerin bu çalışmalardan yararlanma düzeyleri sorulduğunda hiç yararlanmadım veya az yararlandım diyenler sırasıyla %12 ve %25 iken kısmen, oldukça ve çok fazla yararlandım diyenler sırasıyla %26, %31 ve %6'dır. Bu materyallerin kullanılabilirliğine ilişkin görüşler incelendiğinde ise sadece %6'sı hiç kullanışlı olmadığını belirtirken, %16'sı az, %39'u kısmen, %33'ü oldukça ve %7'si çok kullanışlı olduğunu belirtmiştir. İntörn hekimlerden bu bağlamda verdikleri cevapların gerekçelerini de paylaşımları istenmiştir; bu gerekçeler online eğitim materyalleri/ödevler ve aksayan eğitime yönelik fakülteden beklentiler başlıkları altında aşağıda özetlenmiştir:

Online eğitim materyalleri/ödevlere ilişkin görüşler

İntörn hekimlerin çoğu makale sunumu oturumlarından, vaka tartışma videolarından, ödevlerden ve sunulan kaynaklardan fayda gördüklerini belirtmiştir:

"En çok çocuk ruh sağlığının yaklaşımını beğendim hem makale taramaya ittiler hem de açık uçlu sorular sordular, tartışma konusuna önceden hazırlanmak gibi oldu."

"...Pediatri servis ödevim oldukça basit, eğitici, insanı yormadığı gibi üstüne katkısı da olan güzel bir ödevdi..."

Ödevlerin intörn hekimleri öğrenme hedeflerine ulaştırdığı, bilgiyi kullanmaya yönelik olduğu ve araştırmaya motive ettiği de vurgulanmıştır.

"Ödevler daha önce öğrendiğimiz bilgileri tekrar kullanmamıza, o bilgileri teorikten pratiğe geçirmemizde fayda sağladı."

"Ben 2 aylık dahiliye (medikal onkoloji) ile kadın doğum stajlarını online olarak tamamladım. Başlangıçta acaba bu 2 temel stajı online tamamlamak mesleki olarak beni bir adım geri mi bırakır diye düşünsem de bölümlerden gönderilen ödevlerdeki olgu ve soruları cevaplandırmak için geniş çaplı araştırmalar, okumalar yaptım. Zannediyorum ki stajın öğrenim hedeflerini en efektif şekilde ve tek ödev hakkı ile ancak bu şekilde bize verebilirlerdi. Gerçekten verilen ödevleri çok başarılı buldum ve kendi adıma teşekkür ediyorum."

İntörn hekimlerin yarıya yakını, uzaktan düzenlenen eğitimden yararlandıklarını belirtse de hasta göremediklerini, klinik ortamda eğitimin eksikliğini hissettiklerini ifade etmişlerdir:

"Aslında ilk defa bu yıl böyle bir dönemde hazırlanmış olmasına rağmen yeterliydi ancak ileriki dönemlerde geliştirilerek aktif kullanımı daha fazla katkı sağlayabilir diğer dönemlere. Sadece intörlük eğitiminin klinik ortamını sağlayamadığı için bana katkısı az."

İntörn hekimler ödevlerin yanı sıra öğretim üyeleri ile daha sık bir araya gelme olanağı olmasını istediklerini ifade etmişlerdir:

"...Yalnızca yapmamız istenilen ödev ile konuyu kapatmaktan ziyade, hocalarımızla uygun vakitlerinde online bir uygulama üzerinden tanışıp danışmak istediğimiz konular hakkında yarım saatlik de olsa bir görüşme avarlanabilse güzel olurdu."

Bazı intörn hekimler ise anabilim dalları arasında ölçme değerlendirmede standardizasyon sağlanamadığını dile getirmiştir:

"Ödevlerin standardizasyonu kesinlikle yoktu, bölümler kafalarına göre not verdiler ve yine mağdur olan öğrenciler oldu."

"...Bazı stajlarda verilen ödevlerde intörnlerin stajdan fayda sağlamasından ziyade notlandırılmaları esas alınmıştı."

Ayrıca internet bağlantısı ile ilgili yaşanan bazı problemler ve bazı videoların uzun ve yavaş olması da çözülmesi beklenen problemler arasındadır:

"Çevrimiçi eğitim yazılımı uygulaması satın alınmadığı

için 40 dakikada bir tekrar bağlanmak gerekiyordu. Hem okulun hem benim internet bağlantım iyi olmadığından ses çok sık kesiliyordu ve çok verimsiz geçti benim için."

"Keşke öğretim üyelerinin yolladığı videolar hızlandırılabilse, dershanede x1.8 ile offline dinlemeye alışan bizler için uyku getirici oluyor."

Aksayan eğitime yönelik fakülteden beklentiler
İntörn hekimlerin çoğu fakültenin salgın sürecinde aldığı kararlardan duydukları memnuniyeti ve fakülte yönetiminin intörn hekimler mağduriyet yaşamaması için çaba gösterdiğini belirtmişlerdir. Aksayan eğitim sürecine ilişkin intörn hekimlerin beklentileri aşağıda özetlenmiştir:

- Salgın süreci nedeniyle diplomalarda ve transkriptlerde denklikle ilgili mağduriyet yaşanmaması
- Eksik kalan pratik ve uygulamalı eğitimin telafisi için uygun ortamlar (hastane, çevrimiçi vb.) oluşturulması
- Pratik uygulamaları da içeren online eğitimlerin mezuniyetten sonra da devamlılığının sağlanması ve eğitim materyallerine mezuniyet sonrasında da erişilebilmesi
- Birinci basamakta karşılaşılabilecek durumlarla ilgili rehber oluşturulması
- Mezuniyetten sonra ihtiyaç duyulduğunda öğretim üyelerine hasta danışabilecek olanaklar yaratılması
- COVID-19 ile ilgili online eğitim programları düzenlenmesi

İntörn hekimlerin salgın sürecinde eğitim yönetimine yönelik önerileri

Salgın sebebiyle intörn hekimlerin eğitim sürelerinin yaklaşık üç aylık dönemi sekteye uğramıştır. YÖK 22.04.2020 tarihli toplantısında tıp fakültelerine intörnlük eğitimine dair farklı seçenekler sunmuştur. Tıp Fakültelerinin bu kararlar doğrultusunda hareket etmeleri önerilmiştir. (X) Üniversitesi Tıp Fakültesi bu süreçte intörn hekimlerin kalan sürelerini dijital imkanlarla uzaktan öğretim yoluyla ders, ödev, proje, vaka analizi vb. faaliyetler ile tamamlayabilmelerini tercih etmiştir. Çalışmaya katılan intörn hekimlerin %65'inin görüşünün (X) Üniversitesi Tıp Fakültesinin aldığı kararla uyuştugu görülmüştür. YÖK'ün sunduğu seçeneklerden intörn hekimler tarafından en çok tercih edilen ikinci seçenek ise %54'lük tercih oranı ile öğrencilerin sene kaybına uğramamaları için gerekli tedbirlerin alınması yönünde sunulan seçenektir. İntörn hekimlerin yarıya yakını ise rızalarının alınması kaydıyla eğitimlerine fakültelerinin hastanelerinde devam edebilmeyi istediklerini de belirtmişlerdir.

İntörn hekimlerin eksik alınan programların hekimlik süreçlerine başlamadan önce nasıl tamamlanmasını istediklerine yönelik görüşleri incelendiğinde %32'si mezuniyet sonrası

sürekli mesleki gelişim programları ile eksiklerin tamamlanmasını tercih ederken %31'i online eğitim programlarının düzenlenmesi taraftarıdır. Yüz yüze kısa rotasyonların yapılması (%22) ise öğrencilerin diğer tercih ettiği seçenek olmuştur. Araştırmaya katılan intörnlerin %11'i ise bu soruya "diğer" cevabını vermişlerdir. Bir intörn hekim bu soruya verilecek cevabın eksik kalan staja göre değişebileceğini belirtmiştir. Örneğin acil stajı yapmamış olanların pratik yapması gerektiğini, pediatri/dahiliye yapmamış poliklinikte eğitim almaları gerektiğini belirtmiştir. Bir diğer öğrenci bu eksiklerin hekimlik sürecinde gözetimli çalışarak tamamlanabileceğini belirtirken başka bir öğrenci hastane ortamına geri dönüp hasta bakıp acil serviste gözlem yaparak eksiklerin giderilebileceğini belirtmiştir. Eksikleri tamamlamak adına uygulanacak gelişim programlarına katılımın zorunlu olmaması görüşü de paylaşılmıştır. Özellikle yüz yüze eğitime geçilmedikçe yapılacakların işe yaramayacağı da bir öğrenci tarafından ifade edilmiştir.

