

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/342561301>

# ölüm kaygısı

Article · January 2018

CITATIONS

0

READS

219

2 authors, including:



[Yağmur Akbal](#)

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi

6 PUBLICATIONS 3 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

E-ISSN 2148-5348  
ISSN 1300-0853

# sted

'Bilimsel  
ve Dostça'

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

MAYIS | MAY  
HAZİRAN | JUNE  
2018 | 2018  
CİLT 27 | VOLUME 27  
SAYI 3 | ISSUE 3

# 3





## Merhaba,

Burcu Genç Köse ve arkadaşlarının "**Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerin Ölüm Kaygısı Düzeyleri**" isimli çalışmalarında öğrencilerin ölüme ilişkin yüksek kaygılarının olduğu, ölüme ilgili yaşanmış deneyimi olan ve yaşı artan öğrencilerde bu kaygının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Özlem Karabulutlu ve Derya Yılmaz'ın "**Üniversite Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Cinsel Mitler**" isimli çalışmalarında öğrencilerin yüksek oranlarda cinsel mitlere sahip oldukları, erkek öğrencilerin kendilerinin de yaşayarak deneyimlediği cinsellikle ilgili toplumsal tabuların farkında oldukları, düşünceleri ile toplumsal normların dışına çıkamadıkları belirtilmiştir.

Aynur Kızıllırmak ve Semra Kocaöz'ün "**Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler**" isimli çalışmalarında pap smear testi hakkında bilgisi olan, bu testi ve jinekolojik muayeneyi yaptıran üniversitede çalışan kadınlar arasında pap smear testini yaptırmayı engelleyen algıların azaldığı saptanmıştır.

Cansu Köse ve arkadaşlarının "**Bir Tıp Fakültesi İntörnlerinin Mesleki Temel Bazı Bilgi ve Becerileri Hakkındaki Öz Değerlendirmeleri**" isimli çalışmalarında intörn hekimlerinin özdeğerlendirmelerine göre Ulusal ÇEP'te yer alan bazı temel mesleki beceriler ile hastalıklar / klinik durumlar ve semptomların yönetimi açısından hedeflenen bilgi ve beceri düzeyine ulaşamadığı görülmüştür.



Fotoğraf: "**Sakinlik**" Serdar Başboğa  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

Vesile Ünay ve Ayten Taşdemir'in "**Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler**" isimli çalışmalarında sağlık çalışanlarının sezaryen doğum tercihleri yüksek bulunmuş olup prenatal dönemde gebelere koruyucu sağlık bakımı veren, doğumları yaptıran kadın sağlık çalışanlarının kendi doğum tercihlerinin bilinmesi ulusal sağlık hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olabileceği yazarlar tarafından dikkate sunulmaktadır.

Fatma Tanrıku ve arkadaşlarının "**Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Eğitiminde Kullanılan Yansıtıcı Düşünme Tekniğine Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi**" isimli çalışmalarında yansıtıcı düşünme tekniğinin klinik eğitiminde kullanılması; öğrencilerin kendi deneyimleri ve arkadaşlarının deneyimlerinden öğrenmesine, eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin artmasına ve hemşirelik öğrencilerinin karşılaştığı durumları etik açıdan değerlendirmelerine olumlu katkı sağladığı saptanmıştır.

Seher Yücel ve arkadaşlarının "**A Grubu Beta Hemolitik Streptokokların 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarında Tanısı ve Gereksiz Antibiyotik Kullanımı**" isimli çalışmalarında hızlı tanı testlerinin viral bakteriyel ayırımında kararsız kalınan durumlarda hem çoğu hastada AGBHS tanısını sağlayacak hem de gereksiz antibiyotik kullanımını önleyeceğini ileri sürülmektedir.

Aylin Güçlü ve arkadaşlarının "**Bariatrik Cerrahi ve Perioperatif Hemşirelik Bakımı**" isimli çalışmalarında bariatrik cerrahi ve bariatrik cerrahideki perioperatif hemşirelik bakımını sunmaktalar.

İrem Hicran ve Hülya Eyigör "**Lokalle Laringeal Amiloidoz: Nadir Bir Olgu Sunumu**" isimli çalışmalarında kliniğe ses kısıklığı şikayeti ile başvuran ve yapılan direkt laringoskopi ve biyopsi sonucu amiloidoz olarak rapor edilen 66 yaşındaki kadın hasta klinik, radyolojik ve histopatolojik bulguları ile sunulmuştur.

Deniz Dülgeroğlu Erdoğan "**10 Ekim Ankara Bombalı Saldırısı Yaralılarının Durumu**" çalışmasında, 10 Ekim 2015 tarihinde Ankara'da yaşanan bombalı saldırısı sonucunda hayatını kaybedenler ve yaralılar hakkında bilgilerin derlenmesini ve verilerin ortaya konulmasını amaçlamıştır.

**Bilimsel ve dostça kalın.**



### Kurucu Yayın Yönetmenleri / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

### Yayın Yönetmenleri / Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

### Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

### Bilimsel Danışma Kurulu / Advisory Board

#### Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

#### Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

#### Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

#### Beslenme ve Diyetetik /

#### Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Dr. Hülya Yardımcı

#### Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

#### Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Zelal Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

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

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

#### Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

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

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

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

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

#### Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

#### Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

#### Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

#### İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

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

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

#### Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

#### Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

#### Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

#### Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

#### Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

#### Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Arif Onan

#### Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

#### Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

### Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

### Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

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

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

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

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

#### Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

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

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.  
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Mesa Plaza No:  
5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara  
Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil No:  
131/133

Baskı Tarihi: Temmuz 2018

### Araştırma / Research

- Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerin Ölüm Kaygısı Düzeyleri 149  
*Death Anxiety Levels among the Students of Vocational School of Health Services*  
Burcu Genç Köse, Mehtap Metin Karaaslan, Yağmur Akbal
- Üniversite Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Cinsel Mitler 155  
*Sexual Myths Among University Students by Gender*  
Dr. Özlem Karabulutlu, Derya Yılmaz
- Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler 165  
*The Factors Influencing Health Beliefs About Cervical Cancer and Pap Smear Test Among The Women At A University*  
Dr. Aynur Kızılırmak, Dr. Semra Kocaöz
- Bir Tıp Fakültesi İntörnlülerinin Mesleki Temel Bazı Bilgi ve Becerileri Hakkındaki Öz Değerlendirmeleri 176  
*The Self-Assessments by the Interns Studying at a Medical School on Certain Basic Professional Knowledge and Skills*  
İnt. Cansu Köse, İnt. Yunus Güneğül, İnt. Ceren Erdem, İnt. Gökçe Uyurca, İnt. Beste Ekin Sandalcı, İnt. Anıl Alp, İnt. Mustafa Konakçı, İnt. Murat Serhat Kılıçcıoğlu, İnt. Gizem Nur Onay, İnt. Mennan Yiğitcan Çelik, İnt. Zeynep Ay, İnt. Oğuzhan Can, İnt. Hüseyin Furkan Ayhan, Dr. Eray Öntaş, Dr. Merve Parlak, Dr. Didem Daymaz, Dr. Baki Can Metin, Dr. Banu Çakır
- Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler 190  
*The Preferences for Mode of Delivery and Associated Factors among Health Professionals*  
Vesile Ünay, Dr. Ayten Taşpınar
- Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Eğitiminde Kullanılan Yansıtıcı Düşünme Tekniğine Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi 197  
*An Investigation into the Opinions of Nursing Students on Reflective Thinking Technique Used in Their Clinical Education*  
Dr. Fatma Tanrıku, Funda Erol, Nasibe Yağmur Filiz, Handenur Gündoğdu, Yurdanur Dikmen
- A Grubu Beta Hemolitik Streptokokların 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarında Tanısı ve Gereksiz Antibiyotik Kullanımı 205  
*Diagnosis of Group A Beta Haemolytic Streptococci at Primary Healthcare Institutions and Unnecessary Use of Antibiotics*  
Ebe Seher Yücel, Dr. Sümeyye Akyüz, Dr. Mehmet Parlak, Dr. Hüseyin Güdücüoğlu

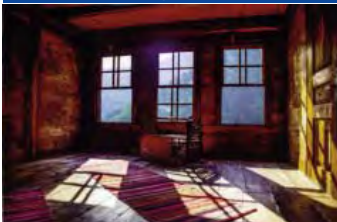
### Derleme / Review Article

- Bariatric Cerrahi ve Perioperatif Hemşirelik Bakımı 209  
*Bariatric Surgery and Perioperative Nursing Care*  
Aylin Güçlü, Pınar Tunç Tuna, Dr. Şerife Kurşun

### Olgu Sunumu / Case Report

- Lokalize Laringeal Amiloidoz: Nadir Bir Olgu Sunumu 217  
*Localized Laryngeal Amyloidosis: A Rare Case Report*  
Dr. Levent Renda, Dr. Gökhan Yılmaz, Dr. Ömer Tarık Selçuk, Dr. İrem Hicran Özbudak, Dr. Hülya Eyigör
- 10 Ekim Ankara Bombalı Saldırısı Yaralılarının Durumu \*  
*The Status of the Victims Injured in Ankara Bomb Attack on 10th October*  
Dr. Deniz Dülgeroğlu Erdoğan

### Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



**Fotoğraf Dr. Kemal Göl:** Fotoğrafçılıkla, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimim sırasında 1983 yılında ilgilenmeye başladım. Çoğunlukla doğa ve insan fotoğrafı çekiyorum. Cennet Anadolu'nun her köşesini fırsat buldukça adım adım yürüyerek gezmeye, sahip olduğumuz kadim kültüre ait eserleri belgelemeye çalışıyorum. Fotoğraf çekerken, insanların gözünde her ne durumda olursa olsun bir yerlerde "umudun" var olduğunu göstermeye çalışıyorum kendimce. İlk kişisel fotoğraf sergimi 2013 yılında açtım. Çeşitli yarışmalarda aldığım ödüller ve sergilenen fotoğraflarım var. Benim için son derece değerli olan, TTB STED tarafından ödülle layık görülen "Barışa Özlem" isimli bu fotoğrafımı da Gezi olayları sırasında çekmiştim. Halen Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olarak serbest hekimlik yapmaktayım.

Burcu Genç Köse<sup>1</sup>, Mehtap Metin Karaaslan<sup>1</sup>, Yağmur Akbal<sup>1</sup>

Geliş/Received : 12.05.2017  
Kabul/Accepted : 17.12.2017

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmada Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda (SHMYO) okuyan öğrencilerin ölüm kaygı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma 2014-2015 eğitim-öğretim yılında sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda okuyan öğrencilerin ölüm kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Evrenden örneklem seçimine gidilmemiştir. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu ve Thorson ve Powell ölüm kaygısı ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler dağılımlar, ortalama, Kruskal Wallis varyans analizi, Mann Whitney U testi, One- Way ANOVA ve t testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin 'ölmek üzere olduğunuzu bilseydiniz ne hisseder, ne yapmak isterdiniz' sorusuna verdiği cevaplara bakıldığında; %51.0'ı ailem ve sevdiğilerimle vakit geçirirdim, %32.1'i manevi olarak vakit geçirirdim, %11.1'i içime kapanırdım, %5.8'i eski günlerimi anımsardım cevabını vermiştir. Cinsiyet ile ölüm kaygısı ölçeği (ÖKÖ) karşılaştırıldığında, erkeklerin ÖKÖ puan ortalaması (55.43±14.58) kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p<0.05). Öğrencilerin okudukları bölümlere bakıldığında, ÖKÖ puan ortalaması (52.27±15.77) en yüksek bölüm yaşlı bakımı bölümüdür ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p<0.05).

**Sonuç:** Çalışmamızda, öğrencilerin ölüme ilişkin yüksek kaygılarının olduğu, ölüme ilgili yaşanmış deneyimi olan ve yaşı artan öğrencilerde bu kaygının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Ölüm, Öğrenci, Kaygı

## Abstract

**Aim:** In this study, it was aimed to determine death anxiety levels among the students studying at a Vocational School of Health Services.

**Materials and Methods:** This study was conducted descriptively with the aim of determining death anxiety levels among the students of a vocational school of health services in 2014-2015 academic year. A sampling from the target population was not carried out. The personal information form and Thorson and Powell Death Anxiety Scale were used to collect data. In the analysis of the data, percentage distributions, mean, Kruskal Wallis variance analysis, Mann-Whitney U test, One Way ANOVA and t-test were used.

**Findings:** When the answers that students have given to the question "if you knew you were about to die, what would you feel and what would you like to do?" were examined, it was seen that 51.0% of the students stated that they would spend time with their family and loved ones, 32.1% said that they would spend time spiritually, 11.1% expressed that they would become introverted, and 5.8% stated that they would recall their old days. When the gender and death anxiety scale (DAS) scores were compared, it was found that the mean score of males (55.43 ± 14.58) is significantly higher than that of females (p<0.05). When the departments were considered, it was seen that the highest mean score (52.27±15.77) on DAS belongs to the department of elderly care and the difference among the groups is significant (p<0.05).

**Conclusion:** In the study, it was determined that the students have a lot of anxiety about death and those who have lived experience related to death and who are older have a higher level of anxiety.

**Key words:** Death, Student, Anxiety

<sup>1</sup> Öğr. Gör.; Recep Tayyip Erdoğan Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Rize

## Giriş

Yaşam insan tarafından algılanan gerçeklik ve bu gerçeklikte varoluşudur. İnsan zihinsel süreciyle gerçeği sürekli olarak algılamaya çalışır ve bunu da varlığını sürdürme ihtiyacından yapar. Bu durumda, insan eylemlerini "varlığını sürdürmek" için yapar. Bu yüzden de insanın zihninin "yok oluşu" kabullenmesi zordur. (1). Ölüm ve yaşam farklı süreçler gibi görünse de bazı görüşlere göre ölüm yaşamın amacı olarak tanımlanmaktadır (2).

Ölüm biyolojik olarak yaşam fonksiyonlarının sona ermesi olarak tanımlanırken, psikolojik olarak zihinsel sürecin yerine getirilememesi, sosyal olarak ise kişinin bilincinin yerinde olduğu halde teknolojik yardım ile fizyolojik işlevlerini yerine getirebilmesi ama sosyal işlevlerini yerine getirememesi olarak tanımlanmaktadır (3). Deneyim değil, umut dolu bekleme denilerek ölümün felsefi boyuttan tanımlanmıştır (4).

Ölümün anlamı her dönemde farklı biçimlerde algılanmaktadır. Çocuklar için ölüm, var olan birinin artık olmaması gibi basit anlama gelmekteyken, ergenler için ölüm, soyut kavramların gelişmesiyle daha karmaşık zihinsel etkinliği kullanarak ölüm kavramıyla farklı şekilde ilgilendirilir. Yetişkinlerde ise ölüm çok değişken yapıdadır (1,3).

Ölüm kaygısı, doğum süreci ile başlayan, yaşam boyu devam eden, kişiliğin oluşumunda önem arz eden, yaşamın son bulacağını farkındalığına paralel gelişen bir duygudur (2).

Ölüm başa çıkmak zorunda kaldığımız ve tüm yaşayan organizmaların deneyimlediği evrensel bir olgu ve kaçınılmaz bir sondur (3,5). Bilinmeyenden ve deneyimlenmemiş olana karşı duyulan bu korku her bireyi tedirgin eder (6). Ölüm ayrıca bir kayıptır ve kayba verilen tepkiler kişilere göre farklılık arz eder (7).

Ölüme karşı verilen bu tepkiler otomatik tepkiler değildir. Ölüme verilen anlam dünyaya bakış açısına göre şekillenmekte aynı zamanda yaşama verilen anlamda ölümün algılanışını direk etkilemektedir (8).

Kübler Ross ölüme ilişkin tepkileri beş aşamada tanımlamıştır. İnkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir (3,9).

Günümüzde ölümün genellikle hastanelerde olması, sağlıkla ilgili mesleklerde çalışan kişilere büyük sorumluluklar ve önemli roller getirmektedir (10,11).

Sağlık personelinin ölüm sürecinde bulunan hasta ve ailesine gerekli olan yardımı verebilmesi için öncelikle mezun olmadan önce kendi duygularını anlayıp kontrol etmesi gereklidir (12).

Sağlık bakım profesyonelleri de ölümcül hastaya bakım verirken hasta ile benzer şekilde kaygı, inkâr, öfke, depresyon ve çaresizlik yaşarlar. Hastanın bakımında yetersiz olmaktan korkarlar. Bu da beraberinde kendilerini başarısız görmelerine ve suçluluk yaşamalarına neden olabilir (3).

Ölümcül hastalara bakım hizmeti sunmak çok farklı stresörleri beraberinde getirmektedir. Bu yüzden sağlık bakım profesyonellerinin etkili başatma yöntemlerini kullanmaları bir gerekliliktir. Aksi durumda, ölüm ile kayıp yaşayan sağlık bakım profesyonelleri bir süre sonra tükenmektedirler. Bu nedenle, sağlık bakım profesyonelleri ilk önce kendi ölümlülükleri ile yüzleşebilmeli, ölüme karşı duygularını farketmeli ve bunu ifade edebilmelidirler (3,13).

## Gereç ve Yöntem

Evrenini 2014-2015 eğitim-öğretim yılı sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda okuyan 265 öğrencinin oluşturduğu araştırma, öğrencilerin ölüm kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Evrenden örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 243 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır. Verilerin toplanması için ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik araştırmalar etik kurulundan etik onay alınmıştır.

Verilerin toplanmasında literatür taraması sonucu oluşturulan kişisel bilgi formu ve Thorson ve Powell ölüm kaygısı ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel bilgi formu; cinsiyet, yaş, medeni durum, okuduğu bölüm, okuduğu yıl, mezun olduğu lise, şu anki çalışma durumu, şuan çalıştığı birim, daha önceki çalışma durumu, daha önce çalıştığı bölüm ve ölümle ilgili öğrencilerin his ve davranışları olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmuştur.

Thorson ve Powell ölüm kaygısı ölçeği Thorson ve Powell (1992) tarafından geliştirilen ve 25 maddeden oluşan "Ölüm Kaygısı Ölçeği" nin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Karaca (2001) tarafından yapılmıştır.

25 maddeden oluşan ölçeğin 17 maddesi olumlu, 8 madde ise olumsuz cümle yapısındadır.

Ölçek 'fikrime çok uygun; fikrime uygun;

| Tablo 1. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (s=243) |     |      |
|---|-----|------|
| Özellikler  | S   | %    |
| <b>Cinsiyet</b>   |     |      |
| Kadın   | 181 | 74.5 |
| Erkek   | 62  | 25.5 |
| <b>Yaş</b>  |     |      |
| 18-22   | 216 | 88.9 |
| 23-27   | 22  | 9.1  |
| 28-32   | 5   | 2.0  |
| <b>Medeni durum</b>   |     |      |
| Evli  | 5   | 2.1  |
| Bekar   | 238 | 97.9 |
| <b>Okuduğu bölüm</b>  |     |      |
| Yaşlı bakım   | 59  | 24.3 |
| İlk ve acil yardım  | 68  | 28.0 |
| Anestezi  | 65  | 26.7 |
| Tıbbi laboratuvar   | 51  | 21.0 |
| <b>Okuduğu yıl</b>  |     |      |
| 1   | 131 | 53.9 |
| 2   | 112 | 46.1 |
| <b>Mezun olduğu lise</b>  |     |      |
| Düz lise  | 61  | 25.1 |
| Sağlık meslek lisesi  | 182 | 74.9 |
| <b>Şuan ki çalışma durumu</b>   |     |      |
| Çalışıyor   | 34  | 14.0 |
| Çalışmıyor  | 209 | 86.0 |
| <b>Şuan çalıştığı birim</b>   |     |      |
| Yoğun bakım   | 11  | 4.5  |
| Klinik  | 13  | 5.3  |
| Acil  | 10  | 4.2  |
| Çalışmıyor  | 209 | 86.0 |
| <b>Daha önceki çalışma durumu</b>   |     |      |
| Çalışmış  | 53  | 21.8 |
| Çalışmamış  | 190 | 78.2 |
| <b>Daha önce çalıştığı bölüm</b>  |     |      |
| Yoğun bakım   | 22  | 9.1  |
| Klinik  | 21  | 8.6  |
| Acil  | 10  | 4.1  |
| Çalışmıyor  | 190 | 78.2 |

kararsızım; fikrime aykırı; fikrime çok aykırı' şeklinde 5 dereceli Likert derece yöntemiyle değerlendirilmekte ve 0 ile 4 arasında puan verilerek ölçek puanına ulaşılmaktadır. Ölçeğe olumsuz cümle yapısında yerleştirilen maddeler puanlanırken, 4 ağırlık değerinde olanlar 0'a, 0 ağırlık değerindekiler ise 4'e dönüştürülmüştür. ÖKÖ'den en düşük 0, en yüksek 100 puan alınabilmekte olup, puanların yüksek olması, kaygı düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Veriler SPSS 20 paket programında değerlendirildi.

Verilerin analizinde yüzdeler dağılımlar, ortalama, Kruskal Wallis varyans analizi, Mann Whitney U testi, Onr- Way ANOVA ve t testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Tablo 1'de görüldüğü gibi öğrencilerin %74.5'i kadın, %88.9'u 18-22 yaş aralığında, %97.9'u bekar olup %24.3'ü yaşlı bakımı, %28.0'ı ilk ve acil yardım %26.7'si anestezi, %21.0'ı tıbbi laboratuvar bölümünde okumaktadır. Araştırmaya katılanların %53.9'u birinci sınıf, %74.9'u sağlık lisesi mezunu ve %86.0'ı şuan çalışmamaktadır.

Tablo 2'de belirtildiği gibi cinsiyet ile ölüm kaygısı ölçeği karşılaştırıldığında, erkeklerin ÖKÖ puan ortalaması (55.43±14.58) kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır(p<0.05).

Medeni durumu evli (56.80±11.12), yaş aralığı 23-32 (51.70±15.56) olan öğrencilerin ÖKÖ puan ortalaması yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir(p>0.05).

Öğrencilerin okudukları bölümlere bakıldığında, ÖKÖ puan ortalaması (52.27±15.77) en yüksek bölüm yaşlı bakımı bölümüdür ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır(p<0.05).