COVID-19 salgını sürecinde hizmet sunumuna katılıma ilişkin görüşleri

Son olarak COVID-19 salgını sürecinde intörn olarak hizmet sunumuna katılmaları durumunda kendilerini yeterli ve yetersiz hissettikleri yönlerini ifade etmeleri ve salgın sürecinde hekim olarak hizmete katıldıklarında yaşanabilecek sorunlar ve fırsatların neler olabileceği sorusuna 50 intörn hekim yanıt vermiştir. Yanıtlar, intörn hekimlerin yeterli oldukları ve olmadıkları yönler ile bu sürecin yol açtığı sorunlar ve sunduğu fırsatlar başlıkları altında aşağıda özetlenmiştir.

Yeterli olunan yönler

- Tanı koyma, ayırıcı tanı yapma
- Öykü alma, fizik muayene, tetkik isteme
- İletişim becerisi
- Hasta/danışanları bilgilendirme
- Enfeksiyon yönetimi

Yetersiz olunan yönler

- Salgın yönetimi
- Adli tıp uygulamaları
- Ayırıcı tanı ve tanı sonrası hasta yönetimi ve tedavisi
- Entübasyon
- Acil durumların yönetimi
- Reçete düzenleme
- Kişisel korunma ekipman kullanımı
- Hasta nakil süreçleri
- COVID-19 tedavi algoritmaları
- Sık görülen/basit hastalıkların yönetimi
- Yoğun bakım süreci yönetimi
- İlaç doz ayarlaması
- Sıvı-elektrolit ayarlaması

Yaşanabilecek sorunlar

- Malpraktis
- Tedaviye başlamada gecikme ve eksik

- uygulamalar
- Acil durumlarda yeterince etkin ve hızlı müdahale edememe
- Kendini koruyamama, enfekte olma ve bulaşma neden olma
- Hasta güvenliği ihlali
- Komplikasyonların artması
- Sağlık sisteminin aksaması

Fırsatlar

- Sahayı deneyimleme
- Pratik beceri uygulamalarını geliştirme motivasyonu
- Klinik uygulamalarda deneyim
- Topluma katkı sağlama
- Mesleki tatmin
- Kendini geliştirme
- Sterilite ve enfeksiyondan korunma farkındalığı
- Pandemi tecrübesi kazanma
- İyi hekim olma

Tartışma

İntörn hekimlerin yaşamlarındaki etkiler

İntörn hekimlerin yarısından çoğu salgın sürecinin, akademik çalışmalara ve yapılan diğer işlere odaklanma gücünü olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Her ne kadar evde olmak intörn hekimler için daha çok ders çalışma için fırsat oluşturmuş gibi görünse de aile üyeleri ile sürekli bir arada olma, arkadaşlardan ve sosyal çevreden uzak kalma, televizyon ya da sosyal medya gibi kanallardan haberleri takip etme veya hasta olma ve bulaştırma kaygısı gibi birçok faktör ile akademik çalışmalara odaklanma sağlayamadıkları düşünülmektedir. Bir yandan COVID-19 ile ilgili kaygılarla mücadele ederken, motive olmak ve kendini üretken hissedebilmek oldukça zordur. Yaşanan sosyal izolasyon süreci öğrencilerin hem psikolojilerini ve öğrenme davranışlarını olumsuz etkilemekte (6) hem de kendilerini yetersiz hissetmelerine, kaygı ve depresyon artışına neden olabilmektedir. Bulundukları sosyal ortamdan bir anda ayrılan ve ailelerinin yanına dönen intörn hekimler evde kendi başlarına çalışırken öz disiplin ve sosyal etkileşim eksikliği, uygun olmayan öğrenme ortamı (7) gibi nedenlerle odaklanma güçlüğü ve uzaktan öğrenmenin yarattığı aşırı bilişsel ve psikolojik yük nedeniyle kendilerini stres altında hissedebilmektedir (8).

Salgın döneminde evlerinde kalan intörn hekimlerin dünya genelinde olduğu gibi haber takip etme ve sosyal medya kullanımının arttığı görülmektedir (9). Salgının gerektirdiği sosyal izolasyon politikasıyla, tüm insanlar gibi öğrenciler de halka açık yerlerden uzak durmakta ve evde

geçirdikleri zaman artmaktadır. İnsanlarla yüz yüze etkileşim halinde olamama durumu sosyal medya kullanımlarını arttırmaktadır (10).

Korona virüs sadece eğitim, çalışma yöntemleri, sosyal ilişkiler gibi faktörleri değil sağlıklı beslenme ve uyku düzeni gibi yaşam tarzı alışkanlıklarını da etkilemiştir (11). Çalışmamızda sağlıklı yaşama ve beslenmeye özenin arttığı gözlenirken salgının uyku kalitesine etkisi oldukça değişkenlik göstermiştir. Sosyal izolasyon, evde kalma, azalmış gün ışığı maruziyeti, azalmış fiziksel aktivite, psikolojik problemler, sosyal aktivite eksikliği ve eğitim sürecine ilişkin program ve takvim belirsizliklerin uyku alışkanlıklarını ve kalitesini etkilemiş olabileceği söylenebilir (12).

Endişe veya stres kaynakları

İntörn hekimler acil uzaktan öğretim (emergency remote teaching) sürecinin ve sınavların nasıl olacağı ile ilgili endişe duyarken, kariyerlerine başlama planlarındaki belirsizlikler nedeniyle, depresif, endişeli ve çaresiz hissedebilmektedir (13). Araştırmadan elde edilen bulgular da literatürle benzerlik göstermektedir ve öğrenciler tarafından vurgulanan stres faktörleri arasında ağırlıklı olarak gelecekle ilgili belirsizlikler ve kariyer planları yer almaktadır.

İntörn hekimlerin bir diğer önemli endişe kaynağını ise aile üyelerinin sağlığı oluşturmaktadır. İntörn hekimlerin çoğu üniversitelerin eğitime ara vermesi nedeniyle ailelerinin yanına dönmüştür ve çalışmada intörn hekimler kendi sağlıklarından daha çok ailelerinin sağlığından endişe duyduklarını ifade etmişlerdir. Farkında olmadan enfekte olunması ve hastalığın aile üyelerine bulaştırılması riski haklı olarak korkuya neden olabilmektedir (13).

Zamanı değerlendirme

Salgın sürecinde keyif alınan aktiviteler ve hobiler için zaman ayrılması, stresle başa çıkmak için dengeli beslenme, egzersiz ve kaliteli uyku ve güvenilir kaynaklardan bilgiye ulaşarak planlamalar yapılması önerilmektedir (14). Elde edilen bulgularda intörn hekimlerin evde kalma sürecinde zamanlarını en çok keyif aldıkları dizi-filmleri izleyerek TUS' a çalışarak ve sosyal medyada zaman geçirerek değerlendirdiklerini belirtmişlerdir.

Psiko-sosyal destek

Salgın sırasında sıklıkla gereksinimlerden dolayı eğitsel, psiko-sosyal destek toplulukları ve mekanizmaları ortaya çıkmaktadır. Yaşamdaki stres etmenlerine karşı tampon görevi gören sosyal desteğin eksikliğinin depresyon, yalnızlık

ve anksiyete gibi çeşitli psikolojik sorunlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (15). Bu dönemde de zihinlerinde birçok kaygıyı barındıran intörn hekimlerin öğretim üyelerinden, arkadaşlarından, kurumlardan ve aileden destek görmeye ihtiyacı vardır (16).

Tıp eğitimi ve hekimlik becerileri

Şu anki mevcut birikimleriyle hekimlik uygulamasını başarıyla yapacağı konusunda kendine güvenen intörn hekimler çalışmaya katılan öğrencilerin yaklaşık 1/3 ünü oluştururken yarısı kendilerine kısmen güvendiğini ifade etmektedir. Ayrıca intörn hekimler mevcut birikimleri ile hekimlik mesleğine yönelik uygulamaları yapmak ile ilgili kaygılar taşımaktadır. Öğrenciler salgın öncesi zamanlarda yapılan çalışmalarda da mezun olduklarında kendilerini bazı hekimlik uygulamalarında yetersiz gördüklerini ifade etmiştir (17). Çalışmamızda hekimlik uygulamalarına ilişkin yetersizlik hislerinde salgının etkisinin az ya da kısmen olduğunu ifade etmiş olmaları (Tablo 2), odağı salgın sürecinin olumsuz yansımalarından çok 6 yıllık tıp eğitiminin gözden geçirilmesine kaydırmalıdır. Ancak salgın süreci ile de stajlarını tamamlayamayan öğrencilerin bu yetersizlik hissinin derinleştiği ve eğitim sürecinde daha önce de var olan eksikliklerin görünürlüğünün arttığı ve müdahale fırsatları doğduğu söylenebilir.