Öğrencilerin okuduğu yıl (49.99±15.27), mezun olduğu lise (50.19±16.72), şuan ki çalışma durumu (51.20±14.66), şuan ki çalıştığı birim (52.60±15.86), daha önceki çalışma durumu (51.77±15.43) ve daha önceki çalıştığı birim (53.90±11.44) ÖKÖ puan ortalaması yüksek ancak gruplar arasındaki fark anlamsızdır (p>0.05).



| Tablo 2. Demografik özellikler ile ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması |                                |                       |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| Değişkenler   | Ölüm kaygısı ölçeği ortalaması |                       |
|   | X ± SS                         |                       |
| <b>Cinsiyet</b>   |                                |                       |
| Kadın   | 46.43±14.83                    | T=-4.141              |
| Erkek   | 55.43±14.58                    | P=0.000               |
| <b>Yaş</b>  |                                |                       |
| 18-22   | 48.36±15.21                    | Z=-1.223              |
| 23-32*  | 51.70±15.56                    | P=0.221               |
| <b>Medeni durum</b>   |                                |                       |
| Evli  | 56.80±11.12                    | Z=-1.315              |
| Bekar   | 48.56±15.30                    | P=0.188               |
| <b>Okuduğu bölüm</b>  |                                |                       |
| Yaşlı bakımı  | 52.27±15.77                    |                       |
| İlk ve acil yardım  | 45.39±14.61                    | F=2.883               |
| Anestezi  | 47.10±13.05                    | P=0.036               |
| Tıbbi laboratuvar   | 51.15±17.14                    |                       |
| <b>Okuduğu yıl</b>  |                                |                       |
| 1   | 49.99±15.27                    | T=1.395               |
| 2   | 47.25±15.16                    | P=0.164               |
| <b>Mezun olduğu lise</b>  |                                |                       |
| Düz lise  | 50.19±16.72                    | T=0.866               |
| Sağlık meslek lisesi  | 48.24±14.74                    | P=0.387               |
| <b>Şuan ki çalışma durumu</b>   |                                |                       |
| Çalışıyor   | 51.20±14.66                    | T=1.020               |
| Çalışmıyor  | 48.33±15.34                    | P=0.309               |
| <b>Şuan çalıştığı birim</b>   |                                |                       |
| Yoğun bakım   | 52.60±15.86                    |                       |
| Klinik  | 50.61±16.09                    | X <sup>2</sup> =0.854 |
| Acil  | 50.63±13.04                    | P=0.836               |
| Çalışmıyor  | 48.33±15.34                    |                       |
| <b>Daha önceki çalışma durumu</b>   |                                |                       |
| Çalışmış  | 51.77±15.43                    | T=1.647               |
| Çalışmamış  | 47.88±15.13                    | P=0.101               |
| <b>Daha önce çalıştığı bölüm</b>  |                                |                       |
| Yoğun bakım   | 53.00±17.07                    |                       |
| Klinik  | 49.47±15.65                    | X <sup>2</sup> =3.162 |
| Acil  | 53.90±11.44                    | P=0.367               |
| Çalışmıyor  | 47.88±15.13                    |                       |

\*23-27, 28-32 satırları birleştirilmiştir.

Öğrencilere 'ölmek üzere olduğunuzu bilseydiniz ne hisseder, ne yapmak isterdiniz' sorusu sorulmuştur ve alınan cevapların dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur

| Tablo 3. Öğrencilerin his ve davranışlarının dağılımı |     |      |
|---|-----|------|
| Hisler ve davranışlar                                 | S   | %    |
| Ailem ve sevdiğimle vakit geçirirdim                  | 124 | 51.0 |
| Manevi olarak vakit geçirirdim.                       | 78  | 32.1 |
| İçime kapanırdım.                                     | 27  | 11.1 |
| Eski günlerimi anımsardım.                            | 14  | 5.8  |

Tablo 3'te öğrencilerin verdiği cevaplara bakıldığında; %51.0'ı ailem ve sevdiğimle vakit geçirirdim, %32.1'i manevi olarak vakit geçirirdim, %11.1'i içime kapanırdım, %5.8'i eski günlerimi anımsardım cevabını vermiştir.

| Tablo 4. Öğrencilerin his ve davranışları ile ölüm kaygısı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması |                                     |                        |
|--|-------------------------------------|------------------------|
| Değişkenler  | Ölüm kaygısı puan ölçeği ortalaması |                        |
|  | X ± SS                              |                        |
| Hisler ve davranışlar  |                                     |                        |
| Ailem ve sevdiğimle vakit geçirirdim   | 46.38±17.07                         |                        |
| Manevi olarak vakit geçirirdim   | 53.88±13.84                         | X <sup>2</sup> =12.203 |
| İçime kapanırdım   | 46.88±17.80                         | P=0.007                |
| Eski günlerimi anımsardım  | 44.35±15.15                         |                        |

Hisler ve davranışlar ile ÖKÖ Puan Ortalamaları karşılaştırıldığında 'Manevi olarak vakit geçirirdim' cevabı yüksektir (53.88±13.84) ve gruplar arasında fark anlamlıdır (p<0.05).

### Tartışma

Bu araştırma Recep Tayyip Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinin ölüm kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Öğrencilerin %74.5'i kadın ve %88.9'u 18-22 yaş aralığındadır. Çalışmamızda cinsiyet değişkeni ile ölüm kaygısı ölçeği arasında anlamlı farklılık bulunurken, erkek öğrencilerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda kadınların ölüm kaygısının daha yüksek olduğu görülmüştür.(14,15,16). Bilge ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucu bizim çalışmamız ile aynıdır (17). Bizim çalışmamızda erkek cinsiyette ölüm kaygısının yüksek olması erkek öğrencilerin ölüm hakkında az bilgi, deneyim sahibi olduğunu düşündürülebilir. Yaş aralığı 23-32 olan öğrencilerin ölüm kaygısı

yüksek bulunmuştur. Özdemir ile Erdoğan ve Özkan'ın yaptığı çalışmalarda yaş arttıkça bireylerde ölüm kaygısının arttığı belirtilmiştir (18,8). Bizim çalışmamız yapılan çalışmaları desteklemektedir.

Medeni durum yönünden bakıldığında evli öğrencilerin ölüm kaygısı yüksek bulunmuştur. Erdoğan ve Özkan'ın yaptığı çalışmada evli olan bireylerin ölüm kaygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (8). Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde evli bireylerdeki ölüm kaygısının yüksek olması, evli bireylerin sorumluluklarının daha yüksek olmasını düşündürmektedir.

Öğrencilerin okuduğu bölüm ile ölüm kaygısı arasında anlamlı farklılık bulunurken, yaşlı bakım öğrencilerinin ölüm kaygısı puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında Öz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma ile çalışmamızın sonucu örtüşmektedir (19). Uluslararası yapılan birkaç çalışmada ise ölüm deneyimi olan öğrencilerin ölüm kaygısını etkilemediği vurgulanmıştır (20,21). Yaşlı bakım öğrencilerinde ölüm kaygısının yüksek olması, öğrencilerin yaşlı hastalarla daha fazla zaman geçirmesi, terminal dönemdeki hastalarla karşılaştıkları için ölüm deneyimlerinin daha fazla olması şeklinde yorumlanabilir.

Öğrencilerin okuduğu sınıf ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, 1. sınıf öğrencilerinin ölüm kaygı puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Erdoğan ve Özkan'ın yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça bireylerin ölüm kaygısının azaldığı saptanmıştır (8). Aktürk'ün yaptığı çalışmada da eğitim değişkeninin ölüm kaygısı üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur. Çalışmamız Aktürk ile Erdoğan ve Özkan'ın çalışmasını desteklemektedir.

Bizim çalışmamızda düz lise mezunlarının ölüm kaygısı yüksek saptanmıştır. Yine Aktürk'ün yapmış olduğu çalışmada ölüm deneyimi olan hemşirelere göre ölüm deneyimi olmayan öğretmen, akademisyen ve bankacı olanların ölüm kaygısı daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Çalışmamızda düz lise mezunlarının ölüm deneyimlerinin olmaması nedeniyle bu öğrencilerde ölüm kaygısının olması sonucu beklenen bir durumdur (22). Araştırmaya alınan

öğrencilerden şuan çalışan ve çalıştığı birim yoğun bakım olan öğrencilerin ölüm kaygısı puan ortalaması yüksek bulunurken, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Aktürk'ün yaptığı çalışmada onkoloji servisinde çalışan hemşirelerin ölüm kaygısı, yoğun bakımda çalışan hemşirelerden anlamlı derece daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Özdemir'in çalışmasında da, bir ayda ortalama 7 ve üstü ölüme tanık olan hemşirelerin ölüm kaygısı yüksek bulunmuştur (18). Çalışmamızın sonucu mevcut literatür bilgileri ile uyumludur.

Çalışmaya alınan öğrencilerde daha önce çalışan ve çalıştığı birim acil servis olan öğrencilerin ölüm kaygı puan ortalamaları yüksek, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Acehan ve Eker'in çalışmasında acilde çalışan personelde ölüm kaygısının düşük olduğu vurgulanmıştır (23). Menekli ve Fadiloğlu'nun çalışmasında sağlık personelinin %72.5'nin meslek hayatında ilk kez ölümlerle karşılaştıklarını belirtmiştir. Aynı çalışmada bu oran sağlık personelinde ölüm kaygısı oluşturmuştur (24). Yurt'un yaptığı çalışmada ölümcül hastayla sık karşılaşma ve ölüm deneyimini sık yaşamamanın, bireylerde ölüme karşı daha olumsuz duygular ve korku geliştireceği vurgulanmıştır. Çalışma sonuçlarına bakıldığında ölümlerle ilgili deneyim yaşayan öğrencilerde ölüm kaygısının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Öleceğinizi bilseydiniz ne hissederdiniz sorusuna verilen cevaplarda manevi yönden vakit geçirmek isteyenlerin ÖKÖ puan ortalaması yüksek olup gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. Öğrencilerin ölümden sonra bilinmezlik korkusu ve manevi olarak rahatlamak istemesi olarak düşünülebilir.

### **Sonuç**

Çalışmamızda, geleceğin sağlık profesyoneli olan öğrencilerin ölüme ilişkin yüksek kaygılarının olduğu, ölümlerle ilgili yaşanmış deneyimi olan ve yaş artan öğrencilerde bu kaygının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda ölümlerle birçok kez karşılaşacakları meslek grubu olan sağlık öğrencilerinin; ölüm deneyimi yaşayan öğrencilerin ölüm kaygılarını azaltmaya, ölüm deneyimlerinin olumlu bir kazanım edinmeye yardımcı olacak danışmanlık ve eğitim programlarının oluşturulmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

**İletişim:** Burcu Genç Köse

**E-posta:** gencburcu@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Sezer S, Saya P. Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi 2009;13:151-165.
2. Karakuş G, Öztürk Z, Tama L. Ölüm ve ölüm kaygısı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2012;21:42-79.
3. Dikmen Y. Ölüm ve ölümü yaklaşan hastaların bakımı. Akça Ay F, editör. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2013;702-725.
4. Dönmez FÇ, Yılmaz M. Diyaliz hastaları ile nefroloji hemşireleri için ölüm kavramının anlamı ve ölümlü başetmede nefroloji hemşiresinin rolü, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3:141-147.
5. Tanhan F. Ölüm eğitiminin üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olmaya etkisi. YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi 2013;10:184-200.
6. Bahar A. Ölüm sürecinde olan hasta: Terminal bakım ve hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2:147-158.
7. Karakurt P. Kayıp ve ölüm süreci. Atabek Aştı T, Karadağ A, editör. Hemşirelik esasları-hemşirelik bilimi ve sanatı 2. İstanbul: Akademik Basım ve Yayıncılık; 2013;1155-1172.
8. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;14:171-179.
9. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık; 2010.
10. Taşdemir G, Gök F. Bir sağlık yüksekokulu'nda okuyan öğrencilerin ölüm kaygılarının belirlenmesi. International Journal of Human Sciences 2012;9:303-317.
11. Aksu T, Okçay H. Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010;5:113-126.
12. Koç Z, Sağlam Z. Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12.
13. İnci F, Öz F. Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4:178-187.
14. Seyhan BY. Ölüm kaygısı ve dua tutumu üzerine bir araştırma. International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic 2015; 10:863-882.
15. Yıldız M. Ölüm kaygısı ve dindarlık. İzmir: İzmir İlahiyat Vakfı Yayıncılık 2014.
16. Ayten A. Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdünlü öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. Din Bilimleri Araştırma Dergisi 2009; 9:86-108.
17. Bilge A, Embel N, Kaya FG. Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. Journal of Psychiatric Nursing 2014;4:119-124.
18. Özdemir K. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum 2014.
19. Öz F, İnci F, Yılmaz EB. Hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygısı ile psikolojik sağlamlık düzeyleri ve aralarındaki ilişki. Yeni Symposium Journal 2012;5: 229-236.
20. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Sonnega J, Carr D ve ark. Reilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. Journal Of Personality And Social Psychology 2002;83:1150-1164.
21. Lin KK, Sandler IN, Ayers TS, Wolchik SA, Luecken LJ. Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology 2004;33:673-683.
22. Aktürk D. Ölümle çok karşılaşılacak servislerde çalışan hemşirelerle meslekleri gereği ölümlü karşılaşmayan kişilerde ölüm kaygısı, sürekli kaygı ve umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. Doctoral Dissertation. İstanbul Arel Üniversitesi 2014.
23. Acehan G, Eker F. Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yolları. Journal of Psychiatric Nursing 2013;4:27-35.
24. Menekli T, Fadiloğlu Ç. Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17:222-229.

Dr. Özlem Karabulutlu<sup>1</sup>, Derya Yılmaz<sup>2</sup>

Geliş/Received : 12.05.2017  
Kabul/Accepted : 24.01.2018

## Öz

**Amaç:** Bu çalışma öğrencilerin cinsel mitlerini belirlemek ve cinsiyete göre karşılaştırmak amacı ile yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki çalışmaya 72 hemşirelik öğrencisi alınmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu öğrencilere zarf içerisinde dağıtılmış, karşılıklı etkileşimleri önlemek için formu istedikleri bir ortamda, yalnızken, isimsiz olarak doldurmaları ve verilen zarfla 1 hafta içinde geri getirmeleri istenmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayar ortamında, yüzdeler hesaplamalar ve ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin %91,7'sinin cinsel tabularının olduğu, Öğrenciler arasında erkek öğrenciler en fazla mite sahip olan cinsiyet olarak tespit edilmiştir. Cinsel mitlerinin dağılımına baktığımızda; kız öğrencilerin %80,0'ni erkek öğrencilerin %75,0'ı "Eşler birbirlerini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini de bilirler." erkek öğrencilerin %96,9'u "Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir" Kız öğrencilerin %60,0'ı erkek öğrencilerin ise %37,5'i "Erkek cinsel ilişkiyi her zaman ister ve buna her zaman hazırdır" mitine inandığı bulunmuştur. Erkek ve kadınlarda aynı mitler yüksek oranda görülen mittir. Öğrencilerin cinsel mitleri cinsiyete göre karşılaştırıldığında; 23 mitte cinsiyetler arasında fark bulunmazken, 8 mit arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

**Sonuç:** Öğrencilerin yüksek oranlarda cinsel mitlere sahip oldukları söylenebilir. Üniversitedeki erkek öğrencilerin kendilerinin de yaşayarak deneyimlediği cinsellikle ilgili toplumsal tabuların farkında oldukları, düşünceleri ile toplumsal normların dışına çıkmadıkları söylenebilir.

**Anahtar sözcükler:** Cinsellik, Cinsel mitler, Cinsiyet, Öğrenci

## Abstract

**Objective:** This study was conducted to determine students' sexual myths and to compare these myths according to the gender of students.

**Materials and Method:** 72 nursing students were included in this descriptive study. A questionnaire form prepared by researchers was used to collect the data of the study. The questionnaire forms undercover were distributed to the students and they were asked to fill out the forms anywhere without writing their names when they were alone in order that mutual interactions would be prevented and they were also requested to return the forms under the same cover within 1 week. The statistical analysis of the data was performed in a computer environment using percentage calculations and chi-square test.

**Findings:** 91.7 % of students thought that there were social taboos about sexuality. The male students were determined to have the greatest number of myths. Examining the distribution of sexual myths; 80 % of female students and 75 % of male students believed the myth "As long as the couples love each other, they know how to find pleasure in making love."; 96.9 of male students believed the myth "Lovemaking is nice only if the two sides have an orgasm together"; 60 % of female students and 37.5% of male students believed the myth "Men desire the sexual intercourse all the time and they are always ready for this." These myths were seen among the female and the male students at a high rate, as well. Comparing the sexual myths of the students according to their gender; while there was no statistically significant difference between the genders in terms of 23 myths, the difference between the genders in terms of 8 myths was statistically significant.

**Conclusion:** It can be said that the students had high rates of sexual myths. It can be stated that the male students at the university were aware of communal taboos and they could not go beyond the communal norms through their considerations about sexuality, which they themselves experienced as well.

**Key words:** Sexuality, Sexual myths, Gender, Student

1 Öğr. Üyesi; Kafkas Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Kars

2 Uzm. Hemşire; Kafkas Ü. Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Bölümü, Kars

## Giriş

Toplumlara göre cinsellik değişken bir konudur. Gelişmiş toplumlarda insanlar cinsellikle ilgili birbirleriyle daha rahat paylaşımlar yapabilirlerken, geliştirmekte olan toplumlar bu konuda daha kapalı bir özellik göstermektedir (1). Cinsellik, insan hayatını kişiler arası ilişkiler, mutluluk gibi çok yönlü etkilemekte ve cinsel sağlık kavramı da önem kazanmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı; "cinsellik ile ilgili olarak fiziksel, mental ve sosyal yönden iyi olma hali" olarak tanımlamıştır (3). Cinsel sağlığın hem erkek hem de kadınlarda ilişkileri, mutluluğu ve yaşam kalitesini doğrudan etkilediği araştırmalarla saptanmış olmasına karşın, toplumda tabu olarak kabul edilmekte ve cinsellikle ilgili konular hakkında açık bir şekilde konuşulamamaktadır (4,5).

Cinsellik çok merak edilmesine karşın az konuşulan, bir yandan utanılan, diğer yandan övülen, tüm insanların temel gereksinimi iken gizliliği önemsenen bir konu olması nedeni ile oldukça karmaşıktır. Bu karmaşa cinsellikle ilgili yanlış bilgilerin, beklentilerin ve cinsel mitlerin oluşmasına neden olmaktadır (1). Örneğin; öpüşme sonucu hamile kalınabileceği gibi bir yanlış inanış insanlarda cinsellikle ilgili önyargı ve mitlere sebep olmaktadır (2).

Ülkemizde tabu olarak görülen, aile ve toplumda açıkça tartışılmayan cinsel konular eğitim sisteminde de kendine yer bulamamaktadır. Gelişmiş ülkelerde ilkokulun ilk yıllarından itibaren çocuğun yaşı ve gereksinimlerine göre düzenlenmiş kapsamlı cinsel eğitim programları uygulanırken, ülkemizde bu tür eğitimler çok sınırlı kalmaktadır (6,7). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin (CETAD) 2006 yılında yapmış olduğu bir çalışmada, cinsel konularda bilgilenmenin ana kaynağını sıklıkla arkadaş, çevre, gazete-dergi gibi medya araçları, filmler ve pornografik materyallerin oluşturduğu belirtilmektedir (8,9). Büyük oranda eksik, yanlış ve/veya abartılı bilgi aktaran bu kaynaklar cinsellikle ilgili önyargı ve mitlerin genel olarak kabul görmesine katkıda bulunurlar (10).

Cinsel mitler, cinsellikle ilgili olarak gerçek bilimsel verilerle bağlantılı olmayan, bireylerin kulaktan dolma bilgileri birbirine aktarmasıyla yayılan, toplumun hayal gücüyle şekillenen abartılı, yanlış

kalıplaşmış yargılardır (2,4). Cinsel mitler, kültürler ve toplumlar arasında farklılık göstermektedir. Aynı kültür içerisinde cinsellik konusunda bölgesel farklılıklar olabilmektedir. Hatta cinsel konularla ilgili inanç ve tutum bireyden bireye; yaş, cinsiyet, eğitim, aile yapısına vs. göre değişmektedir (9).

Araştırmalar cinsel mitlerin cinsiyete göre çeşitli farklılıklar gösterdiğini, cinsiyet açısından belirgin farkların olmadığını fakat eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde, hatta sağlık çalışanları arasında da yüksek oranda görüldüğünü göstermektedir (2,4,11,12).

Cinsel mitlere zemin hazırlayan en önemli etkenlerin; cinsel eğitim ve bilgi eksikliği, cinsellikle ilgili konuların aile içinde, okullarda ya da toplumda açıkça konuşulamaması, tartışılmaması ve de yeterli bilimsel araştırma ve yayından yararlanılamaması olduğu bilinmektedir.

Cinselliğin tabu olarak görüldüğü, yeterli cinsel eğitimin vermediği toplumumuzda öncelikle araştırılması gereken toplumumuzun cinselliğe bakış açısı, cinsel inanışları, cinsel düşünceleri, nasıl ve ne derece bilgilendirildiği olmalıdır. Toplumun geleceğinde belirleyici rolü olan üniversite gençliği, farklı değer yargıları taşıyan öğrencilerin bir araya gelmesiyle farklı bir kültür oluşturması ve sosyoekonomik değişimlerin etkisini yoğun bir şekilde yaşaması nedeniyle gençlik içinde özel ve önemli bir yere sahiptir (13).

Toplumdaki cinsel mitlerin ortadan kaldırılmasında sağlık çalışanlarına özellikle ebe/hemşirelere önemli roller düşmektedir. Bu araştırma, hemşirelik bölümünde öğrenim gören, cinsel sağlık dersini alan, ileride sağlık danışmanlığı yapacak olan üniversite gençliğinin, cinsel mitlerini belirlemek ve cinsiyete göre cinsel mitleri karşılaştırmak amacı ile yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır.

### Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

2013-2014 eğitim öğretim yılı bahar yarıyılında Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulunda yapılmıştır.

### Araştırmanın Evreni/Örneklemi

2013-2014 eğitim öğretim yılı bahar yarıyılında Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu

Hemşirelik Bölümü 4.sınıfta öğrenim gören ve cinsel sağlık dersini alan toplam 90 hemşirelik öğrencisi araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimine gidilmemiştir. Anketin uygulandığı gün okulda bulunan, araştırmaya katılmayı kabul eden 72 hemşirelik öğrencisi araştırma grubunu oluşturmuştur.

### Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından literatür incelemesi yapılarak hazırlanmıştır. Yapılan literatür çalışması sonucunda bu çalışmada kullanılan 50 ifadenin mit olarak kabul edildiği görülmüştür (4,10,12,14,15). Anket formunun birinci bölümünü, öğrenci ve ailesine ilişkin tanıtıcı özelliklerini, öğrencilerin cinsellik ve cinsel tabulara yönelik bilgi, görüş ve davranışlarını belirlemeye yönelik içeren sorular (yaş, cinsiyet, cinsel deneyimler, cinsel bilgi kaynakları gibi sorular vb.) ikinci bölümünü; cinsel mitleri değerlendirme formu; Zilbergeld tarafından geliştirilen ve ülkemizde yaygın görülen cinsel mitlerin araştırılmasında daha önce de kullanılmış olan 31 cinsel mitten oluşmaktadır (16). Cinsel mit değerlendirme formunda her bir önerme için araştırmaya katılanlardan "doğru" ve "yanlış" seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Öğrenci anket formunda verilen ifadeyi doğru olarak işaretlemişse o öğrencinin cinsel mite sahip olduğu kabul edilmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formundaki soruların anlaşılabilirliğini sınamak için 15 öğrenciye ön uygulama yapılmış ve soruların öğrenciler tarafından anlaşılır olduğu, cevaplama sorun yaşamadıkları görülmüştür. Bu öğrencilere ait sonuçlar verilere dahil edilmemiştir. Araştırmanın amacı katılımcılara kısaca anlatıldı ve araştırmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur. Öğrencilere verecekleri bilgilerin gizli kalacağı ve araştırma dışında bu bilgilerin kullanılmayacağı bildirilmiştir. Anket formları öğrencilere zarf içerisinde dağıtılmış, karşılıklı etkileşimleri önlemek için formu istedikleri bir ortamda, yalnızken, isimsiz olarak doldurmaları ve kapalı zarfla geri getirmeleri istenmiştir.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi, yüzdelik hesaplamalar ve ki-kare testi kullanılarak

yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilere görüşme öncesi gerekli açıklamalar yapılmış ve gönüllü olanlardan sözlü onamları alındıktan sonra çalışmaya alınmışlardır. Öğrencilere istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ve elde edilen verilerin başka bir yerde kullanılmayacağı belirtilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin %97,2'si 20-24 yaş aralığında, %55,6'sı kız öğrenci, %72,2'si çekirdek aile yapısına sahip, %66,7'si orta gelirli, %51,4'ünün cinsellikle ilgili daha önce bilgi aldığı ve aldıkları bu bilgiyi büyük oranda (%45,9) kitap/yazılı ve görsel materyallerden aldıkları bulunmuştur. Öğrencilerin %26,4'ü annesi ile cinsellikle ilgili konuşurken bu oran babalarda %8,3 olarak saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin %79,2'si partnerinin olduğunu ifade etmiştir. Kız ve erkeklerin cinsel bilgileri öğrenme yolları karşılaştırıldığında, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $X^2=6.826$ ,  $p=0.234$ ) bulunmuştur. Öğrencilerin cinsel bilgileri çoğunlukla (%45,9) yazılı/görsel medyadan edindikleri saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %65.0'ünün aileleriyle ergenlik dönemi konularını konuştuğu, %90,3'ünün cinsel sağlıkla ilgili herhangi bir hizmet almadıkları, hizmet alanların %51,7'si bu hizmeti devlet hastanesinden aldığını ifade etmiştir. Verilen hizmetin kapsamı %71,4 ile bilgilendirme ve hizmet almayanların nedenleri incelendiğinde %53,8 ile gerek duymadım ile ilk sırada yer almaktadır. Daha önce cinsel ilişkide bulunma durumu %12,5 ve ilk cinselliği deneyimleme yaşı %44,4 ile 17 yaş olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %90,3'ünün cinsel tabularının olduğu ve var olduğunu düşündükleri tabular arasında öncelikle %46,1 oranında "cinsel eşitliğin olmaması" nı, ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan erkekler, en sık "sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir" (%96,9), "her erkek, her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir" (%78,1), "Eşler

**Tablo 1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (72)**

| Özellikler                                  | Sayı | %    |
|---|------|------|
| <b>Yaş</b>                                  |      |      |
| 20-24                                       | 70   | 97,2 |
| 25 ↑  | 2    | 2,8  |
| <b>Cinsiyet</b>                             |      |      |
| Kız   | 40   | 55,6 |
| Erkek                                       | 32   | 44,4 |
| <b>Aile Tipi</b>                            |      |      |
| Çekirdek                                    | 52   | 72,2 |
| Geniş                                       | 20   | 27,8 |
| <b>Gelir Durumu</b>                         |      |      |
| İyi   | 20   | 27,8 |
| Orta  | 48   | 66,7 |
| Kötü  | 4    | 5,6  |
| <b>Cinsellikle İlgili Bilgi Alma Durumu</b> |      |      |
| Alan  | 37   | 51,4 |
| Almayan                                     | 35   | 48,6 |
| <b>Bilgi Kaynağı (n=37)</b>                 |      |      |
| Kitap/yazılı görsel materyal                | 17   | 45,9 |
| Okuldaki dersler                            | 10   | 27,0 |
| Arkadaş                                     | 7    | 18,9 |
| İnternet                                    | 3    | 8,2  |
| <b>Anne İle Cinselliği Konuşma Durumu</b>   |      |      |
| Evet  | 19   | 26,4 |
| Hayır                                       | 53   | 73,6 |
| <b>Baba İle Cinselliği Konuşma Durumu</b>   |      |      |
| Evet  | 6    | 8,3  |
| Hayır                                       | 66   | 91,7 |
| <b>Partner Varlığı</b>                      |      |      |
| Evet  | 57   | 79,2 |
| Hayır                                       | 15   | 20,8 |

birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler" ve "oral seks pistir" (%75,0), "sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir" (%62,5) mitlerine katılmaktadır. Araştırmaya katılan kızlar ise en sık, "Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler" (%80,0), "sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir" (%75,0), "her erkek, her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir" (%67,5) ve "sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir" (%65,0) mitlerine katılmaktadır. Diğer mitlere katılım oranları Tablo 3'te verilmiştir.

## Tartışma

Bireyin içinde yaşadığı toplum cinsellik konusunda bilgilenme ihtiyacını göz ardı etse de, doğal dürtü her bireyi, çocukluk ve ergenlik döneminden başlayarak cinselliği öğrenmeye zorlar. Aile, örgün eğitim süreci ve basın yayın organları, doğru cinsel bilgilenme kaynağı olamadığı sürece arkadaş, erotik-pornografik materyaller gibi çevrede var olan her kaynak birey için cinselliği öğrenme aracı haline gelir. Aile ve örgün eğitim sürecinin bireylerin cinsellik konusundaki meraklarını ve bilgi eksikliklerini gidermek konusunda yetersiz kaldığı ülkemizde, arkadaş çevresi ve erotik-pornografik materyaller önemli birer ilk cinsel bilgi edinme kaynağıdır (4,8,17). Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda; gençlerin cinsellikle ilgili yeterli düzeyde bilgi alamadıkları ve bilgi kaynağı olarak ilk sırada arkadaşlarını gösterdikleri belirlenmiştir (5,13,17). Civil ve Yıldız (2010) çalışmalarında cinsellikle ilgili bilgi kaynağı olarak %21,0 oranıyla ilk sırada arkadaş, akraba bildirilmiştir(18). Torun ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada cinsellikle ilgili ilk bilgi kaynağı olarak arkadaş çevresi (%68,9) belirtilmiştir (4). Dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalar da adolesanların cinsellik ve üreme sağlığına yönelik bilgileri medyadan, kitaplardan ve arkadaşlarından aldıklarını göstermektedir. Jamaica'da yaşları 15- 24 arasında olan genç erkekler cinsellik ve üreme sağlığına yönelik arkadaşlarından bilgi almakta iken, Danimarka'da 16-20 yaş arasındaki erkeklerin yarıdan fazlasının aileleri ile cinsellik konusunda konuşmadıkları bildirilmektedir (19). Kapamadzija ve arkadaşları (2000) öğrencilerin cinsel bilgileri %63,7 oranında görsel medyadan ve %50,6 oranında arkadaşlarından edindiğini belirtmişlerdir (20). Araştırma sonuçlarımız, bu konuda yapılan diğer araştırma sonuçları ile uyumludur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar öğrencilerin çoğunun cinsellikle ilgili konuları aileleri ile rahatça paylaşmadıklarını (Anne ile konuşma %26,4, Baba ile konuşma %8,3) göstermektedir (Tablo 1). Civil ve Yıldız'ın (2010) çalışmasında cinsellikle ilgili konuları ailesiyle paylaşabilen öğrenci oranı %42,8 bildirilmiştir (18). Araştırma sonucumuza göre yüksek bulunan bu sonucun çalışmaların yapıldığı iller açısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Doğu bölgesinde cinsellikle ilgili

**Tablo 2. Öğrencilerin cinsellikle ilgili deneyim ve görüşleri**

| Deneyim ve görüşler  | Sayı | %    |
|--|------|------|
| <b>Cinsel sağlık ile ilgili aileyle konuşulan konular</b>            |      |      |
| Üreme organlarının sağlığı   | 3    | 15,0 |
| Ergenlik dönemi sorunları  | 13   | 65,0 |
| Adet dönemi sorunları  | 4    | 20,0 |
| <b>Cinsel sağlık ile ilgili hizmet alma durumu</b>                   |      |      |
| Evet aldım   | 7    | 9,7  |
| Hayır almadım  | 65   | 90,3 |
| Hizmeti nereden aldınız (n=7)  |      |      |
| Devlet hastanesi   | 4    | 57,1 |
| Üniversite hastanesi   | 1    | 14,3 |
| Aile hekimliğinden   | 2    | 28,6 |
| <b>Hizmetin kapsamı (n=7)</b>  |      |      |
| Bilgilendirme  | 5    | 71,4 |
| Danışmanlık  | 1    | 14,3 |
| Tedavi   | 1    | 14,3 |
| <b>Hizmet almama nedenleri (n=65)</b>                                |      |      |
| Gerek duymadım   | 35   | 53,8 |
| Utandım  | 12   | 18,5 |
| Gideceğim yer yok  | 4    | 6,2  |
| Güvenmediğim için  | 2    | 3,1  |
| Evli olmayanlara hizmet verilmez sandım                              | 2    | 3,1  |
| İhtiyacım olmadı   | 10   | 15,3 |
| <b>Daha önce cinsel ilişkide bulunma durumu</b>                      |      |      |
| Evet   | 9    | 12,5 |
| Hayır  | 63   | 87,5 |
| <b>İlk cinsel ilişki deneyimleme yaşı (n=9)</b>                      |      |      |
| 11   | 1    | 11,1 |
| 15   | 1    | 11,1 |
| 17   | 4    | 44,4 |
| 18   | 2    | 22,2 |
| 19   | 1    | 11,1 |
| <b>Toplumda cinsellikle ilgili tabu bulunma durumu</b>               |      |      |
| Evet   | 65   | 90,3 |
| Hayır  | 7    | 9,7  |
| <b>Toplumda varolan cinsel tabular</b>                               |      |      |
| Cinsel Eşitliğin Olmaması  | 30   | 46,1 |
| Bekaret  | 27   | 41,5 |
| Masturbasyon   | 4    | 6,2  |
| Dini baskılar  | 4    | 6,2  |
| <b>Bekareti önemseme durumu</b>                                      |      |      |
| Çok önemli   | 56   | 77,8 |
| Önemli değil   | 6    | 8,3  |
| Kararsızım   | 10   | 13,9 |
| <b>Kadında evlilik öncesi cinsel ilişki ile ilgili düşünceler</b>    |      |      |
| Olumlu   | 10   | 13,9 |
| Olumsuz  | 62   | 86,1 |
| <b>Erkeklerde evlilik öncesi cinsel ilişki ile ilgili düşünceler</b> |      |      |
| Olumlu   | 14   | 19,4 |
| Olumsuz  | 58   | 80,6 |
| <b>Çok eşlilik ile ilgili düşünceler</b>                             |      |      |
| Olumlu   | 1    | 1,4  |
| Olumsuz  | 71   | 98,6 |



konuların tabu olarak gösterilmesi araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Öğrencilerin %79,2'sinin partneri olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Akın ve Özvarış'ın (2003) çalışmalarında 15-19 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerinin yarıdan fazlasının sevgilisinin olduğu ve yaş ilerledikçe sevgilisi olan öğrenci oranının arttığı bildirilmiştir (21).

Ülkemizde kadın ve erkeğin toplum içindeki farklı rolleri, cinsellik konusunda da göze çarpmakta erkeğin evlilik öncesi cinsel deneyim yaşaması belirgin olarak desteklenirken kadın cinselliği bastırılmaktadır (12,22,). Civil ve Yıldız (2010) öğrencilerin %64,1'inin cinsel ilişkiyi deneyimlediklerini ve ilk deneyimleme yaşı ortalamasını 17,28 olarak belirlemiştir (18). Araştırma bulgumuzla büyük farklılık gösteren bu sonucun çalışmanın yalnızca erkek öğrenciler üzerinde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Genç kızlarda evlilik öncesi cinsel ilişkiye yönelik ülkemizi yansıtan yeterli veri olmamakla birlikte oran çok düşüktür. Bir çalışmada lisedeki kızlarda bu oran %2,3 olarak belirtilmiştir (23). Bertan ve arkadaşlarının çalışmasında ilk cinsel ilişki yaşı erkekler için 16,9, kızlar için ise bu oran %2,0 olarak bulunmuştur (24). Giray ve Kılıç'ın çalışmasında UNFPA 2003 raporuna göre ilk cinsel ilişki yaşı, Jamaica'da 15,9 iken bu oran Şili'de 17,9 olarak bildirilmiştir (23). Özcan ve arkadaşları (2004) ilk cinsel ilişki yaşını erkeklerde  $17,58 \pm 2,90$ , kızlarda ise  $19,25 \pm 2,60$  olarak, Aras ve arkadaşları (2005) ilk cinsel ilişkiye girme yaşını ortalama  $15,7 \pm 1,5$  (erkeklerde  $15,7 \pm 1,5$ ; kadınlarda  $16,5 \pm 0,8$ ) olarak belirlemişlerdir (6,25). Gökengin ve arkadaşları (2003) öğrencilerin %36,6'sının cinsel deneyimlerinin olduğunu ve erkeklerin kadınlardan daha aktif olduklarını belirtmişlerdir (26). Yapılan çalışmalar sonucunda; öğrencilerin cinsiyete göre ilk cinsel ilişkiye girme yaş ortalamalarının benzer olduğu ve genel olarak, kızların erkeklere göre cinsel ilişkiyi daha ileri yaşlarda deneyimledikleri görülmektedir. Çalışma bulgumuzda da kız öğrencilerin cinsel ilişkiyi deneyimlemedikleri erkek öğrencilerde ise ilk cinsel ilişki yaşı %44,4 ile 17 yaş olarak belirlenmiş olup diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Tablo 2). Öğrencilerin çoğunluğunun (%90,3)

toplumumuzda cinsellikle ilgili tabuların var olduğunu belirtmesi ve öncelikle (%46,1) "cinsel eşitliğin olmaması", (%41,5) "bekaret" ifade etmeleri (Tablo 2). Civil ve Yıldız (2010) öğrencilerin çoğunluğunun (%85,8) cinsellikle ilgili kadın ve erkeğe yönelik toplumsal tabuların var olduğunu düşündüklerini belirlemiştir (18). Çalışma bulgusuyla benzerlik gösteren bu sonuç, gençlerin bir bölümünün cinsellikle ilgili toplumsal tabulardan hoşnut olmadıklarını ve tabuları onaylamadıklarını gösterirken, bir kısmının ise hala toplumsal yapımızın, kültürümüzün ve cinsel tabuların etkisi altında olduğunu göstermektedir. Ayrıca toplumumuzda erkeği güçlü, kadını ise güçsüz, utangaç, isteklerini belirtmek istemeyen, her şeyi erkeğin hakkı olarak gören bir cinsiyet ayrımcılığının varlığını destekler niteliktedir. Ülkemiz bu anlamda karmaşık bir kültürel yapı göstermekte olup elde edilen veri beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Toplumumuzda kadınların cinselliğine yönelik önemli tabulardan biri olan "bekaret" ile "evlilik öncesi cinsel birliktelik" ve "çok eşliliğe" ilişkin öğrencilerin görüşleri incelendiğinde; bekareti "çok önemli" gördüğünü belirtenlerinin oranının %77,8 olduğu, kadında evlilik öncesi cinselliğe yalnızca %13,9'unun olumlu baktığı, buna karşın erkekte evlilik öncesi cinselliğe olumlu bakma oranının %19,4 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Aygün ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında kadın öğrencilerin %82,8'i evlilik öncesi cinsel ilişkiyi normal bulmadığını, %58,6'sı evlenecek kişinin bakir olması gerektiğini belirtmiştir (13). Civil ve Yıldız (2010) çalışmalarında bekareti "çok önemli" gördüğünü belirtenlerinin oranını %60,5, kadında evlilik öncesi cinselliğe yalnızca %39,8'inin olumlu baktığını, buna karşın erkekte evlilik öncesi cinselliğe olumlu bakma oranının %64,8 olduğunu belirlemiştir (18). Bu sonuçlar, ülkemizde bekaretin hala oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Namus kavramı ülkemizde son derece önemli olup kadının cinselliği önce ailenin, sonra kocanın sorumluluğunda görülmektedir. Kadın evlenmeden önce hiçbir erkekle cinsel birliktelik yaşamamalı yani diğer bir deyimle temiz, el değmemiş olmalıdır. Bekaretin sıkı koruma altında olması gerektiği fikri yaygın olarak sürmektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç bu durumu bir kez daha ortaya koymaktadır. Türk Toplumunun

**Tablo 3.** Öğrencilerin cinsel mitlerinin dağılımı ve cinsiyete göre karşılaştırılması

| Cinsel Mitler   | Kız |      | Erkek |      | Toplam |      | Test Değeri<br>P ve $\chi^2$ |
|---|-----|------|-------|------|--------|------|------------------------------|
|   | N   | %    | N     | %    | N      | %    |                              |
| Erkek cinsel ilişkiyi her zaman ister ve buna her zaman hazırdır                                    | 22  | 55,0 | 11    | 34,4 | 33     | 45,8 | $\chi^2 = 3046$ -P=0081      |
| Sevişmeyi başlatan kadın ahlâksızdır  | 1   | 2,5  |       |      | 1      | 1,4  | $\chi^2 = 0811$ -P=0368      |
| Cinsellik ve sevişme cinsel birleşmeyle sonuçlanmalıdır   | 3   | 7,5  | 11    | 34,4 | 14     | 19,4 | $\chi^2 = 8198$ -P=0004      |
| Cinsel eylemi daima erkek başlatmalıdır   | 3   | 7,5  | 3     | 9,4  | 6      | 8,3  | $\chi^2 = 0082$ -P=0775      |
| Bir sevişmede erkek, sorumluluğu üstlenmek ve yönetmek zorundadır                                   | 5   | 12,5 | 13    | 40,6 | 18     | 25,0 | $\chi^2 = 7500$ -P=0006      |
| Sevişme cinsel birleşme demektir  | 2   | 5,0  | 7     | 21,9 | 9      | 12,5 | $\chi^2 = 4629$ -P=0031      |
| İyi sekste amaç cinsel birleşmedir  | 8   | 20,0 | 16    | 50,0 | 24     | 33,3 | $\chi^2 = 7200$ -P=0007      |
| Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır; sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar | 24  | 60,0 | 13    | 40,6 | 37     | 51,4 | $\chi^2 = 2672$ -P=0102      |
| Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir  | 4   | 10,0 | 3     | 9,4  | 7      | 9,7  | $\chi^2 = 0008$ -P=0929      |
| Erkekler bazı duygularını belli etmemelidir (ağlamak gibi)  | 5   | 12,5 | 17    | 53,1 | 22     | 30,6 | $\chi^2 = 13827$ -P=0000     |
| Erkek cinsel organının boyutu cinsel gücün göstergesidir  | 3   | 7,5  | 6     | 18,8 | 9      | 12,5 | $\chi^2 = 2057$ -P=0151      |
| Sertleşmiş büyük bir penis iyi sevişmenin anahtarıdır   | 13  | 32,5 | 13    | 40,6 | 26     | 36,1 | $\chi^2 = 0509$ -P=0476      |
| Büyük erkek cinsel organı, kadının daha çok uyarılmasını sağlar                                     | 15  | 37,5 | 14    | 43,8 | 29     | 40,3 | $\chi^2 = 0289$ -P=0591      |
| Sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir   | 26  | 65,0 | 20    | 62,5 | 46     | 63,9 | $\chi^2 = 0048$ -P=0826      |
| Erkeğin cinsel organında sertleşme olunca en yakın zamanda boşalmalıdır                             | 16  | 40,0 | 11    | 34,4 | 27     | 37,5 | $\chi^2 = 0240$ -P=0624      |
| Erkek cinsel organında sertleşmenin kaybı, eşini çekici bulmadığı anlamına gelir                    | 10  | 25,0 | 7     | 21,9 | 17     | 23,6 | $\chi^2 = 0096$ -P=0756      |
| Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir   | 27  | 67,5 | 25    | 78,1 | 52     | 72,2 | $\chi^2 = 1000$ -P=0317      |
| Kadınlar eller kullanılmadan penis hareketleri ile orgazm olmalıdır                                 | 4   | 10,0 | 10    | 31,2 | 14     | 19,4 | $\chi^2 = 5125$ -P=0024      |
| Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir                                       | 30  | 75,0 | 31    | 96,9 | 61     | 84,7 | $\chi^2 = 6572$ -P=0010      |
| Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini bilirler                | 32  | 80,0 | 24    | 75,0 | 56     | 77,8 | $\chi^2 = 0257$ -P=0612      |
| Seks doğaldır, öğrenilemez  | 25  | 62,5 | 17    | 53,1 | 42     | 58,3 | $\chi^2 = 0643$ -P=0423      |
| Mastürbasyon kirli ve zararlıdır  | 10  | 25,0 | 5     | 15,6 | 15     | 20,8 | $\chi^2 = 0947$ -P=0330      |
| Cinsel ilişki içerisinde mastürbasyon yanlışır  | 18  | 45,0 | 17    | 53,1 | 35     | 48,6 | $\chi^2 = 0470$ -P=0493      |
| Cinsel fanteziler kurmak yanlışır   | 4   | 10,0 | 6     | 18,8 | 10     | 13,9 | $\chi^2 = 1138$ -P=0286      |
| Olgunlaşmış erkekler, fantezi ve mastürbasyona karşı olan ilgilerini kaybederler                    | 7   | 17,5 | 11    | 34,4 | 18     | 25,0 | $\chi^2 = 2700$ -P=0100      |
| Erkek ya da kadın sevişmeye hayır diyemez   | 10  | 25,0 | 8     | 25,0 | 18     | 25,0 | $\chi^2 = 0000$ -P=1000      |
| Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin belirli ve kesin kurallar vardır                            | 12  | 30,0 | 20    | 62,5 | 32     | 44,4 | $\chi^2 = 7605$ -P=0006      |
| Oral seks pistir  | 25  | 62,5 | 24    | 75,0 | 49     | 68,1 | $\chi^2 = 1278$ -P=0258      |
| Oral seks olgunlaşmamışlığın göstergesidir  | 16  | 40,0 | 16    | 50,0 | 32     | 44,4 | $\chi^2 = 0720$ -P=0396      |
| Erkeğin cinsel sorunlarından kadının sorumludur, doktor–tedavi işe yaramaz                          |     |      | 2     | 6,2  | 2      | 2,8  | $\chi^2 = 2571$ -P=0109      |
| Kadın cinsel ilişkiyi reddederse kocasının onu dövme hakkı vardır                                   |     |      | 2     | 6,2  | 2      | 2,8  | $\chi^2 = 2571$ -P=0109      |

cinsellikle ilgili değerlerine yönelik CETAD'ın 2006 yılında üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada, cinsellikle ilgili tabuların başında bekaretin yer aldığı, bekaret ile ilgili yaygın görüşün ve bekaretle ilgili tutucu tavırlara katılma oranının %63,0-65,0 dolaylarında olduğunu ortaya koymuştur (8). Bu veri de çalışmamızda bu bağlamda aldığımız sonuçla benzer niteliktedir. Öğrencilerde, kadının evlilik öncesi cinsel birlikteliğine olumlu bakanların oranı düşük, erkeğin evlilik öncesi cinselliğine ise olumlu bakanların oranının yüksek bulunması da (Tablo 2) bekaretle ilgili düşünce yapısının ve toplumsal normların, yaptırımların bir devamı niteliğindedir.