Intörn hekimlerin yetersiz olduklarını düşündükleri beceriler arasında ilk sırada “acil hasta yönetimi” yer almaktadır. Acil hasta yönetimi becerisi tıp eğitimi ile kazanılması beklenen en kritik yeterliklerden biri olup (18) birinci basamakta çalışan bir hekimin en çok kullanması gereken becerilerden biridir. Böylesine önemli beceriye ilişkin mezun olmalarına sayılı günler kalan öğrencilerin kendilerini yetersiz hissetmeleri düşündürücüdür. Birçok staj içerisinde acil konuları önemsenerek anlatılsa ve tekrarlanırsa da pratik eğitim uygulamalarının yetersizliği ve yaşanan pandemi nedeniyle intörnlüğü tamamlayamamış olmak kaygıya yol açmış olabilir. Farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda da acil hastaya yaklaşım konusunda kaygı duyulduğu gözlenmektedir (17, 19, 20). Acil bakım gibi riskli durumlarda hasta güvenliğinin gözetildiği simülasyon gibi deneyimleyerek kalıcı öğrenmeyi sağlayacak tekniklerin kullanıldığı eğitimlerin düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Öğrencilere acil serviste öğrendiklerini gerçek yaşama transfer etmelerine yönelik sunulan fırsatların artırılması ve mezuniyet sonrasında da pandemi koşullarına uygun bireyselleştirilmiş destekleyici klinik eğitim fırsatları sağlanmalıdır (5).

Öğrencilerin kendilerini yetersiz hissettikleri bir diğer konu adli tıp uygulamalarıdır. Bu konuda yapılan benzer çalışmalarda (17, 21) da adli tıp alanındaki bazı becerilerde intörn hekimlerin kendilerini yetersiz hissettikleri vurgulanmıştır. Alanyazında adli tıp eğitiminin uygulamalı (22) ve klinik eğitim dönemindeki stajlar arasında (23) yer almasının değeri vurgulanmaktadır. Intörn hekimlerin mevcut kaygıları göz önünde bulundurularak mezuniyet öncesi adli tıp eğitimleri iyileştirilmeli ve mezunlara yönelik destekleyici programlar düzenlenmelidir.

Intörn hekimlerin bir diğer kaygısının klinik karar verebilme olduğu söylenebilir. Mezun hekimleri belirsizlikle baş etme ve tıbbi uygulamaların özünü anlamaya hazırlayabilmek için tıp eğitiminde klinik bağlam ve klinik temasın daha erken başlatılması, klinik ve temel bilimlerin daha iyi entegre edilmesine vurgu yapılmaktadır (24). Karar verme ve klinik akıl yürütme becerilerinin kazanımı için küçük grup, PDÖ, akran öğretimi, bilişsel haritalama, roleplay, simule klinik ortamlar, gerçek klinik ortamlar gibi yöntemlerle öğrencinin bilgiyi doğru şekilde organize etmeye yönlendirilmesi sağlanmalıdır (25). Klinik akıl yürütme ve karar verme becerisinin gelişiminin izlemi ise üst düzey bilişsel süreçlerin ve performansın değerlendirildiği yöntemlerin kullanımıyla gerçekleşmelidir (26).

COVID-19 salgınında eğitim seçenekleri ve tercihler

Birçok tıp fakültesi pandemi sürecinde öğrencilerin kalan sürelerini dijital imkanlarla uzaktan öğretim yoluyla ders, ödev, proje, vaka analizi vb. faaliyetler ile tamamlayabilmelerini tercih etmiştir. Çalışmaya katılan intörn hekimlerin ise YÖK’ün sunduğu farklı seçenekler arasından online eğitim programları ile intörnlük sürecini tamamlayabilme ve sene kaybına uğramama en çok tercih edilmiştir. Çalışmada, intörn hekimlerin yarıya yakını ise rızalarının alınması kaydıyla eğitimlerine fakültelerinin hastanelerinde devam edebilmeyi istediklerini belirtmiştir. Literatürde, zorlu zamanlarda eğitime hastanede devam etmenin ve hizmet sürecine aktif katkı sağlamanın öğrencileri iyi hissettirdiği, liderlik, takım çalışması, mesleklerarası işbirliği ve dayanıklılık konusunda deneyimler sağladığı belirtilmekle birlikte (27) gönüllülük baskısının öğrencilerin geleceği ve kariyer seçimleri üzerinde olumsuz etkisi olabileceği de (28) vurgulanmıştır. Çalışma bulguları literatürle paralellik göstermektedir. Intörn hekimler mevcut durumda hizmete katılımlarının malpraktis ve bulaşa neden olma gibi sorunlara yol açacağını düşünürken aynı zamanda sahayı deneyimleme, pratik beceri

uygulamalarını geliştirme, topluma katkı sağlama, mesleki tatmin, pandemi tecrübesi kazanma, iyi hekim olma gibi kazanımlar sağlayabileceğini de belirtmişlerdir.

Acil durumda sunulan uzaktan öğretim

HÜTF'te intörn hekimler için eksik kalan stajlara yönelik ödevler verilmiş, olgu temelli asenkron ders anlatımları yapılmıştır. Öte yandan öğretim üyeleri tarafından tüm dönemler için hazırlanmış öğrenme kaynakları ve uluslararası kaynaklar intörn hekimlerin erişimine açılmıştır. Online eğitim materyalleri ve ödevler ile eğitim sürecinin tamamlanmasından yararlandığını söyleyen intörn hekimlerin yanı sıra yararlanmadığını ya da kısmen yararlandığını ifade edenler de vardır. Sunulan uzaktan öğretim materyallerinin eş zamansız olması, öğrencilerin ve öğretim üyelerinin uygun zaman ve koşullarda çalışabilmeleri anlamına gelmesinin yanı sıra etkileşim yaratamama, geribildirimde gecikmeler yaşanması gibi nedenlerle sınırlılıklara da sahiptir (29). Çevrimiçi platformlar, klinik öncesi dönemdeki öğrenciler için yeterli olabilirken, klinik eğitim dönemindeki öğrencilerin hasta ile teması şarttır. Klinik akıl yürütme ve tanı koyma için hastalarla iletişim kurmak ve muayene etmek gereklidir (30).

Sürekli mesleki eğitim

Salgın döneminde kliniklerinden uzaklaşan intörnlere onları sahaya hazırlamaya yönelik destekleyici uzaktan dersler, seminerler, reçete yazma oturumları, temel beceri eğitimleri ve PDÖ gibi grup etkinliklerinin düzenlenmesi ve mezuniyet sonrasında da sürekli mesleki gelişim programları ile eğitime devam edilmesi değerlidir (31). Çalışmaya katılan intörn hekimler uzaktan eğitim programları ve mezuniyet sonrasında sürekli mesleki gelişim programları ile desteklenmek istediklerinin altını çizmiştir. Sürekli mesleki gelişim, yetkinliklerin geliştirilmesi ve güvenli sağlık hizmeti sunumun sağlamanın temelidir (31). Intörn hekimlerin salgın döneminde klinik stajlarını tamamlayamadan mezun edilmeleri karar vericilerin göz önünde bulundurması gereken bir durumdur. Her mezunu desteklemeye yönelik bireyselleştirilmiş kariyer rehberliği önemlidir (32). Bu bağlamda sürecin paydaşları olan hükümet, fakülte ve öğretim üyelerinin sorumluluk almaları beklenmektedir (5).

Sonuç

Çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde mezuniyetlerine ramak kala kendilerini pandeminin ortasında bulan genç hekim

adaylarının yaşamlarının birçok bileşenle farklı boyutlarda etkilendiği görülmektedir. Pandeminin yarattığı birçok olumsuz duruma ilişkin duydukları endişenin yanı sıra intörn hekimler, hekimlik uygulamasını başarıyla yapacakları konusunda kaygı hissetmektedirler. Üstelik bu yetersizlik hislerinde salgının etkisinin az olduğunu söylemeleri 6 yıllık tıp eğitiminin gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi için de bir fırsattır. Değerlendirme çalışmalarında bu sürecin en temel unsurları olan öğrenci ve mezun temsiliyetinin olması çok değerlidir. Intörn hekimlerin tamamlayamadığı rotasyonlara yönelik eksiklikler, pandemi koşullarında uzaktan eğitim uygulamalarıyla giderilmeye çalışılsa da çalışmada bunun yeterli olmadığı ve geliştirilmesi gerektiğine ilişkin görüşler yer almaktadır. Ayrıca fakülte tarafından eğitsel ve sosyal destek sağlanması en sık ifade edilen taleplerdendir. Bu hususta fakültelerin mezunlarını izlemesi ve destek sunması tarihin en özel dönemine tanıklık eden genç hekimlere karşı sorumluluğudur. Bu sonuçların araştırmanın bazı sınırlılıkları ile birlikte ele alınması gerekir. Öğrencilerin öz değerlendirmeleri kendi yargıları olması sebebiyle gerçek duruma ilişkin verdiği bilgiler sınırlıdır. Ayrıca bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesinde 2019-2020 yılında eğitimlerine devam eden intörn hekimlerin %19,2'sine ulaşılmış olması nedeniyle sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır.