Çalışmamızda çok eşliliğe olumlu bakan öğrencilerin oranı %1,4 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada çok eşliliğe olumsuz bakanların oranı %47,8 iken, olumlu bakan öğrenci oranının %42,2 olarak belirlenmiştir. Her iki çalışma sonuçları arasındaki farklılığın yüksek bulunmasının nedeninin farklı bölgelerde çalışmaların yürütülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Büyük çoğunluğunu Müslümanların oluşturduğu ülkemizde dinen çok eşlilik normalmiş gibi kabul edilse de, laikliğin benimsendiği Türkiye Cumhuriyetinde medeni kanuna göre birden fazla eşle resmi nikah olanaklı değildir ve kabul edilmemektedir. Ancak resmi olmayan dini nikahla evlenerek çok eşli olanlar mevcuttur, fakat bunlar tüm evliliklerin %2,0'ını oluşturmaktadır (27).

Çalışmada "her erkek, her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir" erkekte %78,1, kadında %67,5 oranıyla toplamda (%72,2) 3. sırada görülen mittir (Tablo 3). Torun'un yapmış olduğu çalışmada %77,8 oranıyla en çok kabul gören mittir (4). Aygün ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da %92,4 yüzdesiyle en yüksek olarak belirlenen cinsel mit olduğu belirtilmiştir (13). Bu mitin erkekler için stres kaynağı olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda bu mit kadınların cinsel ilişkide pasif davranmasına ve partnerine karşı hayal kırıklığı yaşamasına sebep olabilir. Türk toplumunda sosyal, toplumsal, ekonomik vb. alanlarda aktif rol erkekler pasif rol ise kadınlara verilmiştir

Öğrenciler arasında "Eşler birbirlerini sevdikleri zaman sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini

bilirler" (Kızlarda %80,0, erkeklerde %75,0) ilk sıralarda kabul gören mittir (Tablo 3). Benzer şekilde Torun ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında (%64,1) aynı mit yüksek oranda kabul gören mitler arasındadır (4). Bu mite sahip olan gençler ileride birbirlerinin sevgisinden şüphe duyarak hayal kırıklığına uğrayabilir. Ayrıca öğrenciler arasında "erkek cinsel ilişkiyi her zaman ister ve buna her zaman hazırdır" miti kızlar tarafından %55,0, erkekler tarafından %34,4 oranda kabul gören mitler arasındadır (Tablo 3). Civil ve Yıldız (2010) öğrencilerin %84,2'sinin mastürbasyona olumlu baktıklarını ve %55,0'ının de oral- anal ilişkiyi normal bulduklarını ifade etmiştir (18). Torun ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmaya katılan erkekler, en sık "her erkek, her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir" (%77,8) ve "erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır" (%73,1), "iyi sekste amaç cinsel birleşmedir" (%70,1), "sertleşme daima cinsel arzu ile uyarılma işaretidir" (%66,5) mitlerine katılmaktadır. Aynı çalışmada en çok ortaokul düzeyinde eğitimi olan erkeklerin, lise ve üzerinde eğitimi olan erkeklere göre daha fazla sayıda cinsel mite inandıkları ifade edilmiştir (4). Bu bulgu cinsel mitlere inanma sıklığının eğitim düzeyi arttıkça azaldığının bildirildiği CETAD'ın ülke genelini temsil eden araştırmasının sonuçları ile uyumludur (8). Cinsel eğitimi içermese de, belli bir süre alınan örgün eğitimin bireylerin birçok konuda olduğu gibi, cinsellik konusunda da doğru bilgiye ulaşabilmeleri için önemli olduğunu söyleyebiliriz. Aynı zamanda "erkek cinsel ilişkiyi her zaman ister ve buna her zaman hazırdır" miti (kızlar tarafından %55,0, erkekler tarafından %34,4) sertleşme sorunu ve performans kaygısı ile ilgili mitlerden biridir ve erkekleri ağır bir yük altında bırakır. Böyle bir inancı olan erkek, cinselliği bir ödev gibi yapmak durumunda kalacak ve büyük olasılıkla bir süre sonra bir yandan cinsel ilgi ve istek azlığı sorunu yaşayacak, diğer yandan kendini "gerçek" bir erkek gibi hissetmeyecektir. Performans kaygısı yaşayan erkek bu kaygıyı gidermek için farklı cinsel tercihlere ve farklı partnerlere yönelebilir. Ayrıca geleneksel olarak toplumda erkeğe aktif olma, sorumluluk alma, cinsel ilişkiyi başlatma ve sürdürme gibi sorumluluklar üstlendiği gibi kadınlara ise pasif roller vermiştir. Bu sebepten dolayı da bu mitin yüksek oranda görülmüş olabileceği düşünülmektedir.

Toplumumuzda yeterli cinsel işlev, erkekliğin ispatı olarak algılanmaktadır. Bu algıdaki kontrol ve performans yönelimi, cinselliğin erkek açısından büyük bir baskı altında tamamlanan fiziksel bir eylem ile sınırlı tutulduğunu göstermektedir (4,22). Araştırma bulgularımızda, özellikle bazı cinsel mitlere daha fazla inanma bu varsayımı desteklemektedir. Tablo 3'te, mitler incelendiğinde, her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir, sertleşme daima cinsel arzu ve uyarılma işaretidir, bir erkek cinsel ilişkide kontrolü elinde tutmalıdır ve ilişkiyi yönetmelidir, her zaman ilişkiye hazır olmalıdır ve sevişmeyi cinsel birleşme ile sonuçlandırmalıdır.

### Sonuç ve Öneriler

Çalışma verilerimiz; üniversite öğrencisi gençlerimizin cinsellikle ilgili toplumsal tabulardan etkilendiklerini, çoğunluğunun bu tabuların özellikle kızların cinselliklerini etkilediğinin farkında olduğunu, az da olsa önemli sayılabilecek bir kısmının bu tabuları kesinlikle

onaylamadıklarını ancak -önemli sayılacak oranının toplumsal normların, mitlerin, geleneksel yapının etkisi altında olduğunu, bekareti hala yüksek oranda önemli gördüklerini ve kadınların evlilik öncesi cinselliklerini de onaylamadıklarını göstermektedir.

Elde ettiğimiz bu veriler, gençlerin cinsellik- /üreme sağlığına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemini bir kez daha gündeme getirmiştir. Toplumumuz halen sağlıklı ve yeterli cinsel bilgi kaynaklarından yoksundur. Eksik ve abartılı mesajların alındığı cinsel bilgi kaynaklarına bağlı olarak cinsel mitler toplumumuzda halen yaygın olarak görülmektedir. Yaygın olan cinsel mitler ile başedebilme, cinsel bilgilerin zamanında ve doğru kaynaklardan bireylere aktarılması ve sağlıklı doyumlu bir cinsel yaşam ile olanaklıdır. Bu nedenle, sağlıklı ve yeterli cinsel bilgilerin verildiği kaynaklara gereksinim vardır. Geleceğin sağlık profesyonelleri olacak öğrencilerin cinsel mitlerle ilgili doğru bilgiler ve inançlar kazanması



Fotoğraf: "Gölgede Kalanlar" Gülay Çeliker-TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2014 Sergi Ödülü

için ilgili derslerde mitlere yönelik konulara yer verilmeli, mevcut öğretim yöntemleri ve ders içerikleri yeniden gözden geçirilmelidir. Ayrıca toplumun sosyal/kültürel yapısının kız ve erkek olmak üzere gençler üzerindeki etkilerinin (cinsellik/üreme sağlığı dahil olmak üzere genel olarak) daha detaylı, geniş kapsamlı ve de ülke geneline yayılan çalışmalarla değerlendirilmesi, ülkemizdeki durumu ortaya koyması açısından daha güvenilir veriler sağlayacaktır.

**İletişim:** Özlem Karabulutlu

**E-posta:** okarabulutlu@gmail.com

### Kaynaklar

1. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)* 2011;5:37-46.
2. Ogur P, Utkuallp N, Aydınolu N. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin cinselle ilgili inanışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2016;25:13-21.
3. Sexual health. [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/) (Erişim tarihi:24.11.2017)
4. Torun F, Torun SD, Özaydın AN. Erkeklerde Cinsel Mitlere İnanma Oranları ve Mitlere İnanmayı Etkileyen Faktörler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011; 24(1): 24-31.
5. Yılmaz E, Zeytinci İE, Sarı S, Karababa İF, Çilli AS, Kucur R. Konya il merkezinde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:126-134.
6. Aras Ş, Şemin S, Günay T, ve ark. Lise öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi* 2005; 40: 72-82.
7. Orçın E, Aras Ş, Açık R. Üniversiteli gençlerin cinsel tutum ve davranışları. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2003; 17 (3): 169-174.
8. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. İstanbul: Organizasyon, 2006.
9. Yetkin N. Cinsel öykü alma ve cinsel işlevin değerlendirilmesi: İçinde Yetkin N, İncesu C (editörler). *Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi*. İstanbul: Roche Müstehzarları Sanayi A.Ş.,2001, 27-29.
10. Altekin S. Doğru sanılan yanlışlar: Cinsel mitler. <http://www.dokudanismanlik.com/cinselmitler.htm>. (Ocak, 2016)
11. Güleç G, Kılıç Y, Bilgiç S. ESOĞÜ Tıp Fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinde Cinsel Mitlerin Karşılaştırılması. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2007; 29(3): 136-45.
12. Kukulu K, Gürsoy E, Ak SG. Turkish University Students Beliefs in Sexual Myths Sex Disabil 2009; 27(1): 49-59.
13. Aygin D, Açıl H, Yaman Ö, Çelik Yılmaz A. Üniversitede okuyan kadın öğrencilerin cinsel mitler ile ilgili görüşleri. *Androloji Bülteni* 2017; 19(2):44-49.
14. Nobre P, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional Sexual Beliefs as Vulnerability Factors for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sex Research* 2006; 43(1): 68-75.
15. Nyanzi S, Nyanzi B, Kalina B. Contemporary Myths, Sexuality Misconceptions, Information Sources and Risk Perceptions of Bodaboda Men in Southwest Uganda. *Sex Roles* 2005; 52(1-2): 111-9.
16. Zilbergeld B. Male sexuality. The new male sexuality. New York: Bantam; 1999 p:37-68.
17. Bulut A, Ortaylı N. Bir araştırmannın düşündürdükleri: Cinsel sağlık ama nasıl? *STED* 2004; 13:60-63.
18. Civil B, Yıldız H. Erkek Öğrencilerin Cinsel Deneyimleri ve Toplumdaki Cinsel Tabulara Yönelik Görüşleri. *DEUHYO ED* 2010, 3(2):58-64.
19. WHO, What About Boys? (2007). A literature review on the health and development of adolescent boys. Erişim: 08.04.2017, [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health](http://www.who.int/child_adolescent_health).
20. Kapamadzija A, Bjelica A, Segedi D. Sex knowledge and behavior in male high school students. *Med Pregl.* 2000; 53(11-12): 595-599
21. Akin, A, Özvarış, B.Ş. (2003). Adölesanların cinsel ve üreme sağlığını etkileyen faktörler projesi. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara.
22. Coşkun, A., Gökdemirel, S. (1997). Toplumsal yaşamın cinsiyet rollerine etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3-4), 45-50.
23. Giray, H., Kılıç B. (2004). Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. *STED*, 13(8), 286-289.
24. Bertan, M., Özcebe, H., Doğan, B.G., Haznedaroğlu, D., Kırçaloğlu, N., Bülbül, S.H. (2007) Üniversite Birinci Sınıf Öğrencilerinin Adölesan Dönem Konusundaki Bilgi ve Yaşam Tarzlarının Belirlenmesi Araştırması Raporu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
25. Özcan S, Aras Ş, Şemin S, ve ark. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 18 (1): 27-39.
26. Gokengin D, Yamazhan T, Ozkaya D, et al. Sexual knowledge, attitudes, and risk behaviors of students in Turkey. *J Sch Health* 2003; 73(7):258-263.
27. Gezgın, R. (1997). İstatistiklerle kadın. *Toplum ve Hekim*, 12 (80), 57-67.

# Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler\*

The Factors Influencing Health Beliefs About Cervical Cancer and Pap Smear Test Among The Women At A University



Dr. Aynur Kızılırmak<sup>1</sup>, Dr. Semra Kocaöz<sup>2</sup>

Geliş/Received : 30.10.2017  
Kabul/Accepted : 04.02.2018

## Öz

**Amaç:** Bu çalışma, üniversitedeki kadınların serviks kanseri ve pap smear testine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın örneklemini, bir üniversitenin merkez yerleşkesinde çalışan, dahil edilme ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 101 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Haziran Ağustos 2017 tarihlerinde veri toplama formu ve Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $35.53 \pm 5.82$  olup, %56.4'ü öğretim elemanı olarak çalışmaktadır. Kadınların %73.3'ünün pap smear testi hakkında bilgisinin olduğu bulunmuştur. Kadınların %68.3'ü en az bir kez testi yaptırmıştır. Pap smear testi hakkında bilgisi olanların, Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin alt boyutlarından olan pap smear yarar ve motivasyon algısının yükseldiği ve engel algısının düştüğü belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Pap smear testi hakkında bilgisi olan, bu testi ve jinekolojik muayeneyi yaptıran üniversitede çalışan kadınlar arasında pap smear testini yaptırmayı engelleyen algıları azalmaktadır. Dolayısıyla, üniversitedeki kadınların pap smear testi yaptırmaya yüzdesini artırmak için serviks kanseri ve pap smear testine ilişkin düzenli eğitimler yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Üniversite, Kadın, Servikal kanser, İnanç, Sağlık tutumu

## Abstract

**Aim:** This study was conducted to determine the factors influencing health beliefs about cervical cancer and pap smear test among the women at a university.

**Method:** The sample of this descriptive study was composed of 101 women working at the central campus of a university, who met the inclusion criteria and agreed to participate in the research. The data were gathered using a data collection form and Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test between June and August 2017.

**Findings:** Average age of the participants was  $35.53 \pm 5.82$ , 56.4% of them were lecturers. It was found that 73.3% of the women had knowledge about pap smear test. 68.3% of the women have undergone the test at least once. It was seen that the perception of the benefits of pap smear tests and health motivation, which is one of the sub-dimensions of the Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test has improved and the barrier perception has declined in women who had knowledge about the test ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The perceived barriers towards pap smear test diminish among women working at the university, who have had knowledge about the test and have undergone a gynaecological examination and the test. Accordingly, regular training on cervical cancer and pap smear test should be provided to improve the rate of having pap smear test among the women at the university.

**Key words:** University, Woman, Cervical cancer, Belief, Health attitude

\*Bu araştırma, 21-23 Eylül 2017 tarihleri arasında Nevşehir'de gerçekleştirilen I. Uluslararası İpekyolu Akademik Çalışmalar Sempozyumu'nda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Yrd. Doç.; Nevşehir Hacı Bektaş Veli Ü. Semra ve Vefa Küçük SYO Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hast. Hemşireliği ABD, Nevşehir

2 Doç.; Niğde Ömer Halisdemir Ü. Niğde Zübeyde Hanım SYO Hemşirelik Bölümü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hast. Hemşireliği ABD, Niğde

## Giriş

Serviks kanseri, dünyada kadınlar arasında sık görülen ve tarama testleriyle erken dönemde saptanabilen bir kanser türüdür. Dünyada kadınlar arasında görülen kanser türleri içerisinde serviks kanseri dördüncü sırada yer alır iken, Doğu ve Orta Afrika ülkelerinde ilk sırada görülmektedir (1). Ülkemizde ise serviks kanseri 2006-2010 yılları arasında 100.000'de 4.0'lıkyaşa göre standardize edilmiş hızı ile onuncu sırada yer almaktadır (2). Serviks kanserinin insidans ve mortalite hızı 30 yıl öncesine göre %50.0'dan daha fazla azalma eğilimi göstermesine karşın (3), 2012 yılı itibarıyla bu kanserden dolayı dünyada 266.000 kadın ölümü meydana gelmiştir. Az gelişmiş olan ülkelerde 10 kadından 9'u serviks kanserine bağlı olarak hayatını kaybetmekte ve bu kanserin mortalite hızı ülkeler arasında her 100.000'de 2'den 20'ye kadar (18 kat) değişiklik göstermektedir (1). Uluslararası Kanser Ajansı'nın 2012 yılı verilerine göre kadınlarda serviks kanserinin 5 yıllık prevalansının 16.68, insidansının 4.31 ve mortalite hızının 1.73 (her 100.000 kadında) olduğu belirtilmektedir (4).

Kadınlarda yaygın olarak görülen bu kanser türü, tarama testleri ile invaziv kansere dönüşmeden önceki aşama olan preinvasiv (prekanseröz) dönemde erken tespit edilebilmektedir (5). Serviks kanserinin erken tespit edilmesinde pap smear testi kullanılmaktadır. Basit, ucuz ve yan etkisi olmayan bu test (6) ile 35-64 yaşları arasındaki kadınlar her 3-5 yılda bir konvensiyonel sitoloji ile tarandığı takdirde, serviks kanserinin insidansının ve mortalitesinin azaltılabileceği belirtilmektedir (7). Pap smear testini bir kez yaptırmanın %45.0 ve yaşamı boyunca 9 kez yaptırmanın ise %99.0 oranında serviks kanserinin gelişim riskini azaltacağı ifade edilmektedir (8).

Ülkemizde serviks kanserine yönelik kanser taramaları, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. 30-65 yaşları arasındaki kadınlara pap smear testi ile serviks kanserine yönelik tarama hizmetleri, KETEM'ler tarafından ücretsiz olarak sunulmaktadır. Serviks kanserine ilişkin erken tarama hizmetleri verilmesine karşın, kadınların

tarama programlarına katılımlarının yeterli düzeyde olmadığı belirtilmektedir. Toplumda etkin kanser taramalarının yapılabilmesi için kadınların %70.0'ına ulaşılması gerekmektedir. Ancak serviks kanserinde tarama programlarının kapsayıcılık oranı %20'dir (9).

Kadınların serviks kanserinde tarama programlarına katılımları pek çok kişisel, sosyal, kültürel ve kurumsal faktörden etkilenmektedir (10-12). Kadınların kanserin erken tarama programlarına katılımlarını engelleyen faktörlerin belirlenmesi, bu konuda yapılacak stratejik faaliyetlerin geliştirilmesinde önemlidir (9). Kanserinin erken tarama programlarına katılımının artırılması için kadınların öncelikle bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bilinçlendirmeye yönelik yapılacak faaliyetler, kadınların kanserin erken tanınmasına ilişkin farkındalığının artmasına ve tarama programlarına katılımları için gerekli motivasyonun sağlanmasında yararlı olabileceği belirtilmektedir (13).

Literatürde, serviks kanserine yönelik verilecek eğitimlerin farkındalığı artırarak, kadınların erken tarama programlarına katılımlarıyla ilgili inanç, tutum ve davranışlarını etkileyebileceği vurgulanmaktadır (14-17). Ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan birçok çalışmada, kadınların serviks kanserinin erken taramalarına yönelik davranışları ve tutumları inceleme altına alınmıştır (13-15,17-19). Ancak ulusal düzeyde bulunduğu şehrin kalkınmasında rol oynayan, bilgi donanımı ile yetiştirdiği öğrencileriyle topluma hizmet sunulmasına katkı sağlayan üniversitelerde çalışan kadınlara yönelik serviks kanseri ve pap smear testine yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının incelendiği çalışmalara rastlanılmamıştır. Çalışmadan elde edilecek veriler ışığında, topluma tutum ve davranışları ile örnek olacağını düşündüğümüz üniversitede çalışan kadınların bu konudaki inançlarının belirlenmesi, istenilen ve olumlu yönde serviks kanseri tarama programlarına katılımlarının artırılması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırma bir üniversitedeki kadınların serviks kanseri ve pap smear testine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini, İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir üniversitenin merkez yerleşkesinde Haziran-Ağustos 2017 tarihleri arasında çalışan 245 kadın oluşturmuştur. Hiç evlilik yapmayanlar örnekleme dahil edilmemiş olup, yukarıda belirtilen tarihler arasında aktif olarak çalışan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 101 kadın ile çalışma tamamlanmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür (6,12-15,20) taranarak geliştirilen "Veri Toplama Formu" ve "Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" ile toplanmıştır.

**Veri Toplama Formu:** "Sosyo-demografik özellikler" ve "Risk faktörleri" olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Kadınların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 12 soru (kendisi ve eşiyile ilgili yaş, öğrenim, medeni ve çalışma durumu, mesleği, sosyal güvence varlığı, gelir durumu, evinde yaşadığı bireyler....vb), serviks kanseri risk faktörlerine (menstruasyon ve gebelik yaşı, gebelik, doğum ve düşük sayısı, oral kontraseptif kullanma, genital siğil (Human PapillomaVirusu-HPV) ve cinsel yolla bulaşan hastalık varlığı, menopoz durumu, pap smear yatırma...gibi) ilişkin 28 soru olmak üzere formda toplam 40 soru yer almaktadır.

**Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği:** Bu ölçek, kadınların servikal kanser ve taramalarına ilişkin inançlarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır (21). Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği, ülkemizde iki araştırmada çalışılmıştır (21,22). Araştırmamızda kullandığımız ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Guvenc ve ark. (21) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu ölçek, "duyarlılık (3)", "önemseme/ciddiyet (7)", "sağlık motivasyonu (3)", "pap smear yarar ve motivasyon (8)" ve "pap smear engel (14)" olmak üzere beş alt boyuttan ve 35 maddeden oluşmuştur. Ölçekte değerlendirme, birden beşe kadar puanlanan ve "kesinlikle katılmıyorum (1)", "katılmıyorum (2)", "kararsızım (3)", "katılıyorum (4)" ve "kesinlikle katılıyorum (5)"

şeklindeki 5'li likert tipi ölçekleme yöntemi kullanılarak yapılmaktadır. Her bir alt boyut ayrı ayrı puanlanmış ve toplam sonuç elde edilmeden değerlendirilmiştir. Guvenc ve ark. (21) çalışmasında, ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değerlerini 0.62 ile 0.86 arasında bulmuştur. Araştırmamızda, ölçeğin alt boyut Cronbach Alpha değerleri 0.59-0.90 arasında değiştiği tespit edilmiştir.

### Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler toplanmadan önce araştırmanın yapıldığı üniversiteden kurum izni ve Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurul'undan etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca araştırmanın veri toplama araçları uygulanmadan önce kadınlara çalışmanın amacı, yöntemi, beklenen yararları anlatılarak sözlü izinleri alınmıştır. Araştırmacılar, üniversitede çalışan kadınlardan kendi kendilerine veri toplama araçlarını yazarak ya da online olarak doldurmalarını istemiştir. Veri toplama araçlarının doldurulması, ortalama 10 dakika sürmüştür.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 16.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma dağılımından yararlanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıp dağılmadıklarına Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testiyle bakılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Ölçeğin iç geçerlilik ve tutarlılığını belirlemek için Cronbach alfa değerine bakılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında sonuçların istatistiksel anlamlılığı  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı, Tablo 1'de görülmektedir. Kadınların yaş ortalaması  $35.53 \pm 5.82$  olup, evli olanların eşlerinin yaş ortalaması  $37.17 \pm 6.10$ 'dur. Kadınların %58.4'ü lisans mezunu ve %93.1'i evlidir. Üniversitedeki kadınların %29.7'si öğretim üyesi, %26.7'si öğretim görevlisi/araştırma görevlisi/okutman, %34.7'si memur ve %8.9'u temizlik şirket elemanı ve güvenlik görevlisi olarak çalışmaktadır. Evli olan kadınların eşlerinin



**Tablo 1.** Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

| Yaş  | ( $\bar{x} \pm SS = 35.53 \pm 5.82$ ) (Min-Max=2452)  |    |      |
|--|---|----|------|
| Eşin Yaşı  | ( $\bar{x} \pm SS = 37.17 \pm 6.10$ ) (Min-Max=25-55) |    |      |
| Öğrenim Durumu   |   | n  | %    |
| Lise   |   | 5  | 5.0  |
| Önlisans/ lisans   |   | 37 | 36.6 |
| Yüksek lisans/ doktora                                   |   | 59 | 58.4 |
| <b>Meslek</b>  |   |    |      |
| Öğretim üyesi  |   | 30 | 29.7 |
| Öğretim ve araştırma görevlisi/okutman                   |   | 27 | 26.7 |
| Memur  |   | 35 | 34.7 |
| Diğer  |   | 9  | 8.9  |
| <b>Medeni Durum</b>                                      |   |    |      |
| Evli   |   | 94 | 93.1 |
| Boşanmış   |   | 7  | 6.9  |
| <b>Eşin Öğrenimi (n=94)</b>                              |   |    |      |
| Lise   |   | 8  | 8.5  |
| Önlisans/ lisans   |   | 47 | 50.0 |
| Yüksek lisans/ doktora                                   |   | 39 | 41.5 |
| <b>Eşin Çalışma Durumu (n=94)</b>                        |   |    |      |
| Çalışıyor  |   | 91 | 96.8 |
| Çalışmıyor   |   | 3  | 3.2  |
| <b>Eşin Mesleği (n=94)</b>                               |   |    |      |
| İşçi   |   | 11 | 11.7 |
| Memur  |   | 46 | 48.9 |
| Akademisyen  |   | 17 | 18.1 |
| Diğer  |   | 20 | 21.3 |
| <b>Gelir Durumu</b>                                      |   |    |      |
| Çok iyi  |   | 4  | 4.0  |
| İyi  |   | 52 | 51.5 |
| Orta   |   | 45 | 44.5 |
| <b>Birlikte Yaşadığı Bireyler</b>                        |   |    |      |
| Eş ve çocuklar   |   | 65 | 64.4 |
| Yalnızca eş  |   | 23 | 22.8 |
| Çocuklarıyla   |   | 4  | 4.0  |
| Eş, çocuklar, kayınvalide, kayınpeder ve diğer akrabalar |   | 5  | 5.0  |
| Yalnız   |   | 4  | 4.0  |
| <b>Sigara İçme Durumu</b>                                |   |    |      |
| Hiç içmemiş  |   | 81 | 80.2 |
| İçiyor   |   | 13 | 12.9 |
| Bırakmış   |   | 7  | 6.9  |
| <b>Ailede Kansere Öyküsü</b>                             |   |    |      |
| Evet   |   | 21 | 20.8 |
| Hayır  |   | 77 | 76.2 |
| Bilmiyor   |   | 3  | 3.0  |

( $\bar{x}$  Aritmetik Ortalama), *SS* (Standart sapma), *Min* (Minimum), *Max* (Maksimum)

%41.5'i yüksek lisans ve doktora düzeyinde öğrenime sahip iken, %96.8'i gelir getiren bir işte ve %48.9'u memur olarak çalışmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu (%96.0) iyi ve orta düzeyde gelire sahip olduğunu

belirtirken, %64.4'ü eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığını, %12.9'u sigara kullanmakta ve %20.8'i ailesinde kanser öyküsü olduğunu ifade etmiştir.

Serviks kanseri ile ilgili bazı risk faktörleri incelendiğinde; kadınların %4.0'ı ilk cinsel ilişkisini 18 yaş ve altında deneyimlediğini, %63.4'ü oral kontraseptif kullandığını, %69.9'u en az bir kez doğum yaptığını, %18.8'si kürtaj olduğunu ve onların %84.2'si düşük amacıyla kürtaj yaptırdığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %58.7'si vajinal duş yaptığını, %5.0'ı cinsel ilişkisi esnasında kanamasının, %4.0'ı eşinin cinsel açıdan başka partnerinin ve %4.0'ı genital siğilin olduğunu ifade etmiştir (Tablo 2).

Kadınların genital muayene ve pap smear testi yaptırmalarına ilişkin özelliklerinin dağılımı, Tablo 3'de yer almaktadır. Üniversitede çalışan kadınların %88.1'inin genital muayene olduğu, %73.3'ünün pap smear testi hakkında bilgisi olduğu ve bu testi %68.3'ünün yaptırdığı tespit edilmiştir. Kadınların %75.0'ı herhangi bir rahatsızlık yaşamadığı için önemsemediğinden dolayı pap smear testini yaptırmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %10.1'i 6 yıl ve üzerinde ve %40.6'sı herhangi bir jinekolojik yakınması nedeniyle bu testi yaptırdığını söylemiştir.

Tablo 4'de, kadınların rahim ağzı kanseri ve pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortancalarının bazı sosyo-demografik ve üreme sağlığı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Kadınların yaşı, sigara içme, ailede kanser öyküsü, vajinal duş yapma, cinsel ilişki esnasında kanama, genital siğil varlığı, doğum yapma ile rahim ağzı kanseri ve pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Kadınların öğrenim düzeyi ile rahim ağzı kanseri ve pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeğinin ciddiyet/önemseme ve sağlık motivasyonu dışındaki tüm alt boyundan aldıkları puan ortancaları arasında istatistiki açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Bu farkın her bir grupta önlisans/lisans mezunları ile yüksek lisans ve üzerinde öğrenime sahip olan kadınlar arasında olduğu tespit edilmiştir. Yüksek lisans ve

| Risk Faktörleri  | n  | %    |
|--|----|------|
| İlk Cinsel İlişki Yaşı ( $\bar{x}$ =25.85±4.43; Min-Max=16-40) |    |      |
| ≤18  | 4  | 4.0  |
| ≥19  | 97 | 96.0 |
| <b>Doğum Kontrol Hapı Kullanma</b>                             |    |      |
| Kullanan   | 64 | 63.4 |
| Kullanmayan  | 37 | 36.6 |
| <b>Doğum Yapma Durumu</b>                                      |    |      |
| Yapan  | 78 | 69.9 |
| Yapmayan   | 23 | 23.1 |
| <b>Kürtaj Olan</b>   |    |      |
| Olan   | 19 | 18.8 |
| Olmayan  | 82 | 81.2 |
| <b>Kürtaj Olma Nedeni (n=19)</b>                               |    |      |
| Tanı amacıyla  | 3  | 15.8 |
| Düşük yapma  | 16 | 84.2 |
| <b>Cinsel İlişki Sonrası Kanama</b>                            |    |      |
| Olan   | 5  | 5.0  |
| Olmayan  | 96 | 95.0 |
| <b>Vajinal Duş Yapma</b>                                       |    |      |
| Yapıyor  | 29 | 28.7 |
| Yapmıyor   | 72 | 71.3 |
| <b>Eşin Başka Cinsel Partnerinin Olması</b>                    |    |      |
| Olan   | 4  | 4.0  |
| Olmayan  | 96 | 95.0 |
| Bilmiyor   | 1  | 1.0  |
| <b>Genital Siğil Varlığı</b>                                   |    |      |
| Var  | 4  | 4.0  |
| Yok  | 89 | 88.1 |
| Bilmiyor   | 8  | 7.9  |

( $\bar{x}$ Aritmetik Ortalama), SS (Standart sapma), Min (Minimum), Max (Maksimum)

üzerinde öğrenime sahip olan kadınların duyarlılık ve pap smear engel algısı puan ortancası anlamlı olarak daha az iken, yarar ve motivasyon algısında ise bu durumun tam tersi olduğu saptanmıştır. Evli olan kadınların boşanmışlara göre ölçeğin önemseme/ciddiyet alt boyundan aldıkları puan ortancasının daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyi çok iyi ve orta olanlar ile küretaj yaptıranların ölçeğin pap smear engeller alt boyundan aldıkları puan ortancasının, kendi gruplarındaki kadınlara göre anlamlı olarak daha az oldukları tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Genital muayene ve pap smear testi yaptıran ve bu test hakkında bilgisi olan kadınların engeller alt boyutundan aldıkları puan ortancalarının anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Pap smear testi hakkında bilgisi olanların olmayanlara göre kadınların pap

| Genital Muayene Yaptırma  | n  | %    |
|---|----|------|
| Yaptıran  | 89 | 88.1 |
| Yaptırmayan   | 12 | 11.9 |
| <b>Pap Smear Testi Hakkında Bilgi Alma</b>                      |    |      |
| Alan  | 74 | 73.3 |
| Almayan   | 27 | 26.7 |
| <b>Pap Smear Testi Yaptırma</b>                                 |    |      |
| Yaptıran  | 69 | 68.3 |
| Yaptırmayan   | 32 | 31.7 |
| <b>Pap Smear Testini Yaptırmama Nedeni (n=32)</b>               |    |      |
| Rahatsızlık yaşamadığı için                                     |    |      |
| sağlık sorununu önemsememe                                      | 24 | 75.0 |
| Test hakkında bilgi sahibi olmaması                             | 3  | 9.4  |
| Diğer   | 5  | 15.6 |
| <b>En Son Pap Smear Testini Yaptırma Zamanı (n= 69)</b>         |    |      |
| Bir yıl ve altı   | 32 | 46.4 |
| 2-3 yıl   | 24 | 34.8 |
| 4-5 yıl   | 6  | 8.7  |
| 6 yıl ve üzeri  | 7  | 10.1 |
| <b>En Son Pap Smear Testini Yaptırma Amacı (n=69)</b>           |    |      |
| Düzenli sağlık kontrolü için                                    | 27 | 39.1 |
| Herhangi bir jinekolojik yakınma nedeniyle muayene gidildiğinde |    |      |
| doktor kararı ile   | 28 | 40.6 |
| Rahim ağzı kanseri taraması için                                | 11 | 15.9 |
| Diğer   | 3  | 4.4  |

smear yarar ve motivasyon alt ölçeğinden ve bu testi yaptıranların yaptırmayanlara göre sağlık motivasyonu alt ölçeklerinden aldıkları puan ortancalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

### Tartışma

Erken tanılanılarak önlenebilecek kanser türleri arasında yer alan serviks kanseri, kadınlar arasında sık olarak görülmekte, mortalite ve morbidite sorunlarına yol açmaktadır (5,6). Önleme ve erken tanılama programlarının etkin bir şekilde uygulanması ile birlikte, kadınlar arasında bu kanserden dolayı yaşanacak olan mortalite ve morbidite sorunlarının azaltılabileceği belirtilmektedir (6). 1941 yılından bu yana kullanılan pap smear testi ile servikal kanserinin morbiditesinde, mortalitesinde ve indisansında azalmalar meydana gelmiştir (23). Serviks kanserine bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılabilmesi için öncelikle kadınların erken tarama programlarına katılımlarının sağlanması

gerekmektedir (7). Ancak kadınların serviks kanserinin erken tanınmasına ilişkin tarama programlarına katılımları yeterli düzeyde değildir (9). Bu tarama programlarına katılımlarının yeterli düzeyde olmamasında, kadınların pap smear testinin önemini bilmemelerinin kaynaklandığı belirtilmektedir (24). Araştırmamızda üniversite çalışan kadınların pap smear testi hakkında bilgi alanların oranı %73.3'dür (Tablo 3). Gökğöz ve Aktaş (25)'in Ankara'da bir halk eğitim merkezinde yaptıkları çalışmada, kadınların pap smear testinin niçin yapıldığını bilme oranı %52.9 olarak bulunmuştur. Ordu'da yapılan başka bir araştırmada, jinekoloji polikliniğine muayene olmak üzere başvuran kadınlar arasında pap smear testi bilme oranının %24.7 olduğu tespit edilmiştir (26). Obstetri ve jinekoloji polikliniğine gelen kadınlar ile yapılan çalışmalarda pap smear testi hakkında bilgisi olanların oranı Manisa'da %43.1 (27) iken, Erzurum'da %25.6 (28) olarak bulunmuştur. Çorum'da aile sağlığı merkezinde 40 yaş üstü kadınlar ile yapılan çalışmada ise kadınların %48.2'sinin pap smear testini bildikleri belirlenmiştir (29). Yukarıda bahsedilen ve farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalardan (26-29) araştırmamızda elde ettiğimiz pap smear testi hakkında bilgi alma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç üzerinde, araştırma evrenimizdeki kadınların diğer çalışma grubundakilere göre öğrenim düzeyinin yüksek olmasının ve üniversite ortamında çalışmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Serviks kanserinin erken tanınmasında kullanılan pap smear testini kadınların yaptırma oranları, dünyanın çeşitli bölgelerinde farklılık göstermektedir (30). Ülkemizde farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalarda, kadınlarda en az bir kez pap smear testi yaptırma oranı %11.8-68.5 arasında değiştiği görülmektedir (17,24-33). Araştırmamızda üniversitede çalışan kadınlar arasında en az bir kez pap smear testi yaptırma oranı %68.3'tür (Tablo 3). Araştırmamızda kadınlar arasında pap smear testi yaptırma oranı, Uysal ve Birsal (33)'in İzmir'deki bir üniversitenin tıp fakültesinin obstetri ve jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlar ile yaptıkları çalışma sonuçlarına benzer şekilde bulunmuştur. Ancak araştırmamızda pap smear testi yaptıran kadınların yalnızca %15.9'u bilinçli olarak serviks kanserini taramak amacıyla

yaptırmıştır (Tablo 3).

Kadınlar yaşadığı sorunlarını önemsememe, utanma, bilgi eksikliği, ekonomik problemler yaşama... gibi nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları bilinmektedir (24).

Araştırmamızda kadınların büyük çoğunluğu herhangi bir rahatsızlığı olmadığı için sağlık sorunlarını önemseme (%75.0) ve %94.4'ü test hakkında bilgi eksikliğinden dolayı pap smear testini yaptırmadığını ifade etmiştir (Tablo 3). Sri Lanka'da sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, kadınların %47.0'ünün pap smear testinin gerekli olmadığını düşündükleri, %23.2'si servikal kanserin hiçbir semptomunu yaşamadıkları ve %3'ü farkındalıkları olmadıkları için bu testi yaptırmadıklarını belirtmiştir (34). Büyükkayacı Duman ve ark. (29)'nın yaptıkları çalışmada ise kadınların bilgisizlik, utanma ve korku nedeniyle pap smear testini yaptırmadıkları tespit edilmiştir. Uluocak ve Bekar (24)'in çalışmada ise araştırmamızda elde ettiğimiz bulguyla benzer şekilde kadınların büyük çoğunluğu herhangi bir rahatsızlığı olmadığı için pap smear testini yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir.

Pap smear testini yaptırıp yaptırmama kararı, kadınların sağlık inanç ve tutumlarından etkilenmektedir. Sağlık İnanç Modeli'ne göre kadınlar pap smear testinin yapılmasının yararlı olduğuna dair inançları arttığında duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu algısının da artacağı yani bu testi yaptırma ile ilgili engellerinin azalacağı belirtilmektedir (21). Araştırmamızda kadınların servikal kanser taramalarına yönelik sağlık inançlarını değerlendirmek amacıyla, Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçeğin yapılan güvenilirlik analizi sonuçlarına göre sağlık motivasyonu (0.594) dışındaki diğer alt boyutlarının mükemmel ve oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirliğinin incelendiği çalışmada, bu ölçeğin alt boyutlarından alınan Cronbach Alpha değerleri 0.62 ile 0.86 arasında değiştiği saptanmıştır (21). Reis, vd., (28) çalışmada ise ölçeğin alt boyutlarından alınan Cronbach Alpha değerleri 0.74-0.83 arasında değiştiği bulunmuştur. Kocaöz, vd. (35)'nin çalışmada ise eğitim öncesi ve sonrasında bu ölçeğin Cronbach Alpha değerlerinin sırasıyla 0.58-0.93 ve 0.58-0.88

**Tablo 4.** Kadınların rahim ağzı kanseri ve pap smear testi sağlığı inancının alt boyutlarından aldıkları puan ortancalarının bazı sosyo-demografik ve üreme sağlığı özelliklerine göre dağılımı

|                                 | Duyarlılık |                  | Önemseme/ciddiyet |                   | Yarar ve motivasyon |                   | Sağlık motivasyonu |                   | Engeller          |         |
|---------------------------------|------------|------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|---------|
|                                 | n          | Medyan (Min-Max) | p                 | Medyan (Min- Max) | p                   | Medyan (Min- Max) | p                  | Medyan (Min- Max) | Medyan (Min- Max) | p       |
| <b>Yaş</b>                      |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| 30<                             | 14         | 7.50 (3-9)       | 0.657             | 23.50 (7-32)      | 0.324               | 35.00 (32-40)     | 0.110              | 9.50 (6-15)       | 27.50 (18-44)     | 0.494   |
| 30≥                             | 87         | 7.00 (3-12)      |                   | 24.00 (10-35)     |                     | 34.00 (8-40)      |                    | 9.00 (3-15)       | 30.00 (15-70)     |         |
| <b>Öğrenim durumu</b>           |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Lise                            | 5          | 8.00 (6-9)       |                   | 17.00 (16-33)     | 0.126               | 32.00 (29-40)     | 0.002              | 8.00 (7-12)       | 38.00 (33-45)     | 0.005   |
| Önlisans/lisans                 | 37         | 9.00 (3-12)      |                   | 24.00 (10-35)     |                     | 32.00 (8-40)      |                    | 9.00 (3-15)       | 32.00 (15-70)     |         |
| ≥ Yüksek lisans                 | 59         | 6.00 (3-12)      | 0.003             | 23.00 (7-33)      |                     | 34.00 (12-40)     |                    | 9.00 (5-15)       | 28.00 (15-42)     |         |
| <b>Medeni durum</b>             |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Evlü                            | 94         | 7.00 (3-12)      |                   | 24.00 (7-35)      | 0.023               | 34.00 (8-40)      | 0.541              | 9.00 (3-15)       | 29.00 (15-70)     | 0.698   |
| Boşanmış                        | 7          | 6.00 (6-9)       | 0.597             | 19.00 (15-27)     |                     | 32.00 (30-39)     |                    | 10.00 (7-13)      | 34.00 (19-41)     |         |
| <b>Gelir durumu</b>             |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| İyi                             | 52         | 7.00 (3-11)      | 0.473             | 24.00 (7-33)      | 0.131               | 34.00 (8-40)      | 0.044              | 10.00 (5-15)      | 27.50 (15-70)     | 0.010   |
| Orta                            | 45         | 7.00 (3-12)      |                   | 23.00 (10-35)     |                     | 32.00 (8-40)      |                    | 9.00 (3-15)       | 32.00 (18-52)     |         |
| <b>Sigara içme</b>              |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| İçiyor                          | 13         | 8.00 (3-10)      |                   | 24.00 (15-33)     |                     | 33.00 (8-40)      |                    | 9.00 (5-11)       | 32.00 (17-70)     |         |
| Bırakmış                        | 7          | 8.00 (7-10)      |                   | 21.00 (16-30)     |                     | 34.00 (29-39)     |                    | 8.00 (6-12)       | 28.00 (15-41)     |         |
| <b>Ailede kanser öyküsü</b>     |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Var                             | 21         | 8.00 (3-12)      | 0.281             | 25.00 (14-33)     | 0.145               | 32.00 (8-40)      | 0.215              | 10.00 (3-13)      | 28.00 (17-70)     | 0.648   |
| Yok                             | 77         | 7.00 (3-12)      |                   | 24.00 (7-35)      |                     | 34.00 (20-40)     |                    | 9.00 (5-15)       | 29.00 (15-52)     |         |
|                                 | 3          | 6.00 (6-7)       |                   | 28.00 (27-28)     |                     | 32.00 (30-37)     |                    | 10.00 (7-10)      | 33.00 (29-39)     |         |
| <b>Vajinal Duş</b>              |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Bilmiyor                        | 29         | 7.00 (4-12)      | 0.847             | 25.00 (15-33)     | 0.117               | 34.00 (8-40)      | 0.229              | 10.00 (3-15)      | 29.00 (15-45)     | 0.576   |
| Yapan                           | 72         | 7.00 (3-12)      |                   | 23.50 (7-35)      |                     | 34.00 (8-40)      |                    | 9.00 (5-15)       | 29.50 (15-70)     |         |
| <b>Cinsel ilişkide kanama</b>   |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Var                             | 5          | 6.00 (5-9)       | 0.490             | 25.00 (19-32)     | 0.480               | 33.00 (25-36)     | 0.671              | 10.00 (7-11)      | 30.00 (21-42)     | 0.701   |
| Yok                             | 96         | 7.00 (3-12)      |                   | 24.00 (7-35)      |                     | 34.00 (8-40)      |                    | 9.00 (3-15)       | 29.00 (15-70)     |         |
| <b>Genital Siğil</b>            |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Var                             | 4          | 10.50 (6-12)     | 0.077             | 28.00 (21-30)     | 0.327               | 26.50 (8-34)      | 0.087              | 9.00 (3-14)       | 30.50 (29-36)     | 0.513   |
| Yok                             | 89         | 7.00 (3-11)      |                   | 24.00 (7-35)      |                     | 34.00 (8-40)      |                    | 9.00 (5-15)       | 29.00 (15-70)     |         |
|                                 | 8          | 8.50 (6-9)       |                   | 24.00 (20-33)     |                     | 31.50 (25-40)     |                    | 9.00 (8-13)       | 32.50 (19-47)     |         |
| <b>Doğum yapma durumu</b>       |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Yapan                           | 78         | 7.00 (3-12)      | 0.509             | 24.00 (10-35)     | 0.187               | 34.00 (8-40)      | 0.365              | 9.50 (3-15)       | 30.00 (15-70)     | 0.279   |
| Yapmayan                        | 23         | 8.00 (3-10)      |                   | 23.00 (7-33)      |                     | 34.00 (12-40)     |                    | 9.00 (6-15)       | 27.00 (15-44)     |         |
| <b>Kürtaj olma</b>              |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Evet                            | 19         | 6.00 (3-9)       | 0.678             | 23.00 (10-35)     | 0.787               | 33.00 (8-40)      | 0.111              | 10.00 (5-12)      | 36.00 (18-70)     | 0.033   |
| Hayır                           | 82         | 7.00 (3-12)      |                   | 24.00 (7-33)      |                     | 34.00 (8-40)      |                    | 9.00 (3-15)       | 29.00 (15-52)     |         |
| <b>Genital muayene yaptırma</b> |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Evet                            | 89         | 7.00 (3-12)      | 0.966             | 24.00 (7-35)      | 0.481               | 34.00 (8-40)      | 0.204              | 9.00 (3-15)       | 29.00 (15-70)     | 0.023   |
| Hayır                           | 12         | 7.00 (3-10)      |                   | 23.00 (17-30)     |                     | 33.00 (12-38)     |                    | 9.00 (6-12)       | 37.00 (24-47)     |         |
| <b>Pap testi hakkında bilgi</b> |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Var                             | 74         | 7.00 (3-12)      | 0.070             | 24.00 (7-35)      | 0.601               | 34.00 (8-40)      | 0.014              | 9.50 (5-15)       | 28.00 (15-70)     | 0.002   |
| Yok                             | 27         | 8.00 (5-12)      |                   | 25.00 (18-33)     |                     | 33.00 (8-39)      |                    | 9.00 (3-15)       | 35.00 (17-47)     |         |
| <b>Pap testi yaptırma</b>       |            |                  |                   |                   |                     |                   |                    |                   |                   |         |
| Yaptıran                        | 69         | 7.00 (3-12)      | 0.353             | 24.00 (7-35)      | 0.327               | 34.00 (8-40)      | 0.120              | 10.00 (3-15)      | 27.00 (15-52)     | <0.0001 |
| Yaptırmayan                     | 32         | 7.50 (3-11)      |                   | 23.00(15-33)      |                     | 33.00 (8-40)      |                    | 9.00 (5-14)       | 35.50 (18-70)     |         |

arasında değiştiği belirlenmiştir. Araştırmamızda ölçeğin sağlık motivasyonu alt boyutundan alınan Cronbach Alpha değeri, diğer çalışma (21,28) sonuçlarına göre oldukça düşük, Kocaöz, vd. (35)'nin çalışmasındaki bulgular ile benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Araştırmada sağlık motivasyonu alt boyuna yönelik kadınların sağlık inançlarını değerlendirmede daha güvenilir sonuçların elde edilmesi için ölçek maddelerinin yeniden gözden geçirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları üzerinde yaş, eğitim, gelir, etnik köken, cinsiyet gibi sosyo-demografik özellikler ve bilişsel-algısal faktörler etkili olabilmektedir. Bireylerin ğrenim durumu ve gelir düzeyi yükseldikçe ve yaşı ilerledikçe sağlığı koruma davranışlarında da artış meydana geldiği belirtilmektedir (20,36). Bireylerin ğrenim durumu bir konuyla ilgili olarak

nemseme/ciddiyet, yarar ve engel algılarını dolaylı yollardan etkileyebilmektedir (37). Araştırmamızda kadınların Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli leği'nin duyarlılık ve önemseme/ciddiyet dışındaki tüm alt boyutlarında öğrenim düzeyi arttıca pap smear yarar ve sağlık motivasyon algılarının arttığı ve engel algısının ise azaldığı tespit edilmiştir. Araştırma bulgularımızla, literatür (20,36) ve Gkz ve şahin (25)'in çalışması ile uyumlu bulunmuştur.

Ciddiyet/nemseme algısının artması, bir hastalığın kendisi için tehdit oluşturabileceği düşüncesini artırmakta ve bu sorunu azaltmak için bireyin eyleme geçmesine neden olabilmektedir (37). Araştırmamızda boşanmış kadınların evli olanlara göre ölçeğin önemseme/ciddiyet alt boyutundan aldıkları puan ortancasının anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ )



Fotoğraf: "Papatya" Gülay eliker-TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2014 Sergi dl

(Tablo 4). Sosyodemografik özelliklerden olan medeni durumun, kadınların servikal kanserin erken tarama programlarına katılımlarını etkilediği belirtilmektedir (14,27,29). Yapılan çalışmalarda, evli olan kadınların evli olmayanlara göre pap smear testini daha fazla yaptırdıkları belirlenmiştir (29,30). Üniversitede yapılan araştırmada bu sonucun elde edilmesinde, KETEM tarafından pap smear testinin evli olanlara ücretsiz olarak sunulmasının ve boşanmış kadınların cinsel yönden aktif olmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bireylerin istenilen ya da olumlu yönde eyleme geçebilmesi için davranışlarını engelleyecek ya da zorlaştıracak engel algılarının olmaması gerekmektedir. Bireylerin engel algısının artması durumunda olumlu sağlık davranışının eyleme geçmesi mümkün olamamaktadır (20). Gelir düzeyi, bireylerin servikal kanserin erken tarama programlarına katılımlarını etkileyen bir faktördür (11-13). Araştırmamızda orta düzeyde gelire sahip olanların, iyi düzeydekilere göre pap smear engel algılarının anlamlı olarak daha fazla ve pap smear yarar ve motivasyon algılarının daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4). Jinekoloji polikliniğine gelen kadınlarla yapılan bir çalışmada, pap smear testine yönelik engel algılarının çalışmayanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır (38). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da çalışan kadınların çalışmayanlara göre pap smear testini daha fazla yaptırdıkları belirlenmiştir (39). Araştırmamızdaki bulgularımız ve yukarıda bahsedilen çalışma sonuçları benzer şekilde kadınların gelir düzeyinin yükselmesi ile birlikte pap smear yaptırmadaki engellerin azaltılmasında önemli olduğunu göstermektedir.

Kadın jinekolojik muayene yaptırmaya ilgili görüşleri hem bu muayeneyi, hem de pap smear testini yaptırmayı etkilemektedir (24). Araştırmamızda jinekolojik muayene olan ve küretaj yaptıran kadınların pap smear engel algılarının anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4). Jinekolojik muayeneyi yaptırmayı engelleyen algıların, aynı zamanda jinekolojik bir girişim olan pap smear testinin yapılmasını da engellemektedir. Bu nedenle jinekolojik muayeneye yönelik engellerin kaldırılmasına yönelik yapılacak girişimlerin, pap smear testinin yapılmasındaki engelleri aşmada önemli olduğu düşünülmektedir.

Bilgi eksikliği, servikal kanserin erken tanınmasını sağlayan testlerin yapılmasındaki önemli engellerden biridir (11-13). Bireylerin kanser konusunda bilinçlendirilmesi, erken tarama programlarına katılım için gerekli olan sağlık motivasyonunun sağlanmasında önemli etkiye sahiptir (13). Araştırmamızda pap smear testi hakkında bilgisi olan kadınların yarar ve motivasyon algısının yüksek ve engel algısının ise az olduğu belirlenmiştir. Ayrıca pap testi yaptıran kadınların da sağlık motivasyonlarının fazla ve engel algılarının ise düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Erbil, vd. (26)'nin yaptığı çalışmada, pap smear testi hakkında bilgisi olanların olmayanlara göre daha fazla bu testi yaptırdığı tespit edilmiştir. Demirtas and Acikgoz (38)'un çalışması ise pap smear testi yaptıranların ve bilgisi olanların pap smear yarar ve motivasyon alt boyutlarında puan ortalamalarının daha fazla, pap smear engellerinin ise daha az olduğu belirlenmiştir. Servikal kanser ve erken tanınması konusunda kadınların farkındalıklarının artırılmasının pap smear yarar ve motivasyon algısını artırarak, bu testi yaptırmadaki engellerini azaltacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda yaklaşık olarak her 10 kadından 7'sinin pap smear testini yaptırdığı belirlenmiştir. Üniversitede çalışanların topluma göre bu testi yaptırmaya yüzdesi yüksek olmasına karşın, kadınların yalnızca % 19.5'nin servikal kanserin erken tanınması amacıyla bilinçli bir şekilde pap smear testini yaptırdığı tespit edilmiştir. Araştırmada pap smear testini bilme ve yaptırmadan, kadınların serviks kanserinin erken tanınması için yapılacak olan programlara katılımındaki engel algılarını azaltmaktadır. Bu nedenle kadınların duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu ve pap smear yarar ve motivasyon algılarının artırılması ve engel algılarının azaltılması için özellikle risk grubundakiler (öğrenim düzeyi, gelir durumu, jinekolojik muayene yaptırmaya, medeni durum... gibi) başta olmak üzere tüm üniversite çalışanlarına yönelik düzenli aralıklar ile servikal kanser ve erken tanınması konusunda eğitimlerin yapılması önerilmektedir.

**İletişim:** Dr. Aynur Kızılırmak  
**E-posta:** aynur268@gmail.com

## Kaynaklar

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136 (5): E359-386.
2. Türkiye'de Kanser İstatistikleri 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Accessed June 11, 2015, at [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/2010\\_Yili\\_Turkiye\\_Kanser\\_istatistikleri.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2010_Yili_Turkiye_Kanser_istatistikleri.pdf).
3. Fedewa SA, Sauer AG, Siegel RL, Jemal A. Prevalence of major risk factors and use of screening tests for cancer in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2015; 24(4): 637-652.
4. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer (IARC). Accessed July 6, 2015, at <http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx>.
5. Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011; 18(1): 61-72.
6. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A. Factors for performing breast and cervix cancer screening by Iranian female workers: A qualitative-model Study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011; 12: 1517-1522.
7. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: Early detection, Switzerland, 2007. World Health Organization. Accessed June 12, 2015, at <http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>.
8. Köse MF, Özgül N. İnvaziv Serviks Kanseri. In: Çiçek MN, Mungan MT, ed. *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti.; 2007. p.725-743.
9. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Özkan S, Keskinçilic B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş Gve ark. ed. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Accessed June 13, 2015, at [http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Ulusal\\_Kanser\\_Kontrol\\_Plani\\_20\\_13\\_2018.pdf](http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_20_13_2018.pdf).
10. BonfillCosp X, MarzoCastillejo M, Pladevall Vila M, Marti J, Emparanza JI. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening. *Cochrane Db Syst Rev* 1, doi: 10.1002/14651858.CD002943.
11. Gümüş AB, Çam O. Kadınların serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Nobel Medicus* 2011; 7(3): 46-52.
12. Ersin F, Bahar Z. Barriers and facilitating factors perceived in Turkish women's behaviors towards early cervical cancer detection: a qualitative approach. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(9): 4977-4982.
13. Guvenc G, Memnun S, Kilic A, Aygul A, Gulcin A. Breast, cervical, and colorectal cancer screening status of a group of Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13 (9): 4273-4279.
14. Açıkgöz A, Ergör G. Cervical cancer risk levels in Turkey and compliance to the national cancer cervical screening standard" *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;12: 923-327.
15. Abiodun OA, Olu-Abiodun OO, Sotunsa JO, Oluwole FA. Impact of health education intervention on knowledge and perception of cervical cancer and cervical screening uptake among adult women in rural communities in Nigeria. *BMC Public Health* 2014;14: 814. doi: 10.1186/1471-2458-14-814.
16. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2011; 25(3): 145-154.
17. Yuçel U, Ceber E, Özentürk G. Efficacy of a training course given by midwives concerning cervical cancer risk factors and prevention. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009; 10: 437-442.
18. Documet P, Bear TM, Flatt JD, Macia L, Trauth J, Ricci EM. The association of social support and education with breast and cervical cancer screening. *Health EducBehav*2015; 42(1): 55-64.
19. Kwok C, Lim, D. Evaluation of a culturally tailored education to promote breast and cervical cancer screening among Chinese-Australian women. *J Cancer Educ* 2016; 31(3): 595-601.
20. Gördes Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi, *DEUHYO ED* 2011; 4(1): 34-40.
21. Guvenc G, Akyuz A, Acikel CH. Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: psychometric testing *J Adv Nurs* 2010; 67(2): 428-437.
22. Özmen D, Özsoy S. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 25(1): 51-69.
23. Ayhan A, Esinler İ. Servikal intraepitelyal neoplaziler (CIN), In: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K, ed. *Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi*, 2nd ed. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti: 2008. p.1171-1192.
24. Uluocak T, Bekar M. Kadın sağlık çalışanlarının

- servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2012; 2: 50-57.
25. Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların serviks kanseri ve pap smear testi yaptırma durumlarına yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2015; 3(2): 11-23.
26. Erbil N, Tezcan Y, Gur EN, Yıldırım M, Aliş N. Factors affecting cervical screening among Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010;11:1641-1644.
27. Yanikkerem E, Goker A, Piro N, Dikayak S, Koyuncu FM. Knowledge about cervical cancer, pap test and barriers towards cervical screening of women in Turkey. *J Canc Educ* 2013; 28: 375-383.
28. Reis N, Bebis H, Kose S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13: 1463-1470.
29. Büyükkayacı Duman N, Yüksek Koçak D, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. *G.O.P Taksim E.A.H. JAREN* 2015; 1(1): 30-38.
30. Karabulutlu Ö. Evaluation of the pap smear test status of Turkish women and related factors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(2): 981-986.
31. Ersin F, Kıssal A, Polat P, Koca BD, Erdoğan M. Kadın sağlık personelinin servikal kansere yönelik algıları ve bunu etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2016; 18(2-3): 31-43.
32. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri, serviks kanseri ve rutin tarama testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Med J* 2014; 15: 154-60.
33. Uysal A, Birsal A. Knowledge about cervical cancer risk factors and pap testing behaviour among Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009;10(3):345-350.
34. Nilaweera RI, Perera S, Paranagama N, Anushyanthan AS. Knowledge and practices on breast and cervical cancer screening methods among female health care workers: a Sri Lankan experience. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(4):1193-6.
35. Kocaöz, S., Özçelik, H., Talas, M.S. et al. The Effect of Education on the Early Diagnosis of Breast and Cervix Cancer on the Women's Attitudes and Behaviors Regarding Participating in Screening Programs. *J Canc Educ* 2017. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1193-8>.
36. Ersin F, Bahar, Z. Sağlık geliştirme modellerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi. *DEUHYO ED* 2012; 5(1): 28-38.
37. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E. Sağlık davranış modelleri. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2015; 5(1): 28-34.
38. Demirtas B, Acikgoz, I. Promoting attendance at cervical cancer screening: understanding the relation with Turkish womens' health beliefs. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(1): 333-340.
39. Sönmez Y, Keskin Y, Lüleci E. Kadın ve aile sağlığı merkezine başvuranların serviks kanseri erken tanı yöntemleri konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Maltepe Tıp Dergisi* 2012; 4(2): 15-21.



# Bir Tıp Fakültesi İntörnlerinin Mesleki Temel Bazı Bilgi ve Becerileri Hakkındaki Öz Değerlendirmeleri

The Self-Assessments by the Interns Studying at a Medical School on Certain Basic Professional Knowledge and Skills

Araştırma



Research

*İnt. Cansu Köse<sup>1</sup>, İnt. Yunus Güneğül<sup>1</sup>, İnt. Ceren Erdem<sup>1</sup>, İnt. Gökçe Uyurca<sup>1</sup>, İnt. Beste Ekin Sandalcı<sup>1</sup>, İnt. Anıl Alp<sup>1</sup>, İnt. Mustafa Konakçı<sup>1</sup>, İnt. Murat Serhat Kılıççioğlu<sup>1</sup>, İnt. Gizem Nur Onay<sup>1</sup>, İnt. Mennan Yiğitcan Çelik<sup>1</sup>, İnt. Zeynep Ay<sup>1</sup>, İnt. Oğuzhan Can<sup>1</sup>, İnt. Hüseyin Furkan Ayhan<sup>1</sup>, Dr. Eray Öntaş<sup>2</sup>, Dr. Didem Daymaz<sup>3</sup>, Dr. Banu Çakır<sup>4</sup>*

Geliş/Received : 30.10.2017

Kabul/Accepted : 01.02.2018

## Öz

**Amaç:** Araştırmanın amacı Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) esas alınarak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi intörn hekimlerinin mezuniyet sonrasında gerek duyacakları mesleki bazı bilgi ve beceriler hakkındaki özdeğerlendirmelerini incelemektir.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki araştırmanın evreni, 2017 yılı Ağustos ayında HÜTF'de eğitime aktif olarak devam eden 441 intörnden oluşmaktadır. Araştırmanın tamamlanma yüzdesi %83,9 olup, katılmama nedenlerinin çalışma konusuyla doğrudan ilişkili olmaması nedeniyle, bulguların HÜTF 2017-2018 dönemi intörnlere için dış geçerliliğinin yüksek olduğu kabul edilmiştir. Araştırma için HÜTF Dekanlığı'ndan yazılı izin ve tüm katılımcılardan aydınlatılmış onamları alınmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler ve olası ilişkilerin değerlendirilmesinde odds oranı (%95 güven aralığı) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Ulusal ÇEP beklentileri esas alınarak, intörnlerin, mezuniyet sonrası en sık çalışma alanları ve karşılaşılabilecekleri hasta profili göz önüne alınarak, gerek duyacakları temel bazı hastalıkların tanı, tedavi ve idaresi konusundaki bilgi ve uygulama durumları ile kendilerini mesleki açıdan ilgili konularda ne kadar yeterli hissettikleri incelenmiştir. Genel olarak, ÇEP kapsamında, intörnlerin gerekli bilgilere sahip olma yaygınlıkları yüksek, uygulama düzeyleri beklenenden az, yeterlilik hisleri ise beklenenden anlamlı düzeyde düşüktür. Beyana göre, yeterlilik hissi uygulama yapmış olma ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif ilişkili bulunmuştur. Hekim adayları, eğitimlerinin pratik uygulamalarını esas olarak intörnlük döneminde edineceklerini beklemekte iken, bu dönemde medikal uygulamalara aktif katılımlarının düşük olmasından yakınmakta; intörnlük döneminin pratisyen hekimlik ve Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) için hazırlık süreçlerine katkısı olduğuna inananların payı sırasıyla grubun üçte ikisi ve yarısına karşılık gelmektedir.

**Sonuç:** Öz değerlendirme sonuçlarına göre Ulusal ÇEP'te yer alan bazı temel mesleki beceriler ile hastalıklar/klinik durumlar ve semptomların yönetimi açısından intörnler kendilerinin hedeflenen bilgi ve beceri düzeyinde görmemektedir.

**Anahtar sözcükler:** Tıp eğitimi, İntörn doktor, Mesleki yeterlilik, Çekirdek eğitim programı

## Abstract

**Aim:** The aim of this study was to examine the self-assessments by 2017-2018 academic year interns of Hacettepe University Faculty of Medicine (HUFM) on certain professional knowledge and skills they will need after graduation, in accordance with National Core Curriculum (NCC).

**Methods:** The universe of this cross-sectional study consisted of 441 interns, who have actively attended the training at HUFM in August 2017. The completion rate of the research was 83.9%. The external validity of the findings was considered to be high for 2017-2018 academic year interns of HUFM, because the reasons for not participating were not directly related to the research topic. A written permission was received from the Dean's Office and verbal permission was obtained from all participants. Descriptive statistics were used in data analyses and odds ratio (95% confidence interval) was used to evaluate the probable associations.

**Findings:** Considering the NCC requirements and most common study areas and the patient profile they would encounter after graduation, the status of knowledge and practice of the interns on diagnosis, treatment and management of certain basic diseases, which they would need and their perceptions of their own professional competency in related areas were examined. In general, within the scope of the NCC, interns have a high prevalence of having the necessary knowledge, their practice levels are lower than expected and their perception of competency is significantly less than expected. According to the self-assessments, a statistically significant and positive relationship was found between the perception of competency and practice. While the physician candidates expect that the practical application of their training would take place mainly during the internship period, they complain about the low level of active involvement in medical practice in this period; the proportions of those who believe that the internship period contributes to the preparation for the general practice and the Medical Specialty Exam are two-thirds and half of the group, respectively.

**Conclusion:** According to self-assessments of interns, it was observed that certain basic professional skills included in NCC and the level of knowledge and skills aimed at managing diseases/clinical conditions and symptoms could not be achieved.

**Key words:** Medical education, Internship, Professional competence, Core curriculum

**1 İntörn, Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara**

**2 Asistan, Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara**

**3 Uzm.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara**

**4 Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara**

## Giriş

İyi bir hekim “üst düzeyde bilgi birikimine sahip, iyi tanı koyabilen ve tedavi yapabilen, koruyucu hekimliği ve toplum sağlığını ön planda düşünen, iyi iletişim kurabilen, araştırmacı, etik değerleri gözetken kişi” olarak tanımlanmaktadır (1). Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu ve Edinburg Bildirgesi tıp eğitiminin amacını, “tüm insanların sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekim yetiştirmek” şeklinde tanımlamıştır (2,3).

Tıp eğitimi; mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim, genel klinik eğitim, uzmanlık ve üst uzmanlık eğitimi ve sürekli eğitimi içerir. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin süresi ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, Avrupa’da liseden sonra genellikle altı yıllık süreyi kapsarken, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de liseden sonraki dört yıllık yüksek okul eğitimini takiben dört yıl tıp eğitimine devam edilmesi ile toplam 8 yılda tamamlanmaktadır. Bazı ülkelerde intörnlük uygulamaları temel tıp eğitiminin süresi içerisinde, ABD benzeri programlarda ise tıp eğitimi sonrası bir ya da bir buçuk yıllık ek sürede tamamlanmaktadır (4). Türkiye’de hekimlik eğitimi lisans düzeyinde eğitim veren tıp fakültelerinde altı yıllık bir eğitim süreci olarak yürütülmektedir. Mezun hekimler pratisyen hekim olarak hizmet verebilirler.