İletişim: Arş. Gör. Bürge Atılğan

E-Posta: atilganburge@gmail.com

Kaynaklar

1. Orentlicher D. The Physician's Duty to Treat During Pandemics. American journal of public health 2018;108(11):1459-1461.
2. Patil NG, Yan YCH. SARS and its effect on medical education in Hong Kong. Medical education, 2003;37(12):1127.
3. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 www.t.ly/7733 Erişim: 7.4.2020
4. Yüksek Öğretim Kurumu-YÖK. Koronavirüs (Covid-19) Bilgilendirme Notu: 1, 2020, Mart 13. www.t.ly/I9og
5. Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği- TEPDAD. COVID-19 Nedeniyle TEPDAD tarafından yapılan önerilerin tümü, 2020. http://tepdad.org.tr/announcement/9.
6. Meo SA, Abukhalaf AA, Alomar AA, Satta K, Klonoff DC. COVID-19 Pandemic: Impact of Quarantine on Medical Students' Mental Wellbeing and Learning Behaviors.

- Pakistan Journal of Medical Sciences, 2020;36(COVID19-S4).
7. Bao W. COVID-19 and online teaching in higher education: A case study of Peking University. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2020;2(2):113-115.
 8. Händel M, Stephan M, Gläser-Zikuda M, Kopp B, Bedenlier S, Ziegler A. Digital readiness and its effects on higher education student socio-emotional experiences in the context of COVID-19 pandemic. 2020. <http://dx.doi.org/10.1080/15391523.2020.1846147>
 9. Wiederhold BK. Social media use during social distancing. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2020;23(5):275-276.
 10. Hu Z, Lin X, Kaminga AC, Xu H. Impact of the COVID-19 epidemic on lifestyle behaviors and their association with subjective well-being among the general population in mainland China: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 2020;22(8):e21176.
 11. Dilber A, Dilber F. Koronavirüs (COVID-19) Salgınının Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları Üzerindeki. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 2020;8(3):2144-2162.
 12. Cellini N, Canal N, Mioni G, Costa S. Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of Sleep Research*, 2020;e13074.
 13. Tang W, Hu T, Hu B, Jin C, Wang G, Xie C, Chen S, Xu J. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *J Affect Disord*. 2020;274:1-7. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.009.
 14. Yasaransi ETJ. Psychological and Spiritual Review on Stress, Immunity, Mental Health Issues and Stress Management Strategies Related to Covid-19 Pandemic. *ADHYATMA: A Journal of Management, Spirituality and Human Values*, 2020;4(1).
 15. McCorkle BH, Rogers ES, Dunn EC, Lyass A, Wan YM. Increasing social support for individuals with serious mental illness: Evaluating the compeer model of intentional friendship. *Community mental health journal*, 2008;44(5):359.
 16. McKinley GP. We need each other: Social supports during COVID 19. *Social Anthropology*, 2020.
 17. Atılğan SBÇ, Temizayak F, Çağırın T, Tarı OE, Gürler G, Müderrisoğlu MC, Taşdelen Teker G, Turan S, Sayek İ. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencilerinin Tıp Fakültesinde Hekimlik Becerileri Eğitimine Yönelik Görüşleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2020;19(57):5-25.
 18. Gismalla MD, Alawad AA. Undergraduate Emergency Medicine Education: Problems and Challenges. *Austin Emerg Med*, 2017;3(1):1049.
 19. Yalçınoglu N, İlker KAYI, Şahin I, Aydın T, Zengin Ş, Karabey S. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Tıp Eğitimi İle İlgili Görüşleri. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012;75(3):41-45.
 20. Mayda A, Yılmaz M, Bolu F, Deler M, Demir H, Doğru M, Fırat A, Güksu S. Bir tıp fakültesi 4, 5 ve 6. Sınıf öğrencilerinde gelecek ile ilgili kaygı durumunun değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2014;4(3):7-13.
 21. Günay O. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2002;7(7).
 22. Demirci Ş, Günaydın G, Doğan UDKH, Aynacı Y, Deniz İ. Adli Rapor Düzenlemede Uygulamalı Eğitimin Önemi, 2007.
 23. Yemişçigil A, Özkara E. Adli Tıp Eğitimi ve uygulamadaki etkileri (bir anket çalışması). *Klinik Adli Tıp*, 2001;1(1):37-41
 24. Maudsley G, Strivens J. 'Science', 'critical thinking' and 'competence' for tomorrow's doctors. A review of terms and concepts. *Medical education*, 2000;34(1):53-60.
 25. Higgs J, Titchen A. Knowledge and reasoning. *Clinical reasoning in the health professions*, 2000;2:23-32.
 26. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *Jama*, 2009;302(12):1316-1326.
 27. Edelman DS, Desai UA, Soo-Hoo S, Catallozzi M. Responding to hospital system and student curricular needs: COVID-19 Student Service Corps. *Medical education*, 2020. <https://doi.org/10.1111/medu.14243>
 28. Kaschel H. Coronavirus: In Germany, medical students step up to fight COVID-19. *Deutsche Welle (DW)*. 2020, Nisan. Erişim: 7.4.2020 www.t.ly/FL01
 29. Zhang D, Zhao JL, Zhou L, Nunamaker Jr JF. Can e-learning replace classroom learning? *Communications of the ACM*, 2004;47(5):75-79.
 30. Mian A, Khan S. Medical education during pandemics: a UK perspective. *BMC Medicine*, 2020;18(1):1-2.
 31. Cervero RM, Gaines JK. The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: an updated synthesis of systematic reviews. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2015;35(2):131-138.
 32. Chandratre S. Medical students and COVID-19: challenges and supportive strategies. *Journal of medical education and curricular development*, 2020;7:1-2. <https://doi.org/10.1177/2382120520935059>

DOI: 10.17942/sted.1016012

Geliş/Received : 28.10.2021
Kabul/ Accepted : 01.04.2022

Öz

Adölesan ebeveynlik; anne, baba, çocuk, aile ve toplum için geniş kapsamlı sonuçları olan ve çoğunlukla olumsuz problemlere rağmen günümüzde sıkça karşılaşılan bir durumdur. Son yıllarda adölesan gebelik, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkede önemli bir sağlık sorunu ve sosyal kaygıdan ziyade endişe kaynağı haline gelmiştir. Literatürde ergen babalığın öncülleri ırk, bireysel ve ailesel etkiler olarak bildirilmiştir. Adölesanın hem kendisinin hem de çocuklarının sosyal gelişimlerini ve sağlıklarını genellikle olumsuz etkileyebilen bir durumdur. Yapılan çalışmalarda adölesan babanın okulu erken bırakma, eğitimsel ve mesleki engeller, düşük sosyoekonomik düzey, depresyon, kimlik çatışması gibi durumları yaşayabileceği, çocuklarının ise büyüme ve gelişmesinin olumsuz etkilenebileceği açıkça ifade edilmiştir. Son yıllarda adölesan gebelik ve annelik üzerine yapılan çalışmaların sayısının giderek artmasına rağmen adölesan babaların sorumlulukları, baba ve çocuk üzerine etkilerini değerlendiren makaleler oldukça sınırlıdır. Bu derlemede adölesan babalık kavramına, öncüllerine, adölesan babalığın adölesanın hem kendisi ve hem de çocuğu üzerine etkilerine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Ergen, Ergen babalar, Ergen babalık, Genç babalık, Çocuk

Abstract

Adolescent parenting is a situation which has a wide range of consequences for mother, father, child, family, and society and is frequently encountered today, although problems arise most of the time. In recent years, adolescent pregnancy has become a significant health problem and a source of anxiety rather than a social concern in both developed and developing countries. In the literature, the causes of adolescent fatherhood have been reported as race, individual, and familial effects. It is a situation that can adversely influence the social development and health of both the adolescent and his children. In evidence-based studies, it has been stated clearly that the adolescent father may leave his education early, face educational and professional obstacles, and suffer from a low socio-economic level, depression, and identity conflict, while the growth and development of his children may be affected adversely. Despite the increasing number of studies on adolescent pregnancy and motherhood in recent years, the number of articles evaluating adolescent fathers' responsibilities and their effects on the father and the child is quite limited. In this review, it was aimed to attract attention to the concept of adolescent fatherhood, its causes, and the effects of adolescent fatherhood on both the adolescent and his child.