Türkiye’de tıp eğitiminin sorunları ve ilişkin düzenlemelere ihtiyaç 1970’lerden beri tartışılmaktadır. Yapılan çalışmalarda tıp eğitiminin amacı ile ülkenin sağlık sorunlarının örtüşmediği görülmüştür (5,6). Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) ve Türk Tabipleri Birliği (TTB)’nin 1990’lı yıllarda yaptığı araştırmalar ile Türkiye’de tıp eğitimi ile ilgili sorunlar detaylı olarak ortaya konulmuştur. TBMM’nin 1991 yılında yaptığı araştırma sonucu yayınlanan raporda ülke gereksinimlerine göre yetiştirilmiş nitelikli hekim sayısındaki yetersizlik vurgulanmıştır. TBMM’nin bu çalışmasına katılan bir çok tıp fakültesi dekanı eğitim programlarının ülkenin sağlık sorunlarına öncelik vermesi ve üniversite hastaneleri dışında da eğitime yer verilmesi gerektiğini belirtmiştir (7). TTB’nin mezuniyet öncesi raporunda çözüm olarak Türkiye’nin gereksinimlerine uygun pratisyen hekim yetiştirilmesi, tıp eğitiminin topluma dayalı olarak ve problem çözmeye yönelik aktif eğitim yöntemi ile verilmesi önerilmiştir (8,9). Bu çalışmalar hekimlerin

mezuniyet öncesi almaları gerekli bilgiler ve ilişkin uygulamaların içeriğini doğrudan etkileyecek özelliktedir.

Tıp fakültelerinin 2003 yılında Türkiye genelinde aldığı toplam öğrenci sayısı 4 746 iken, hızla açılan tıp fakülteleriyle birlikte bu sayı 2008 yılında 6 442’e, 2011 yılında 8 266’ya, 2012 yılında 9 207’ye yükselmiştir. 2017-2018 eğitim öğretim döneminde 109 tıp fakültesi eğitim programı için toplamda 12 259 kontenjan açılmıştır (10-13). Hekim yetiştirme konusundaki nicelik olarak gözlenen bu hızlı ve belirgin artışın tıp fakültelerinin sunacağı mezuniyet öncesi eğitimin içerik ve kalitesinde benzeri bir izdüşümü olması ve kurumlar arası standardizasyonun sağlanması için asgari temel standartlara ait ulusal bir çerçeve programın geliştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Bu ihtiyaca yönelik ilk adım olarak 2001 yılında “Ulusal Çekirdek (Tıp) Eğitim(i) Programı” (Ulusal ÇEP) çalışmalarına başlanılmıştır. Tıp eğitiminde değişen ihtiyaçlara cevaben 2013 yılında Ulusal ÇEP’in revizyonu yapılmış; Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Yeterlikler Çerçevesi perspektifinde 2014 yılında Ulusal ÇEP-2014 oluşturulmuştur. ÇEP hekimlikte beklenen asgari (ortak) standartları esas alarak hazırlanmıştır; her tıp fakültesinin bu çekirdek programın üzerine çıkarak kendi müfredatını genişletmesi, zenginleştirilmesi ve güncelleştirilmesi olasıdır ve desteklenmektedir (14).

Bu çalışmada ulusal ÇEP beklentilerinin seçilmiş bir tıp fakültesi intörnlük grubunda ne kadar karşılandığının değerlendirilmesi ve (varsa) eksiklerin tespiti hedeflenmiştir. Ulusal ÇEP hedeflerinin hepsi tek tek aynı anketle eş zamanlı çalışılmayacağı için: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2017-2018 dönemi intörnlüklerinin mezun olduklarında gereksinim duyacakları temel mesleki bazı bilgi ve beceriler, Ulusal ÇEP listesinden, mezuniyet sonrasında yaygın olarak görev alacakları hastane acil servisleri ve toplum sağlığı merkezlerinde üstlenecekleri görevler ve en yaygın hastalıklar listesi esas alınarak alan seçimi yapılmıştır. Seçilmiş alanlar özelinde, intörnlükten ilişkin bilgi, uygulama durumu ve yeterliliklerine ait öz değerlendirmeleri istenmiştir. Çalışmada ayrıca, intörnlük döneminin mesleki eğitime etkileri konusundaki beklentiler ile görüşler de incelenmiştir.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın yeri ve katılımcıları

Kesitsel tipteki araştırmanın evreni Ankara'da Altındağ ilçesinde Hacettepe Üniversitesi (HÜ) Sıhhiye Yerleşkesinde bulunan Erişkin Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Onkoloji Hastanesi ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görev alan; HÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı öğrenci işleri güncel listesine göre 2017 yılı Ağustos ayında eğitime aktif devam eden 41 intörnden oluşturmaktadır. Araştırma evreni dahilinde olup halen Kırsal Hekimlik seçmeli stajına devam eden intörnlerden araştırma ekibinde yer alanlar (n=13) ile araştırma ön sunumunu dinleyerek çalışma hakkında bilgi edinmiş olanlar (n= 25) çalışma kapsamı dışında bırakılmış; veri toplama süresi boyunca hastanede olmayan, ulaşılamayan, çalışma koşulları nedeniyle anketi dolduramayan ve reddeden intörn hekimler çıkarıldıktan sonra, anketler toplam 370 intörn hekim için tamamlanabilmiştir: Tamamlanma yüzdesi 83,9 olup, araştırmaya katılmama nedenlerinin çalışma konusuyla doğrudan ilişkili olmaması nedeniyle, bulguların HÜTF 2017-2018 dönemi intörnleri için dış geçerliliğinin yüksek olduğu kabul edilmiştir.

### Araştırmanın değişkenleri ve veri toplama yöntemi

Araştırmanın değişkenleri arasında intörnlerin bazı sosyodemografik özellikleri, tıp eğitimi ile ilgili bazı görüşleri ve özellikleri, mesleki bazı temel beceriler, sık görülen bazı hastalık/ klinik durumların ve semptomların yönetimi ile ilgili öz değerlendirmeleri yer almaktadır.

İntörnlerin gerekli asgari mesleksi bilgi ve beceri durumlarını değerlendirmede ulusal ÇEP kapsamında öykü alma, fizik muayene, kayıt tutma, raporlama ve bildirim, tanısal tetkik ve tahliller, girişimsel ve girişimsel olmayan uygulamalar ve koruyucu hekimlik ve toplum hekimliği uygulamaları alt başlıkları altında en sık kullanacakları alanlardan 38 alan seçilmiştir. Her başlık altında yeterlilik tek tek değerlendirildiği gibi karşılaştırmalı analizlerde her alan için "tüm alt maddelerde kendini yeterli hissedenler" ve "diğerleri" olmak üzere ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Her alan için çalışılan alt başlıklar aşağıdaki şekildedir:

1. Öykü alma;

2. Fizik muayene Tam fizik muayene, bilinç düzeyi ve ruhsal muayenesi;

3. Kayıt tutma, raporlama ve bildirim: Ölüm belgesi düzenleyebilme, adli rapor hazırlama;

4. Tanısal tetkik ve tahliller: Laboratuvar sonuçlarını değerlendirebilme, EKG değerlendirme, akciğer grafisi değerlendirme, ayakta direkt batın grafisi değerlendirme, periferik yayma değerlendirme;

5. Girişimsel ve girişimsel olmayan uygulamalar: Akılcı antibiyotik kullanımı, kan basıncı ölçümü yapabilme, damar yolu açabilme, temel yaşam desteği sağlayabilme, intramuskuler enjeksiyon yapabilme, subkutan enjeksiyon yapabilme, idrar sondası takabilme;

6. Koruyucu hekimlik ve toplum hekimliği uygulamaları: Bağışıklama hizmetleri verebilme, aile planlaması danışmanlığı yapabilme, gebe ve lohusa takibi yapabilme, tütün kontrolünü sağlayabilme.

Araştırma verileri gözlem altında anket uygulama yöntemi ile toplanmıştır. Anket taslağı kullanılarak 07.08.2017 tarihinde kırsal hekimlik seçmeli stajına devam eden intörnlerde (n= 25) araştırmanın ön denemesi yapılmıştır. Ön denemeden elde edilen öneri ve katkılar dikkate alınarak anket formuna son hali verilmiştir. Araştırmanın verileri 08 Ağustos 2017-15 Ağustos 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

### İstatistiksel Analizler

Verilerin analizinde SPSS ver.23 istatistik paket programı (IBM, Newyork, Amerika Birleşik Devletleri) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde sayı ve yüzde dağılımları ile gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare testi kullanılmış, olası ilişkilerin değerlendirilmesinde odds oranı (OO) ve ilişkili %95 güven aralığı (GA) değerleri sunulmuştur. Tüm istatistiksel analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### Etik Konular ve Kurumsal İzinler

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, araştırmanın hedefleri ve anketin içeriği vb. konularda gerekli açıklamalar anket formunun

giriş kısmına detaylı şekilde yazılarak, anketin uygulanmasından önce katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllük esasına uyulmuş, katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır. Araştırma verileri araştırma dışında kullanılmamış, sonuçlar ilgili kurumlarla rapor olarak paylaşılmıştır.

### Bulgular

Anketler tüm intörnlerin %83,9'u için tamamlanabilmiştir. Araştırmaya katılan HÜTF intörnlerinin ortalama yaşı  $24,1 \pm 1,3$  yıl, ortancası 24 olarak bulunmuştur. Intörnlerin %49'u erkek olup, %83'ü HÜTF Türkçe ve İngilizce programında eğitim almaktadır. Araştırmaya katılan intörnlerin %55'i maddi durumlarının tıp eğitimlerine "olumlu" etkisi olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan HÜTF intörnlerinin üçte biri ailesi ile birlikte evde kalmakta olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan HÜTF intörnlerinin tıp fakültesine giriş sebebi sorulduğunda %51,4'ü insanlara yardım etmek istediği için, %41,9'u iş garantisi için tercih ettiğini belirtirken; %14,3'ü

tıp fakültesine ailesinin zoruyla girdiğini belirtmiştir. Intörnlerin üçte ikisi fakülte öğrenimi döneminde yoklama zorunluluğu olmayan derslere genellikle ya da ara sıra katıldığını, %14,1'i ise hemen hiç katılmadığını belirtmiştir; yoklama zorunluluğu olmayan derslere genellikle katılanların %12,6'sinin dönem ya da staj kaybı var iken bu değer derse katılım azaldıkça %28'e kadar artmaktadır; eğitim döneminde yoklama zorunluluğu olmayan derslere katılma durumu ile dönem ya da staj kaybı olması durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur: Yoklama zorunluluğu olmayan derslere "genellikle katılırım" diyenlere kıyasla tüm diğer öğrenciler karşılaştırıldığında, derse devamı az olan grubun staj/dönem kaybı 2.56 kat (%95 GA= 1.44-4.55) fazla bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

Intörnlerin dörtte üçü HÜTF'de verilen mesleki eğitimi diğer fakültelerde alınan tıp eğitimlerine kıyasla "çok daha iyi ya da daha iyi" olarak nitelendirirken, %5'i "daha kötü ya da çok daha kötü" olarak değerlendirmişlerdir. Intörnlerin 4. ve 5. sınıfta alınan stajların öğrenim hedeflerini çoğu/her staj için bilenlerin payı dörtte birdir.

**Tablo 1.** Araştırmaya katılan intörn hekimlerin bazı sosyodemografik özellikleri (Ağustos, 2017)

| Sosyodemografik Özellikler  | Alt Grup                  | Sayı  | Yüzde |
|---|---------------------------|-------|-------|
| Yaş (yıl) (n=366)   | 22                        | 7     | 1,9   |
|   | 23                        | 116   | 31,6  |
|   | 24                        | 158   | 43,2  |
|   | 25                        | 55    | 15,0  |
|   | 26 ve üzeri               | 30    | 8,3   |
|   | Cinsiyet (n=370)          | Erkek | 182   |
| Kadın   |                           | 188   | 50,8  |
| Okuduğu tıp fakültesi (n=369)                                     | HÜTF Türkçe               | 163   | 44,2  |
|   | HÜTF İngilizce            | 144   | 39,0  |
|   | Kastamonu Tıp Fakültesi   | 36    | 9,8   |
|   | Bozok Tıp Fakültesi       | 26    | 7,0   |
| Maddi durumunun tıp eğitimine etkisi hakkındaki görüşleri (n=370) | "Olumlu etkisi var"       | 204   | 55,1  |
|   | "Herhangi bir etkisi yok" | 99    | 26,8  |
|   | "Olumsuz etkisi var"      | 38    | 10,3  |
|   | Fikri yok                 | 29    | 7,8   |
| Yaşadığı yer (n=370)  | Yurtta                    | 113   | 30,5  |
|   | Aile ile birlikte evde    | 120   | 32,4  |
|   | Tek başına evde           | 48    | 13,0  |
|   | Arkadaşlarıyla evde       | 82    | 22,2  |
|   | Diğer *                   | 7     | 1,9   |

\* Diğer cevabını veren yedi kişiden dördü kardeşiyle evde yaşadığını, üç kişi ise konukevinde yaşadığını belirtmiştir.

**Tablo 2.** HÜTF intörn hekimlerinin tıp eğitimi ile ilgili bazı görüş ve özellikleri

| Özellik   |  | Sayı                  | Yüzde |
|---|--|-----------------------|-------|
| <b>Tıp fakültesine giriş sebebi (n=370) *</b>   | İnsanlara yardım etme isteği   | 190                   | 51,4  |
|   | Hekimliğin prestijli bir meslek olması   | 179                   | 48,4  |
|   | İş garantisi olması  | 155                   | 41,9  |
|   | Tıp fakültesi puanının yüksek olması   | 100                   | 27,0  |
|   | Hekimliğin gelirinin yüksek olması   | 87                    | 23,5  |
|   | Aile baskısı   | 53                    | 14,3  |
|   | Diğer †  | 26                    | 7,0   |
|   | <b>Yoklama zorunluluğu olmayan derslere katılım (n=368)</b>                          | "Genellikle katıldım" | 144   |
| "Ara sıra katıldım"   |  | 105                   | 28,5  |
| "Nadiren katıldım"  |  | 67                    | 18,2  |
| "Hemen hiç katılmadım"  |  | 52                    | 14,1  |
| <b>HÜTF eğitimi diğer fakültelerdeki eğitime göre nasıl algıladıkları (n=368)</b>                   | Çok daha iyi   | 70                    | 19,0  |
|   | Daha iyi   | 202                   | 54,9  |
|   | Fark yok   | 45                    | 12,2  |
|   | Daha kötü  | 13                    | 3,5   |
|   | Çok daha kötü  | 4                     | 1,1   |
|   | Fikri yok  | 34                    | 9,2   |
|   | Her staj için bilenler   | 13                    | 3,5   |
| <b>4. ve 5. Sınıfta alınan stajların öğrenim hedeflerinin staj öncesinde bilinme durumu (n=370)</b> | Çoğu staj için bilenler  | 77                    | 20,8  |
|   | Bazı stajlar için bilenler   | 123                   | 33,2  |
|   | Çok az staj için bilenler  | 89                    | 24,1  |
|   | Hiçbir staj için bilmeyenler   | 68                    | 18,4  |
|   | <b>İntörnlük döneminin pratisyen hekimlik açısından yeterli bulma durumu (n=367)</b> | Yeterli bulanlar      | 249   |
| Yetersiz bulanlar   |  | 118                   | 32,2  |
| <b>İntörnlük döneminin uzmanlık sınavına etkisinin değerlendirilmesi (n=370)</b>                    | Yararlı bulanlar   | 53                    | 14,6  |
|   | Zaman kaybı olarak görenler  | 177                   | 48,6  |
|   | Herhangi bir etkisi olmadığını düşünenler  | 99                    | 27,2  |
|   | Fikri olmayanlar   | 25                    | 6,9   |
|   | Diğer**  | 10                    | 2,7   |

\*Birden çok seçenek olabildiği için yüzde değerler cevap veren kişi sayısı (n= 370) üzerinden hesaplanmıştır.

\*\*Diğer cevabını veren 10 kişiden yedisi intörnlük kapsamında hastanede geçirdikleri/geçirecekleri zamanı uzmanlık sınavı açısından bazı zamanlar yararlı bulurken, üç kişi yararlı bulmadığını belirtmiştir. Başka nedenlerle tıp fakültesini seçtiğini belirten 26 kişiden 13'ü tıbbı ilgi, merak, sevgi duyduğu için, üçü diğer bölümleri istemediği için, üçü bilimle uğraşmak istediği için, ikisi ailevi sağlık sorunları nedeniyle, kalan dört kişi ise herhangi bir nedeni olmaksızın tıp fakültesine girdiğini belirtmiştir.

† Başka nedenlerle tıp fakültesini seçtiğini belirten 26 kişiden 13'ü tıbbı ilgi, merak, sevgi duyduğu için, üçü diğer bölümleri istemediği için, üçü bilimle uğraşmak istediği için, ikisi ailevi sağlık sorunları nedeniyle, kalan dört kişi ise herhangi bir nedeni olmaksızın tıp fakültesine girdiğini belirtmiştir.

İntörnlerin üçte ikisi intörnlük kapsamında hastanede geçirdikleri/geçirecekleri zamanı pratisyen hekimlik açısından yararlı/yeterli olarak değerlendirirken, yaklaşık yarısı bu sürecin Tıpta Uzmanlık Sınavı açısından değeri/katkısı olmadığını belirtmektedir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan HÜTF intörnleri bazı temel mesleki beceriler hakkında teorik bilgilerinin varlığı, en az bir kez uygulama yapma deneyimleri ve kendilerini yeterli hissetme durumları olmak üzere üç başlıkta kendilerini değerlendirmişlerdir. İntörnlerin %90'dan fazlası öykü alma, tam fizik muayene yapma ve kan

basıncı ölçme konusunda yeterli mesleki bilgileri olduğunu ve en az bir kez ilgili uygulamayı yapmış olduklarını belirtirken, ilgili mesleki yeterlilik hissi %63'e kadar düşmektedir. Adli rapor hazırlama, ölüm belgesi düzenleme konusunda teorik bilgiye sahip olma yaygınlığı sırasıyla %14,3 ve %16,2 olarak belirlenmiştir; ilgili uygulamayı yapmış olma sıklığı %10'un; ilgili olarak kendini yeterli bulma yaygınlığı %5'in altındadır. İntörnlerin gebe ve lohusa takibi yapma, periferik yayma değerlendirme, EKG değerlendirme konularında kendilerini yeterli hissettiklerini beyan edenlerin payı beklenenden anlamlı düzeyde düşüktür; sırasıyla, %10,8, %11,4 ve %16,8 (Tablo 3).

Seçilmiş hastalıklara kıyasla, bazı yaygın semptomların ayırıcı tanısını yapabilme ya da

tedavisini verebilme konusundaki öz değerlendirme skorları daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan intörnlerin dörtte üçü seçilmiş bazı semptomatik durumların her biri açısından ayırıcı tanı yapabilenleceğini belirtmiş olup; "tedavi uygulayabilirim" diyenlerin yaygınlığı ise yarının çok az üstündedir (Tablo 5).

Hekim adaylarının tüm eğitim süreci içinde almaları gerekli bilgi ve becerinin ne kadarını intörnlük sürecinden bekledikleri incelendiğinde; her 10 intörnden dördünün uygulama becerilerinin %76-%100'lük kısmını eğitimlerinin son yılı içinde almayı bekledikleri saptanmıştır. Grubun beşte dördü halen intörnlük eğitimi sırasında TUS için özel bir çalışma süresi yaratarak sınava hazırlandığını belirtmiştir.