Key words: Adolescent, Adolescent fathers, Adolescent fatherhood, Teenage fatherhood, Child

¹Arş. Gör., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik AD (Orcid no: 0000-0003-2707-5371)

²Dr. Öğr. Gör., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0003-0176-8778)

³Prof. Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0003-3151-9975)

Giriş

Ergenlik dönemi, çocukluktan erişkinliğe geçişte biyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal açıdan bir gelişme ve olgunlaşma sürecidir (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş arasını adölesan, 15-24 yaş arasını genç, 10-24 yaş arasını da "genç insan" olarak tanımlamaktadır (2). Dünya ve ülkemiz nüfusunun yaklaşık beşte birini adölesanların oluşturduğu ve bu oranın giderek arttığı bildirilmektedir (2, 3). Bu oranlar büyüme ve gelişimleri devam eden, bir çok yönden riskli ve hassas grup olan adölesanların sorunlarına önem vermeyi gerektirmektedir (1).

Anne, baba, çocuk, aile ve toplum için geniş kapsamlı sonuçları olan ve çoğunlukla olumsuz problemlere rağmen günümüzde sıkça karşılaşılan adölesan babalık durumu önemli sorunlardan biridir. Adölesan baba, kadının yaşı ne olursa olsun, en az bir çocuğu olan veya bir çocuğunun dünyaya gelmesinden sorumlu olan, 24 yaşından küçük genç erkek olarak tanımlanmaktadır (4). Dünyada ve ülkemizde genel adölesan annelik oranlarına ilişkin veriler mevcut iken adölesan babalara ait bu veriler sınırlıdır. Amerika'nın 2006-2010 yılları arasındaki ulusal verilerine göre biyolojik çocuğa sahip olan 15-19 yaş arası babaların oranı %2,6, 20-24 yaş arası babaların oranı %15,3'tür (5). Sahra altı Afrika ülkelerinde adölesan babalık oranı %5-14 arasındadır (4). Ülkemizde adölesan babaların oranlarını gösteren bir veriye rastlanmamıştır. Adölesan gebelik ve annelik ile yapılan çalışmalarda eşinin çoğunlukla adölesan baba olduğu belirlenmiştir (6).

Ülkeler arasında adölesan babalık oranları farklılık gösterdiği gibi nedenleri de farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde evlilik öncesi korunmasız cinsel ilişki, bazı çevresel ve ailesel faktörler, gelişmekte olan ülkelerde kültür ve gelenekler nedeniyle erken yaşta evlilikler daha çok rol oynamaktadır. Adölesan dönemde ebeveyn olma durumu adölesanın kendisinin ve çocuğunun sosyal ve sağlık sonuçlarının önemli bir olumsuz belirleyicisi olarak vurgulanmaktadır (7). Genç babalık nadiren sosyal olarak ele alınan bir konu olsa da konuyu diğer yönleriyle kapsamlı ele alan az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu açıdan bilimsel alanda neredeyse ilgilenilmemiştir.

Adölesan Babalar

Babalık, hayatın en önemli gelişimsel olaylardan biri olup, babalar çocuklarının hayatında

son derece önemli bir etkiye sahiptirler. Son yıllarda konunun önemi anlaşılmış olup yapılan çalışmalarda babalık kavramı, algısı ve rolünden bahsedilmektedir (8). Adölesan ebeveynlik ile ilgili çalışmalar incelediğinde; Adölesan gebelik ve doğum, adölesan annelik, adölesan annelerin çocukları üzerine birçok çalışma yapıldığı, giderek büyüyen literatürde güçlü bir bilgi birikimi bulunduğu görülmektedir. Fakat bu çalışmaların neredeyse hepsi anneler ya da kadınlar üzerine odaklanmıştır. Adölesan babalıkla ilgili özelliklerin, genç babaların gelişimini nasıl etkilediği ve aile katılımlarına nasıl yansıdığını gösteren bilgiye ihtiyaç oldukça fazladır (9-12).

Ebeveyn olmak, önemli bir gelişimsel süreçtir ve bir çiftin yaşamına hem olumlu hem de olumsuz deneyimlerden oluşan bir çığ gibi düşebilmektedir (13). Adölesan babalar, babalığın sorumluluğuna hazır olmayabilirler ve çocuklarıyla ilgilenmek isteseler de çoğu zaman çocuklarının sorumluluklarını üstelenecek psikolojik ve sosyal kaynaklardan yoksun olabilirler (14). Aynı zamanda adölesanların büyüme ve gelişmelerinin önemli bir parçası olan eğitim ve sosyal yaşamları için çok fazla zamana ihtiyaçları vardır. Adölesan babalar, bir taraftan babalık rol ve sorumlulukları diğer taraftan ergenlik döneminde okulu bitirme, bir meslek kazanma, kimlik sorunlarını çözme ve ebeveynlerden bağımsızlaşma gibi diğer gelişimsel görevler nedeniyle çatışma yaşarlar. Tüm bu rol, sorumluluk ve görevler adölesanlar ve genç yetişkinler için stres oluşturabilir. Kaynak, destek eksikliği ve artan stres seviyelerinin birleşimi genç babalar üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilir (10, 13).

Adölesan Babalığın Belirleyicileri/Oluşumunda Risk Faktörleri

Genç babalıkla ilişkili özellikler, ergenleri artan riskli cinsel davranışlara ve ergen ebeveynliğe yatkın hale getirecek sebepler yaratabilir. Örneğin literatürde adölesan babalığın düşük sosyoekonomik statü, düşük eğitim düzeyi, suçluluk, düşük ebeveyn desteği ve zayıf ebeveyn bağlılığı ile ilişki olduğu belirtilmektedir. (15). Ergen babalığın öncüllerini araştıran bir sistematik derlemede ergen babalığın öncülleri ırk/etnik yapı, bireysel ve ailesel etkiler olarak bildirilmiştir (9). Yapılan birçok araştırmada siyahi ve Latin kökenli adölesanların baba olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu vurgulanmaktadır (15, 16).

Ergen babalığın bireysel belirleyicileri arasında psikiyatrik bir bozukluğa sahip olma, suçlu davranışlar ve madde kullanma yer almaktadır. Ayrıca ergenlerin benlik saygısının ve akademik başarısının düşük olmasının erken dönemde baba olma riskini artırdığı vurgulanmıştır (7, 9). Kessler ve ark. (1997) psikiyatrik bozuklukların sonuçlarını araştırdıkları çalışmada adolesan ebeveynlik ile erken başlangıçlı psikiyatrik bozukluklar arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (17). Ergen babalık ve suçluluk ilişkisini araştıran bir çalışmada ergen babaların suçlu olma olasılığı, baba olmayanlara göre iki kat daha fazla bulunmuştur (18). Babalık durumu adolesanın duygusal, sosyal ve ekonomik stresini artırabilir. Adolesan babalık, strese bağlı olarak düşük fiziksel aktivite, uyku yoksunluğu gibi olumsuz davranışlarla birlikte strese başa çıkma mekanizması olarak sigara, alkol ve madde kullanımını artırarak riskli davranışlara yönelimini artırabilir (7).

Adolesan babalığın ailesel belirleyicileri arasında ebeveynlerin yaşı, eğitimi, geliri, yoksulluk ve meslek durumu, olumsuz bir ebeveynlik tutumu, düşük ebeveyn desteği ve zayıf ebeveyn bağlılığı gibi faktörler sayılmaktadır (7, 9, 15, 19). Sipsma ve ark. (2010) yaptığı çalışmada ergen babaların çocuklarının, ergen olmayan babaların çocuklarına göre ergen baba olma olasılığı 1,8 kat daha fazla bulunmuştur. Ergen babalığın belirleyicilerinden aile eğitimi üzerine yapılan çalışmalar, ergen babaların baba olmayan yaştaki akranlarına kıyasla önemli ölçüde daha düşük eğitim seviyeli ailelerden geldiğini göstermektedir. Ayrıca literatürdeki çalışmalar, ergen babaların ailelerinin düşük gelirli olduğunu ve çoğunlukla yoksulluk yaşadığını vurgulamaktadır (14, 20).

Adolesan babaların, babalık algılarını ve deneyimlerini araştıran niteliksel bir çalışmada ergenler, şiddet, yoksulluk, suçluluk, çete katılımı ve madde kullanımının yaygın olduğu bir ortamda büyüdüklerini ve bu ortamın da suç, madde kullanımı ve çeteye karışmalarını kolaylaştırdığını ifade etmiştir. Aynı çalışmada katılımcılar, ev içi şiddete tanık olduklarını, maruz kaldıklarını, ebeveynlerinden maddi ve manevi destek alamadıklarını, kısıtlı kaynak varlığı ile baba olduklarında geçinmek için yasadışı yollara mecbur kaldıklarını vurgulamaktadır (19). Assini ve Meytin Green (2015)'in yaptığı çalışmada ergenlik çağındaki babaların saldırgan

ve suçlu davranışlarda bulunma oranının daha yüksek, başarı oranının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (21)ote>. Yüksek eğitim düzeyine sahip ve ekonomik duruma sahip ailelerden gelen ergenler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda daha fazla bilgiye sahiptirler. Bilgi desteği sağlanan ergenlerin genellikle ilk cinsel ilişkiyi geciktirmesi ve evlenmeyi ertelemesi söz konusudur. Adolesanın daha iyi maddi olanaklara sahip ve daha büyük gelecek beklentisinin olması da adolesan ebeveyn olma ihtimalini düşüren etkenlerdir (7).

Adolesan Babalığın Babalar Üzerindeki Etkileri

Adolesan babalar ebeveynlik rolüne geçiş yaparken karşılaştıkları stres ve sorunlar nedeniyle hem kendileri hem de çocukları fiziksel ve psikolojik yönden olumsuz etkilenebilir (15) Genç erkekler babalığa geçiş yaparken, bazı açılardan adolesan anneninkine benzer bir geçiş süreci yaşarlar. Kanıt temelli çalışmalarda adolesan babalık eğitimsel kazanımlardan geri kalma, düşük sosyoekonomik durum, olumsuz sağlık sonuçları, bozulmuş aile dinamikleri, yoksulluk gibi birçok olumsuz sonuç ile ilişkilendirilmiştir (7, 9, 10, 16, 20, 22, 23).

Literatür incelendiğinde adolesan babalığın ergenin eğitimini olumsuz etkilediğini savunan araştırma sonuçları çoğunlukta olmak üzere etkisinin önemsiz olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (7, 16, 20, 21, 24). Ergen ebeveynler genellikle bir bebek büyütmek için gereken zamanı oluşturmak ve iş bularak çocuklarının geçimini sağlamak için okulu bırakmayı bir çözüm olarak görürler. Partnerinin yaşadığı erken gebelikle ilişkili utanç duyguları veya akademik olarak devam etmekte zorluk da onları okulu bırakmaya itebilir (25). Adolesan babaların baba olmayan yaşıtlarına (7, 20) ve yetişkin babalara (16, 24) kıyasla daha düşük eğitim seviyesine ve daha kısa eğitim süresine sahip oldukları bulunmuştur. Ergen babalarla yapılan yarı yapılandırılmış niteliksel bir çalışmada ise, katılımcıların çoğunun ebeveynleriyle yaşadığı, neredeyse yarısının hala lisede öğrenim görmeye devam ettiği ve çok azının liseyi bitirip genel eğitim aldığı saptanmıştır (19). Buna karşılık ergen ebeveynliğin uzun vadeli sonuçlarını inceleyen bir çalışmada ise, genç ve genç olmayan babaların arasında hiçbir eğitimsel farklılık bulunmamıştır (21). Sonuç olarak lise veya dengi bir eğitim

almayan gençlerin, kaliteli istihdamda yer almakta daha fazla zorluk çekeceği ve daha düşük kazanç potansiyeline sahip olacağı öngörülmektedir (25).

Erkeklerin davranış ve sorumluluklarına ilişkin normlar, yüzyıllar boyunca dünyadaki birçok toplumda büyük ölçüde aynı kalmış; babalık rolü, bir yandan “ebeveyn”, diğer yandan “ailenin reisi” ve çoğu zaman evin geçimini sağlamak olarak tanımlanmıştır (24). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde adölesan babaların yetişkin babalara göre önemli ölçüde sosyoekonomik statüsü düşük ailelerden geldikleri, yetişkin babalarla kıyaslandığında kendilerinin de sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir (7, 9, 15, 16).

Mollborn ve Lovegrove (2011)’ın yaptığı araştırmada yetişkin babaların yıllık gelirlerinin, adölesan babalarından yaklaşık iki buçuk kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (16). Fletcher ve Wolfe (2011)’un, adölesan babaların babalık algılarını ve deneyimlerini araştırdıkları nitel bir çalışmada katılımcılardan birinin, ‘bence insanlar babaların iyi olmasını ve her şeye sahip olmasını bekliyor. Fakat bir çocuğun yüksek miktarda para kazanmasını bekleyemezsiniz, onlar hala birer çocuk ve mücadeleye devam ediyorlar’ şeklinde babalık algısını ifade ettiği bildirilmiştir (19). Katılımcı ayrıca bir annenin ABD’ de bir destek kurumundan yardım alıp çocuğuna ihtiyacı olan şeyleri alabildiğini, fakat babanın çok fazla geliri olmadığından daha az alabildiğini ifade etmiştir (19). Yine ergen babalığın belirleyicilerini araştıran sistematik derlemede, adölesan babaların çoğunun en yoksul gelir diliminde olduğu vurgulanmıştır (7).

Bu bulgulara karşılık Fletcher ve Wolfe (2011)’un yaptığı araştırmada adölesan babaların yirmili yaşların başında daha fazla iş imkanı olduğu bulunmuştur (20). Assini-Meytin ve Green (2015)’in ergen ebeveynliğin otuzlu ve kırklı yaşlardaki etkilerini araştırdığı çalışmada ise istihdam bakımından bir farklılık bulunmamıştır fakat ergen babaların yetişkin babalara göre işsiz olma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada genç ebeveynlerin yetişkin ebeveynlere göre eğitim ve ekonomik açıdan geri kalmasının, ergen ebeveynliğin dezavantajlarının orta yaş döneminde de etkisini hala sürdürdüğü ifade edilmiştir (21). Çalışmak ve para kazanmak, geleneksel olarak özellikle babalar için erkek

kimliğinin önemli bir yönüdür (22). Birçok baba, çocuğuna maddi destek sağlamak için hem kendi içinde hem de başkalarının yaklaşımında baskı hissedebilir (10). Biello ve ark. (2010)’nın yaptığı niteliksel bir çalışmada katılımcılardan birinin babalığı ‘Erkeklerin ailenin geçimini sağlamaktan sorumlu olduğunu düşünüyorum, çünkü evin kaynak sağlayıcısı benim’ şeklinde ifade ettiği, evde çocuk bakımını ve ev işlerini annenin sürdürdüğü belirtilmiştir (13).

Adölesan babalarla yapılan başka bir nitel çalışmada ise şefkat ve duygusal katılımı da içeren bu erkeksi kimliğin meşrulaşması için katılımcılar babaları “sağlayıcı” olarak tanımlamışlar ve istisnasız baba kimliğinin getirdiği yaşamsal değişiklik olarak maddi boyutlardan bahsetmişlerdir. Bu çalışmada ortaya çıkan bu “sağlayıcı” söyleminin adölesan babaların muazzam bir baskı hissetmesine neden olurken, finansal ve istihdam önceliklerini önemli ölçüde değiştirdiği bulunmuştur. Katılımcıların çoğu harcamalarının nasıl değiştiğini ve çoğu zaman kendilerine hiç para ayıramadıklarını ifade etmiştir. Son olarak çalışmada bu eril “sağlayıcı baba” söylemini çoğunlukla yoksul topluluklardan gelen katılımcıların kullandığı gözlemlenmiştir (22). Daha az eğitilmiş bir nüfus ve vasıfsız işgücü ekonomiyi olumsuz etkiler ve kaynaklar sürekli olarak tükendiği için toplulukların agresif yoksulluk ve suç döngülerini kırmalarını zorlaştırır (25).

Adölesan dönemin gelişimsel özelliklerinden biri aileye bağımlılık ve katılım azalırken, akran grubuna katılımın artmasıdır (1). Ebeveynliğin başlaması ile akran katılımın azaltılması, hatta durdurulması gerekliliği, ebeveyn sorumluluğunun kabul edilmesinin önündeki engel olabilmektedir. Ayrıca adölesan babalık, ergenin aile bağlarını kesmeye hazır olduğu zamandan önce erken özgürleşmeyle sonuçlanabilir. Duygusal olarak bu süreçte kendi ebeveynlerine bağımlı olduğundan, babalığın sorumluluklarını kabul etmeye hazırlıklı olmayabilir (9, 10, 25). Tüm bunlarla birlikte ergen ebeveynlikte görevlerle ilgili zorluklar genellikle o yaş grubunun başa çıkma kapasitesinin ötesindedir ve gençler için krizlere neden olabilir. Bu krizler adölesan babada daha yüksek düzeyde depresif belirtilere yol açabilir (10). Adölesan ebeveynlerin yetişkin ebeveynlere kıyasla yaşam deneyiminin daha az ve baş etme

becerilerinin yetersiz olabilmesi nedeniyle bebeğe bakarken ortaya çıkan sinirlilik ve hayal kırıklığıyla baş etmekte zorlanabilirler. Depresif belirtiler veya diğer kaynaklardan gelen kalıcı stres, bu öfke ve kırgınlık duygularını artırabilir (25).

Adölesan ebeveynlerin ebeveyn olmayan gençlere göre genellikle daha düşük zihinsel sağlık puanlarına sahip olduğu bulunmuştur (14). Lee ve ark. (2012) yaptığı bir çalışmada 18-20 yaşları arasında baba olanların, yetişkin babalara göre, babalığının üçüncü yılında depresyona girme olasılığının neredeyse iki kat daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca, çalışmada düşük sosyal destek bildiren ve düzenli maaşla çalışmayan babaların daha yüksek depresif belirtilere sahip olduğu belirtilmiştir (10).

İlk kez baba olan bireylerle yapılan başka bir çalışmada, adölesan babaların yetişkin babalara kıyasla çocuk yetiştirmede daha yetersiz oldukları, daha az olumlu davranış gösterdikleri, çocuklarıyla geliştirdikleri bağların daha zayıf olduğu ve çocuklarının bakımına daha az katıldıkları belirtilmiştir (24). Mollborn ve Lovegrove (2011)'un çalışması ergen babaların yetişkin babalardan daha düşük ebeveynlik memnuniyeti bildirdiğini, yetişkin babaların bebeklerinin annesiyle evli olma ya da birlikte yaşama olasılığının ergen babalara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğunu bulmuştur (16).

Öte yandan ergen ebeveynliğin ruh sağlığına etkisini araştıran bir çalışmada katılımcıların bebek doğduğunda, 2., 4. ve 6. yılda zihinsel sağlık puanları ölçülmüştür. Erkekler arasında genç babaların ilk yılında ve ikinci yılda zihinsel sağlık puanları ebeveyn olmayan ergenlerden daha düşük çıkmış, zamanla, ergen babaların ruh sağlığı puanları iyileşirken, ebeveyn olmayan genç erkeklerin puanlarının nispeten sabit kaldığı görülmüştür. Bu da ergen ebeveynliğin ruh sağlığı üzerinde zararlı bir etkisi olmayabileceğini düşündürmüştür (14).

Baba olmak, erkeklerin sadece kendileri için değil, başkaları için de daha sorumlu olmalarını beraberinde getirir. Ayrıca baba olmak, bir olgunlaşma süreci olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik olgunluk, bağımsızlık, kendini kabul etme, üretkenlik ve istikrarlı bir kimlik duygusu olarak tanımlanmaktadır (10, 13). Literatürdeki bazı çalışmalar ergen ebeveynliğin olumlu

yönlerinin de olduğunu, çoğu genç babanın yaşam tarzını ve davranışlarını değiştirdiği belirtmektedir (13, 22, 23, 28).

Taylandlı adölesan ebeveynlerle yapılan nitel bir çalışmada katılımcılardan biri sabaha kadar dışarıda olup gece hayatına, dışarıda yemek yemeye, çok para harcamaya alışkın olduğunu ve baba olduktan sonra bunları değiştirmeye odaklandığını ifade etmiştir (13). Enderstein ve Boonzaier (2015), erken babalığın, özen, saygı ve aktif katılımı ayrıcalıklı kılan ilerici erkeksi kimliklerin gelişimi için olası bir alan olduğunu iddia etmektedir (28). Afrikalı genç babaların, babalık yoluyla erkekliği yeniden tanımlamasını araştırdıkları nitel çalışmalarında katılımcıların çoğu baba olduktan sonra odaklarını birden fazla partnere sahip olmaktan, madde bağımlılığından ve para harcamaktan çocuklarının sorumluluğunu almaya kaydırarak babalık yoluyla erkekliklerini nasıl yeniden tanımladıklarını ifade etmişlerdir (22).

Yapılan bir başka niteliksel çalışmada ise katılımcılardan biri, çocuk sahibi olmanın insanı sokaktan ve beladan uzak tutabileceğini ifade etmiştir. Çalışmada ebeveyn olan gençler, genellikle iyi baba olmayı (veya olmaya devam etmeyi) umduklarını, babalığın hayatta kendileri için büyük bir amaç sağlayabileceğini, bununla gurur duyabilecekleri bir şey olduğunu belirtmişlerdir (23).

Adölesan Babalığın Çocuklar Üzerindeki Etkileri

Babalar, çocuklarının gelişiminde, sağlıklı aile ilişkilerinde, sağlıklı toplumda önemli rol oynarlar (8). Bebeklik döneminde, ergen baba katılımının seviyesi ve doğasındaki farklılıklar göz önüne alındığında, babanın bebeğinin gelişimini çeşitli şekillerde etkilemesi muhtemeldir. Literatürde ergen babalığın çocuğun sağlığı üzerine çoğunlukla olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir (7, 9). Araştırmalar baba yaşının doğum sonuçlarını etkilediğini belirtmektedir (7, 16, 26, 27). İleri baba yaşının ölü doğum riski, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum oranını artırdığı ve yirmi dört yaş altı genç babaların bebeklerinin de aynı olumsuz sonuçları yaşama olasılığının daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (26). Bir çalışmada 20-29 yaş aralığındaki babaların bebekleri ile 20 yaş altı adölesan babaların bebekleri kıyaslandığında, yirmi yaş

altındaki genç babaların bebeklerinin erken doğum, düşük doğum ağırlığı, gebelik yaşına göre küçük olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada adölesan babaların bebeklerinin yenidoğan sağlığının bir öncüsü olan apgar skorlamasında daha düşük puana sahip olduğu, neonatal ve postneonatal mortalite oranlarının daha yüksek olduğu da gözlenmiştir (27). Yapılan bir araştırmada, emzirme konusunda bilgi ve deneyime sahip erkeklerin daha fazla duygusal destek ve ev işlerinde yardımcı olduğunu göstermiştir (28). Doğum sonrası dönemde genç babaların çocuklarının, yetişkin babaların çocuklarına göre iki yaşında daha düşük bilişsel gelişimde olduğu bulunmuştur (16).

Kanıt temelli çalışmalar, ergen babaların çocuklarının gelişim ve ruh sağlığı açısından risk altında olduğunu göstermektedir (9, 10, 14, 29). Krishnaswamy ve ark. (2009), ergenlik çağındaki babaların fiziksel, çevresel ve psikososyal faktörlerinin çocuklarında sık görülen ruhsal bozuklukları artırabileceğini iddia etmektedir (30). Bir çalışmada, yetişkin babaların çocuklarına kıyasla genç babaların çocuklarında psikiyatrik bozukluk görülme riskini %28 arttırdığı, bununla birlikte davranışsal, duygusal bozukluk, alkol ve madde kullanımı açısından risk altında oldukları bulunmuştur (29). Krishnaswamy ve ark. (2009)'un yaptığı çalışma sonucuna benzer olarak Finlandiya'da ülke çapında yapılan bir araştırmada, yirmi yaşından küçük babaların 25-29 yaşındaki babalara göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuğa sahibi olma olasılığının 1,5 kat fazla olduğu belirtilmiştir (31). Yapılan başka bir çalışmada ergen babaların çocuklarının çeşitli anksiyete bozukluğu, depresyon fobik ve panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk gibi yaygın ruhsal bozukluklar açısından daha yüksek risk altında olduğu ifade edilmiştir (30).

Değerlendirme ve Sonuç

Tüm bu riskler ve etkiler göz önüne alındığında adölesanlarda sağlık, ekonomik, sosyal ve diğer sorunlarının nasıl önleneceğini belirlemek kritik öneme sahiptir. Bu kapsamda adölesan babalık yaşayan gençlerin özelliklerine odaklanarak risk faktörlerini /belirleyicilerini tanımlamak daha etkili önleme yolları ve destek (bilgi, duygusal ve maddi destek) noktaları yelpazesine genel bir bakış sunması açısından kıymetlidir. Dolayısıyla adölesan

uygun tıbbi ve psikososyal bakıma erişimde kısıtlamalarla karşı karşıya kalma olasılıklarının daha yüksek olduğu gerçeği göz önüne alındığında, sağlık izlemlerinin sürdürülmesi, sağlıklı bir yaşam için becerilerin teşvik edilmesi, kendilerinin, eşlerin ve çocuklarının riskler açısından değerlendirilmesi ve müdahalelerle sorunların önlenmesi önemli bir ihtiyaçtır.

Kontraseptif yöntemler, bebek bakımı, ebeveyn yeteneklerini geliştirme, ebeveyn öz yeterliliği, stres ve sorunlarla başetme, psikosağlamlık, sosyal destek konularında adölesan babaya eğitim verilerek rehberlik edilmelidir. Bununla birlikte kaliteli bir eğitim, iyi bir iş, zihinsel ve duygusal istikrar, güvenli bir ev gibi yaygın olarak kabul edilen ebeveynlik önkoşullarını kontrol etme yeteneğine sahip olmak, bu zorluğunu üstesinden gelmeyi kolaylaştırabilir. Gençlerin okulu bırakmalarını ve riskli davranışlarda bulunmalarını önlemek için akran, aile ve okul temelli bilgilendirici ve destekleyici programların oluşturulması, yasal hakların tanınması çocuk ve adölesan babanın sağlığı için yararlı olacaktır. Babanın çocuğuna iyi bir rol model olması ve çocuğu ile güveni bir iletişim kurması hem kendisinin hem de çocuğun sağlıklı gelişimine katkı sağlar. Bu doğrultuda adölesan babalığın önlenmesine ilişkin primordial ve primer korunma basamaklarının geliştirilmesine gereksinim vardır. Adölesan ile çalışan sağlık profesyonelleri kanıta dayalı çalışmaları değerlendirmeli, sağlıklı davranışlar ve yaşam konusunda adölesanları bilgilendirmeli ve toplumda bu konuda duyarlılığı artırmalıdır.

İletişim: Arş. Gör. Seda Tecik
E-Posta: sedatecik@sakarya.edu.tr

Kaynaklar

1. Menekşe D. Adölesan Sağlığının İzlenmesinde Aile ve Okulun Rolü. In: Çınar N, Cabar HD, editors. Adölesan Sağlığını Koruma ve Geliştirme. İstanbul: Akademisyen Kitapevi; 2021. p.69-85.
2. World Health Organization (WHO). Erişim Tarihi: 27.10.2021, Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1.
3. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 Erişim Tarihi: 27.10.2021, Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf.
4. Amoo EO, Igbinoba A, Imhonopi D, Banjo OO, Ajaero CK, Akinyemi JO, et al. Trends, Determinants and Health Risks of Adolescent Fatherhood in Sub-Saharan Africa. Ethiop J Health

- Sci 2018;28(4):433-42.
5. Martinez G, Danielsa K, Chandra A. Fertility of Men and Women Aged 15–44 Years in the United States: National Survey of Family Growth, 2006–2010. *Natl Health Stat Report* 2012;51:1-28.
 6. Çınar N, Alvur TM, Menekşe D, Güler DS. Adolesan Annelerin İlk Emzirme Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2019;6(2):329-341.
 7. Jeong J. Determinants and Consequences of Adolescent Fatherhood: A Longitudinal Study in Ethiopia, India, Peru, and Vietnam. *Journal of Adolescent Health* 2021;68:906-13.
 8. Mercan Z, Tezel Şahin F. Babalık Rolü ve Farklı Kültürlerde Babalık Rolü Algısı. *Uluslararası Erken Çocukluk Eğitimi Çalışmaları Dergisi* 2017;2(2):1-10.
 9. Lee Y, Fagan J, Chen W-Y. Do Late Adolescent Fathers Have More Depressive Symptom Than Older Fathers? *J Youth Adolesc* 2012;41:1366-81.
 10. Bamishigbin ONJ, Dunkel Schetter C, Stanton AL. The antecedents and consequences of adolescent fatherhood: A systematic review. *Social Science & Medicine* 2019;232:106-19.
 11. Mniszak C, O'Brien HL, Greyson D, Chabot C, Shoveller J. "Nothing's available": Young fathers' experiences with unmet information needs and barriers to resolving them. *Information Processing and Management* 2020;57:1-14.
 12. Sriyasa A, Almqvist A-L, Sridawruang C, Neamsakul W, Häggström-Nordin E. Struggling with motherhood and coping with fatherhood – A grounded theory study among Thai teenagers. *Midwifery* 2016;42:1-9.
 13. Biello KB, Sipsma HL, Kershaw T. Effect of Teenage Parenthood on Mental Health Trajectories: Does Sex Matter? *Am J Epidemiol* 2010;172:279–87.
 14. Sipsma H, Biello KB, Cole-Lewis H, Trace Kershaw P. Like Father, Like Son: The Intergenerational Cycle of Adolescent Fatherhood. *Am J Public Health* 2010;100(3):517-24.
 15. Mollborn S, Lovegrove PJ. How Teenage Fathers Matter for Children: Evidence From the ECLS-B. *Journal of Family Issues* 2011;32(1):3-30.
 16. Kessler RC, Berglund PA, Foster CL, Saunders WB, Stang PE, Walters EE. Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. *Am J Psychiatry* 1997;154:1405-11.
 17. Stouthamer-Loeber M, Wei EH. The precursors of young fatherhood and its effect on delinquency of teenage males. *J Adolesc Health* 1998 Jan;22(1):56-65.
 18. Pamela Recto, Lesser J. Adolescent Fathers' Perceptions and Experiences of Fatherhood: A Qualitative Exploration with Hispanic Adolescent Fathers. *J Pediatr Nurs* 2021;58:83-7.
 19. Fletcher JM, Wolfe BL. The Effects of Teenage Fatherhood on Young Adult Outcomes. *Econ Inq* 2011;50(1):182–201.
 20. Assini-Meytin LC, Green KM. Long-term consequences of adolescent parenthood among African American urban youth: A propensity matching approach. *J Adolesc Health* 2015;56(5):529–35.
 21. Enderstein AM, Boonzaier F. Narratives of young South African fathers: redefining masculinity through fatherhood. *Journal of Gender Studies* 2015;24(5):512–27.
 22. Daugherty J. How Young Men at High Risk of Fathering an Unintended Birth Talk About Their Procreative Identities. *Journal of Family Issues* 2014;37(13):1817–42.
 23. Sriyasa A, Almqvist A-L, Sridawruang C, Häggström-Nordin E. Father role: A comparison between teenage and adult first-time fathers in Thailand. *Nurs Health Sci* 2015;17(377–386).
 24. The Urban Child Institute. How Adolescent Parenting Affects Children, Families, and Communities 2014. Erişim Tarihi: 20.10.2021, Erişim Adresi: <http://www.urbanchildinstitute.org/articles/editorials/how-adolescent-parenting-affects-children-families-and-communities>.
 25. Alio AP, Salihu HM, McIntosh C, August EM, Weldelesasse H, Sanchez E, et al. The Effect of Paternal Age on Fetal Birth Outcomes. *Am J Mens Health* 2012;6(5).
 26. Chen X-K, Wen SW, Krewski D, Fleming N, Yang Q, Walker MC. Paternal age and adverse birth outcomes: teenager or 40+, who is at risk? *Hum Reprod* 2008;23(6):1290–6.
 27. Torres de Lacerda AC, Lucena de Vasconcelos MG, Nascimento de Alencar E, Osório MM, Pontes CM. Adolescent fathers: knowledge of and involvement in the breast feeding process in Brazil. *Midwifery* 2014;30:338-44.
 28. McGrath JJ, Petersen L, Agerbo E, Mors O, Mortensen PB, Pedersen CB. A Comprehensive Assessment of Parental Age and Psychiatric Disorders. *JAMA Psychiatry* 2014;71(3).
 29. Krishnaswamy S, Subramaniam K, Indran H, Ramachandran P, Indran T, Indran R, et al. Paternal age and common mental disorders. *World J Biol Psychiatry* 2009;10(4).
 30. Chudal R, Joelsson P, Gyllenberg D, Lehti V, Leivonen S, Hinkka-Yli-Salomäki S, et al. Parental age and the risk of attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide, population-based cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(6):487-94.



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 dergi olup STED, 2012 yılı başında 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:

1. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşsel destek verenlere teşekkür edilen ç.bölümdür.

2. 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.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary 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>

3. 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. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, §.

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

4. Şekiller ve Fotoğraflar: Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış

şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

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

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

8. Sözcük sayısı: Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

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 değerlendirilmeye alınmayacaktır.