**Tablo 3.** HÜTF intörn hekimlerinin bazı temel beceriler hakkındaki öz değerlendirmeleri (Ağustos, 2017)

|   | "Teorik bilgim var" |       | "Uygulamasını yaptım" |       | "Kendimi yeterli hissediyorum" |       |
|---|---------------------|-------|-----------------------|-------|--------------------------------|-------|
|   | Sayı                | Yüzde | Sayı                  | Yüzde | Sayı                           | Yüzde |
| <b>Öykü alma</b>  | 358                 | 96,8  | 356                   | 96,2  | 307                            | 83,0  |
| <b>Fizik muayene</b>                                      |                     |       |                       |       |                                |       |
| Tam fizik muayene   | 353                 | 95,4  | 339                   | 91,6  | 205                            | 55,4  |
| Bilinç düzeyi ve ruhsal durum muayenesi                   | 337                 | 91,1  | 301                   | 81,4  | 195                            | 52,7  |
| <b>Kayıt tutma, raporlama, bildirim</b>                   |                     |       |                       |       |                                |       |
| Ölüm belgesi düzenleme                                    | 60                  | 16,2  | 21                    | 5,7   | 18                             | 4,9   |
| Adli rapor hazırlama                                      | 53                  | 14,3  | 27                    | 7,3   | 17                             | 4,6   |
| <b>Koruyucu hekimlik ve toplum hekimliği uygulamaları</b> |                     |       |                       |       |                                |       |
| Bağışıklama hizmetleri                                    | 262                 | 70,8  | 107                   | 28,9  | 91                             | 24,6  |
| Aile planlaması danışmanlığı                              | 186                 | 50,3  | 52                    | 14,1  | 63                             | 17,0  |
| Gebe ve lohusa takibi                                     | 170                 | 45,9  | 41                    | 11,1  | 40                             | 10,8  |
| Tütün kontrolü  | 254                 | 68,6  | 103                   | 27,8  | 123                            | 33,2  |
| <b>Tanısal tetkik ve tahlilleri değerlendirebilme</b>     |                     |       |                       |       |                                |       |
| Laboratuvar sonuçları                                     | 338                 | 91,4  | 322                   | 87,0  | 176                            | 47,6  |
| Elektrokardiyografi (EKG)                                 | 311                 | 84,1  | 236                   | 63,8  | 62                             | 16,8  |
| Akciğer grafisi   | 338                 | 91,4  | 298                   | 80,5  | 105                            | 28,4  |
| Ayakta direkt karın grafisi                               | 324                 | 87,6  | 271                   | 73,2  | 101                            | 27,3  |
| Periferik yayma   | 268                 | 72,4  | 155                   | 41,9  | 42                             | 11,4  |
| <b>Girişimsel ve girişimsel olmayan uygulamalar</b>       |                     |       |                       |       |                                |       |
| Akılcı antibiyotik kullanımı                              | 314                 | 84,9  | 174                   | 47,0  | 121                            | 32,7  |
| Kan basıncı ölçümü  | 353                 | 95,4  | 347                   | 93,8  | 324                            | 87,6  |
| Damar yolu açma   | 302                 | 81,6  | 206                   | 55,7  | 160                            | 43,2  |
| Temel yaşam desteği                                       | 329                 | 88,9  | 209                   | 56,5  | 130                            | 35,1  |
| İntramüsküler enjeksiyon                                  | 328                 | 88,6  | 234                   | 63,2  | 220                            | 59,5  |
| Subkütan enjeksiyon                                       | 315                 | 85,1  | 210                   | 56,8  | 184                            | 49,7  |
| İdrar sondası takma                                       | 339                 | 91,6  | 268                   | 72,4  | 232                            | 62,7  |

**Tablo 4.** HÜTF intörn hekimlerinin bazı hastalıklara ve klinik durumlara acil müdahalede bulunabilme, tanı koyabilme, tedavi uygulayabilme becerilerine dair öz değerlendirmeleri (Ağustos, 2017)

|                              | "Acil müdahalede bulunabilirim" |       | "Tanı koyabilirim" |       | "Tedavi uygulayabilirim" |       |
|------------------------------|---------------------------------|-------|--------------------|-------|--------------------------|-------|
|                              | Sayı                            | Yüzde | Sayı               | Yüzde | Sayı                     | Yüzde |
| Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu | 202                             | 54,6  | 336                | 90,8  | 247                      | 66,8  |
| Akut Bronşit                 | 140                             | 37,8  | 233                | 63,0  | 136                      | 36,8  |
| Pnömoni                      | 176                             | 47,6  | 308                | 83,2  | 207                      | 55,9  |
| Diyabet                      | 206                             | 55,7  | 340                | 91,9  | 226                      | 61,1  |
| Hipertansiyon                | 209                             | 56,5  | 344                | 93,0  | 250                      | 67,6  |
| Serebrovasküler olay         | 145                             | 39,2  | 289                | 78,1  | 141                      | 38,1  |
| Miyokard enfarktüsü          | 209                             | 56,5  | 319                | 86,2  | 182                      | 49,2  |
| Gastroenterit                | 226                             | 61,1  | 333                | 90,0  | 253                      | 68,4  |

**Tablo 5.** HÜTF intörn hekimlerinin bazı semptomatik durumlarda ayırıcı tanı yapabilme ve tedavi uygulayabilme becerilerine dair öz değerlendirmeleri (Ağustos, 2017)

| Semptomlar     | Ayırıcı tanı yapabileceğini belirtenler |       | Tedavi uygulayabileceğini belirtenler |       |
|----------------|---|-------|---------------------------------------|-------|
|                | Sayı                                    | Yüzde | Sayı                                  | Yüzde |
| Karın Ağrısı   | 321                                     | 86,8  | 190                                   | 51,4  |
| Bulantı, Kusma | 305                                     | 82,4  | 209                                   | 56,5  |
| Baş Ağrısı     | 307                                     | 83,0  | 204                                   | 55,1  |
| Nefes Darlığı  | 300                                     | 81,1  | 171                                   | 46,2  |
| Göğüs Ağrısı   | 320                                     | 86,5  | 177                                   | 47,8  |
| Bel Ağrısı     | 286                                     | 77,3  | 152                                   | 41,1  |
| Ateş           | 287                                     | 77,6  | 189                                   | 51,1  |

İntörnlerin yalnızca altısı (% 1,6) mezuniyet sonrası pratisyen hekim olarak devam etmek istediğini belirtirken, % 3,5'i temel bilimler, % 30,6'sı cerrahi bilimler, % 39,0'u dahili bilimler konularında uzmanlık eğitimi almak istediklerini belirtmiştir; grubun dörde biri mezuniyet sonrası dönemde herhangi bir alanda uzmanlaşmak konusunda halen kararsız olduğunu belirtmiştir. Zorunlu hizmet dışında pratisyen hekim olarak çalışma planı/isteği olma yaygınlığı erkeklerde % 21,9 ve kadınlarda % 9,7 olarak bulunmuştur.

Son olarak, intörnlük döneminin mevcut yapıdaki olumlu ve olumsuz yanları konusunda öğrencilerden görüşleri açık uçlu sorularla alınmıştır. İntörnlerin üçte biri bu dönemde en çok tanı, tedavi ve takip süreçlerine aktif katılma ve hasta-hekim ilişkisinin gözlenmesi / deneyimlenmesi (% 32,2), girişimsel işlemler için imkan tanınması ve beceri gelişiminin desteklenmesi (% 22,2) durumlarından memnundurlar. Takiben % 15 payı ile ziyaret ve poliklinik hizmetlerine aktif katılım ve akademik elemanlar ile birebir ilişkiler/dersler, % 19 ile acil

eğitimi intörnlükte mutlaka devam etmesi gereken ve "yararlı" süreçler olarak dile getirilmiştir. Grubun % 3'ü temel yaşam desteği eğitimi ve % 2'si halk sağlığı elektif stajında araştırma yapmayı öğrenme imkanının önemini ve sürdürülmesi gerektiğini vurgulamıştır.

İntörnler son yıllarının ağırlıklı olarak hekim sorumluluğunda olmayan (idari, sekreteryal, "posta görevi", vb) işlerle geçtiğinden yakınmışlardır (% 49,2); grubun beşte biri eğitimin yeterli olmadığı, özellikle kıdemli hocalarla yapılan eğitimin sayı ve süresinin yetersiz olduğundan, uygulamalarda denetim ve kıdemli gözleminin eksikliğinden yakınmışlardır. Grubun % 13,1'i intörnlükteki yoğun çalışma temposu /gece ve hafta sonu nöbetleri ve fazla iş yükünden şikayetçi olmuş ve değiştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Grubun % 6'sı asistan ve akademik personeller ile olan ilişkilere ait sorunlar dile getirmiş, yoğun iş yükü ve iletişim/koordinasyon sorunlarının bunlardaki rolü bahsedilmiştir; iş takibinde asistan/kıdemli/yan dal asistanına ulaşmada zorluklar, iş takibi/randevu alımlarında yaşanan zorluklar, servis sorumlusu/kıdemli/danışman öğretim üyesi ile eğitim için yeterli süre ile temasın sağlanamaması, iş takibi yapılırken servis vizitlerine yeterince katılamamak benzeri sorun alanları dile getirilmiştir. Seçmeli ve zorunlu stajların adil ve düzenli olmaması (% 6,7) sık belirtilen bir sorun alanı olarak gözlenmiştir. İntörnlük dönemindeki seçmeli staj seçiminde öğrenci sayısının çok olması ve intörnlerin benzer yerleri tercih etmesi nedeniyle, seçmeli stajın "gerçek anlamda seçilen" bir staj olmamasının yarattığı huzursuzluk dışında, stajların iş yükü, nöbet, yapılan işin niteliği vb. açısından homojen

olmaması nedeniyle kişiler arası adalet duygusunun yıprandığı belirtilmektedir. Araştırmada intörnlerin hekim olarak benimsenmemesi ve değer verilmemesi" (%2,7) başlığı altında, intörnlerin mezun hekimler ile aynı statüyü beklemeleleri değil; ancak, klinik becerileri gözlem/aktif katılım yerine, hekimlik bilgi ve becerisi gerektirmeyen, tetkik yazma, randevuları teyit ve "koyalama", reçete yazma benzeri işlerin rutin içindeki payının çok olmasından duyulan memnuniyetsizlik öne çıkmaktadır. İntörnlerin maaş, yemek ve çalışma ortamındaki yetersizlikler (%2,1) intörnlükteki mevcut durumdaki diğer sorun alanları olarak saptanmıştır: Bu başlık altında nöbet sırasında ya da ertesinde dinlenecek sessiz ve özel bir alan bulamama, boş saatlerde birbirleriyle sosyalleşebilecekleri (hasta ve hasta yakınlarının olmadığı) "öğrencilere özel" alanlar olmamasından duyulan memnuniyetsizlik dile getirilmiştir. Yirmi sekiz intörn (%7,5) kırsal hekimlik stajının eğitimlerine katkısı olmadığını ve kaldırılmasının uygun olabileceğini belirtmiştir; ilgili olarak, hastaneden dışarı (sahaya/adli tıp uygulamalarına) gitme gereksinimi, orada geçirilen sürede uygun yemek olanaklarının/intörnlere ayrılmış özel

eğitim/toplantı/dinlenme imkanlarının olmaması, teorik derslerin sayısının ve içeriğinin (intörnlük diğer stajlarına kıyasla) yüklü olması, devamın sürekli takip ediliyor olmasına ilişkin başlıklar belirtilmiştir. Öte yandan bu grubun yarısından fazlası henüz halk sağlığı stajı yapmamıştır.

### Tartışma

Nüfus ve doğumda beklenen yaşam süresinin eş zamanlı artmasına paralel olarak nitelikli sağlık hizmeti verebilecek hekimler yetiştirilmesine duyulan gereksinim de hızla artmaktadır (15). Tıp eğitimi içeriğinin gelişen teknoloji ve uygulamalarına uyum sağlayacak şekilde iyileştirilmesi ve sayıları hızla artan tıp fakültelerinin tümünde benzer kalitede eğitim verilebilmesinin sağlanması hedefiyle ulusal ÇEP çalışmalarına başlanmıştır.

Tıp fakültelerinin stratejik vizyonu, "ulusal standartlara uygun eğitim, araştırma, sağlık hizmeti sunmak ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alacak üst düzeyde bilgi birikimine sahip, iyi nitelikli ve yeterli genç hekimleri yetiştirmek" olmalıdır (1). Hekim adaylarının ilgili konularda kendilerini ne kadar



Fotoğraf: "Küstüm" Dr. Gülay Çeliker-TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2014 Sergi Ödülü



yeterli hissettikleri ve (varsa) hangi alanlarda eksikler olduğunun tespiti önemlidir. İntörnlerin ulusal ÇEP hedefleri ve amaçları kapsamında yer alan tüm bilgi ve beceri alt başlıkları konusundaki öz değerlendirmelerini yapmak fizibilite açısından zor olup, cevapsızlık yüzdelerini yüksek kılabilir. Bu nedenle, intörnlerin mezuniyet sonrasında ağırlıklı olarak çalışma alanları öncelikli olarak 112 acil hizmetleri ve acil servisler ve toplum sağlığı merkezleri olduğu göz önüne alınarak, araştırmada seçilen mesleki bilgi ve beceri alanları mezuniyet sonrası en sık görev alacakları konular ve yaygın hastalıklar ile sınırlandırılmıştır. Hekim adaylarından beklenen mesleki bilgi ve beceri düzeyi tüm alanlarda değerlendirilememiş olması çalışmanın bir kısıtlılığı olsa da, temel profesyonel alanların incelenmiş olması; çalışmanın kapsayıcılığının yüksek olması; bilgi, beceri, uygulama deneyimi, yeterlilik hissi benzeri farklı durumların irdelenmesi; kapalı uçlu soruların yanı sıra açık uçlu sorular ile intörnlerin deneyim ve görüşlerini detaylı olarak belirtebilme imkanı sağlanmış olması çalışmanın değerli özelliklerindedir. Verilerin kişi beyanına dayalı olması, bilgi, beceri ve uygulama durumlarını objektif olarak değerlendirmeye imkan sağlamasa da, kişilerin öz değerlendirmeleri mesleki tatmin, uygulamalarda insiyatif alma isteği ya da mesleki uygulamalarda çekingenlik, risk almadan kaçınma davranışı vb. özellikler kişilerin algıları ile doğrudan ilişkili olacağı için değerlidir; ve bu araştırmanın tasarımı için uygundur

İntörnlerin tıp fakültesini seçme nedenleri başında insanlara yardım etme isteği, hekimliğin prestijli bir meslek olarak görülmesi gelmekte ise de hekimliğin iş garantisi olması nedeniyle tercih edilmesi de dikkat çekecek değerlerdedir. Benzer şekilde, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi 2010-2011 ve Kocaeli Üniversitesi TF 2013 yılı intörnlerinde yapılan araştırmalarda da "iş bulma garantisi", hekimlik mesleği seçiminde önemli bir etkidir ve her üç intörnden biri tarafından önemsenmektedir (16-17). Meslekten "para kazanma" beklentisi de tıp fakültesini seçme nedenleri arasında azımsanamayacak yaygınlıkta belirtilmiş ise de, farklı fakültelelere devam eden öğrencilerin ekonomik profiline paralel olarak sıklığında az-çok farklılıklar saptanmıştır. Çalışmalarda dikkat çeken bir diğer sonuç, "meslek seçiminin aile baskısı ile olmasına" ait payın giderek azalmış olmasıdır;

okul/dersanelerdeki rehberlik hizmetlerinin gelişmesi, üniversitelerin tanıtım/kariyer günleri düzenlemesi, sosyal medya başta olmak üzere öğrencilerin birbirlerinin deneyimlerini farklı ortamlarda tartışabilmesinin bu sonuçta etkili olduğu düşünülmüş, öğrencilerin geleceğine karar vermede "aktif rol alma"larının artması kişisel gelişim açısından olumlu bir özellik olarak değerlendirilmiştir.

Fakülte öğrenimi döneminde yoklama zorunluluğu olmayan derslere "genellikle" katılma yaygınlığı öğrencilerin yarısından daha azı tarafından belirtilmiştir. Katılımcılardan eğitim dönemindeki yoklama zorunluluğu olmayan derslere katılım ile staj kaybı/yıl kaybı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup, derse katılım arttıkça başarı düzeyi ve yeterlilik de artmaktadır. Stegers-Jager, Millis gibi yazarlar da derse katılım arttıkça sınav başarılarının da arttığı sonucu ortaya koyulmuştur (18-20). Özellikle uygulamaya ilişkin konularda formal eğitimlere katılmanın önemi açıktır. Buna karşın %14 öğrencinin yoklama olmayan derslere "hemen hiç katılmadığını" belirtmeleri dikkat çekicidir. İntörnlerin derse neden katılmadıkları ve bu süreyi nerede, ne şekilde değerlendirdikleri araştırmada incelenmemiştir. Öte yandan, bunun nedeninin eğitimin içerik ve kalitesine ait algıdan bağımsız olduğu düşünülmüştür; zira, tıp eğitimi bazı açılardan eleştirmelerine karşın her dört kişiden üçü HÜTF'yi eğitim açısından diğer tıp fakültelerinden "daha iyi" bulunduğunu belirtmiştir. İleride yapılacak çalışmalar öğrencilerin düzenli ders devamını etkileyen faktörleri ve derse devamın iyileştirilmesinde etkili olabilecek müdahaleleri irdelenmek için yararlı olacaktır. Araştırmanın intörnlük döneminin 2. ayında yapılmış olması, özellikle pratik uygulamalar konusundaki eğitimin bitmemiş olması ile açıklanabilir ve "algılanan" yeterlilik durumunun yıl sonuna doğru iyileşmesi beklenir. Aynı kohortun 10 ay sonra benzer özellikler açısından tekrar değerlendirilmesi, "gerçek değer"lerin ortaya çıkması açısından yararlı olacak, ayrıca, intörnlük döneminin, meslek bilgi ve beceriye olan net etkisinin değerlendirilmesine imkan sağlayacaktır.

Katılımcıların hemen tümü öykü alma ve fizik muayene uygulamalarını yapabildiğini ve kendini yeterli bulunduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin

dördüncü sınıftan itibaren her klinik stajda öykü ve temel fizik muayene pratiklerini düzenli olarak yapmalarının bundaki etkisi açıktır. Öte yandan, ölüm belgesi düzenleme ve adli rapor yazma konusunda katılımcıların %90'ı bu uygulamaları hiç yapmadıklarını belirtmişlerdir. Mevcut programda bu uygulamalar yalnızca altıncı sınıf halk sağlığı stajı içindeki adli tıp dersleri ve pratiklerinde yapıldığı için bu beklenen bir sonuçtur, ancak intörnlük dönemi sonrasında tekrar incelenerek, teyidi önemlidir. Benzer durum gebe-lohusa takibi, aile planlaması bilgileri verme gibi koruyucu hekimlik pratikler konusunda belirtilen uygulama/yeterlilik açığı için de geçerlidir. Aynı sorular altıncı sınıf bitiminde sorulduğunda intörnlerin büyük kısmının bu becerileri kazanmış olmaları beklenebilir; şayet bu durum kohortun izleminde tekrar saptanırsa ilgili niteliksel incelemeler ve müdahaleler önem taşıyacaktır.

Araştırma bulgularına göre karın ağrısı, bel ağrısı gibi yaygın semptomların tanısı konusunda kendini yeterli hissedenler üçte ikiden fazla olsa da, tedavi konusundaki yeterlilik hissi bunun yarısı kadardır. Yeni Zelanda'da iki farklı tıp fakültesinde 457 beşinci sınıf öğrencisi ve 189 intörn hekim ile yapılan bir araştırmada ani gelişen karın ağrısı tanısı ve tedavisinde yetkinlik düzeyi benzer olup, sınıf arttıkça yükselmiştir; beşinci sınıf tıp öğrencileri ve intörnler için sırasıyla %81 ve %87 olduğu gösterilmiştir (21). Araştırmak için seçilmiş tüm klinik durum ve semptomlar arasında bel ağrısına yaklaşımdaki yeterliliğin en az yüzdeye sahip oluşu bu konunun teorik bilgisinin üçüncü dönem Nörolojik Bilimler, Psikiyatri ve Kas İskelet Sistemi komitesinde bir ders ve beşinci dönem Beyin Cerrahi ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon stajlarında birer ders olarak verilmesi sonucu yetersiz kalması ile açıklanabilir.

Araştırmada seçilmiş diğer yaygın semptomların yanı sıra seçilmiş yaygın hastalıkların (hipertansiyon, diyabet vb.) tanısı ve tedavisinde bilgi, uygulama ve yetkinlik değerlendirmelerinde tedavi için saptanan değerler grup genelinde tanısı konusundaki yeterlilikten anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan intörnlerin %90'ının intörnlüklerinin ikinci ayında olmaları nedeniyle pratik tecrübelerinin yetersiz oluşu, HÜTF intörn

görev ve yetkileri arasında tedavi süreci dahilindeki faaliyetlerin kısıtlı olması (örneğin, uygun reçeteye bizzat karar vermemeye ya da yazılmış/repete reçetelerin hasta için uygunluğunun bir kıdemli ile düzenli olarak tartışılmaması), semptomdan ayırıcı tanı ve tedaviye ulaşıldığı eğitim modelinin yalnızca dördüncü sınıf dahiliye stajında uygulanıyor oluşu ve HÜTF müfredatında probleme dayalı eğitim modeline az yer veriliyor oluşu bu farkın nedenleri arasında gösterilebilir. Öte yandan, seçilmiş yaygın hastalıkları yönetebilme konusunda beyana dayalı yeterlilik düzeyinin diğer çalışma gruplarındakinden daha düşük bulunmuş olması dikkat çekicidir (22). Farklı fakültelelere kıyasla HÜTF grubunda elde edilen yaygın hastalıkların "tedavi konusundaki yeterlilik hissi" değerlerin düşük çıkmasının sebebi, intörnlerin rutin (öykü alma, kan vb örnek alma, epikriz hazırlama, reçete repete etme, tetkikleri takip vb.) iş yoğunluğundan dolayı tedavi sürecinde aktif ve etkin katılım sağlayamamalarına, hasta profilinin yaygın hastalıklardan ziyade komplike vakalar olmalarına ve/veya intörn eğitimine aktif katılan akademik personel başına düşen intörn sayısının diğer fakültelelere kıyasla daha fazla olmasına bağlanabilir.

Araştırmada tanısı ve tedavi dışında, bazı mesleki girişimsel uygulamalar konusundaki bilgi, uygulama durumu ve yetkinlik algısı da değerlendirilmiştir. İntörnlerde EKG değerlendirme konusunda teorik bilgisi olanlar %84,1 iken, bunların yalnızca dörtte biri kendini yeterli hissettiğini belirtmiştir. Benzer şekilde, çalışma grubumuzda periferik yaymada teorik bilgisi olanlar %72,4 iken kendini yeterli hissedenler %11,4 bulunmuştur. İntörnlerin seçilmiş bazı girişimsel ve girişimsel olmayan uygulamalar konusunda yeterliliklerine dair özdeğerlendirmeleri incelendiğinde damar yolu açabilme konusunda teorik bilgisi olanlar %81,6 iken kendini yeterli hissedenler bunun yarısı kadardır. Elde edilen değerler hem uluslararası (23), hem de ulusal (22) çalışma gruplarında elde edilenlere kıyasla düşüktür. HÜTF'de bulunan değerlerin daha düşük olması ilgili konunun ders müfredatı içinde ne kadar yer aldığı kadar, çalışılan servis/poliklinik hekimlerinin bu uygulamaları yapma konusunda öğrencileri ne

kadar motive ettikleri ve olanak sağladıkları benzeri kişisel/bölüme özel etkilerle de açıklanabilir. Örneğin, Hacettepe grubunda idrar sondası takabilme konusunda teorik bilgisi olanlar %91,6, uygulamayı en az bir kere yapmış olanlar %72,4 ve kendini yeterli hissedenler %62,7 olarak diğer kohortlardan (24) yüksek bulunmuştur. Bu durum dönem beş üroloji stajı sırasında sonda takma konusunda hocaların öğrencileri teşvik etmesine ve imkan sağlamasına bağlanabilir. Özetle, basit girişimsel mesleki uygulamalar konusunda bilgi düzeyi oldukça yüksek ise de, uygulama yapmış olma durumu göreceli olarak düşüktür; intörnlük bilgileri yeterli olsa dahi yeterlilik için uygulama sayılarını artırmaya, bilgilerini "test etmeye" ihtiyaç duyduklarına işaret etmektedir ki, bu da teorik bilgiler ile de örtüşmektedir. Öğrenci sayısının giderek artması, hasta sayısının yüksek olması uygulamalara imkan sağlasa da eğitim kadrosunun iş yükü ve zaman kısıtlılığını artırmakta, öğrencinin gözlem altında uygulama yapma, geri bildirim alma ve kendini geliştirme şansı azalmaktadır.

Kuveyt'te yapılan benzer bir çalışmada intörnlük arasındaki farkın becerileri öğrenirken yeteri kadar denetim altında tutulmamalarından kaynaklandığı ve bunun geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (25). Öğrenciler bir alanda en az bir uygulama yapsa dahi kendilerini yeterli hissetme durumu belirgin olarak artmaktadır (24). Bölümlerdeki akademik elemanların kıdem, zaman ve iş yükü dikkate alınarak, öğrencilere aktif mesleki uygulamalar yaptırma ve denetleme konusunda uygun düzenlemeler yapılması ve hekim adaylarının temel uygulamaları "mutlaka" yapmış olmaları değerlidir: Intörnlük uygulamaları tekrar ettikçe yeterlilik algılarının da artması beklenir.

Katılımcılar tanıtıcı tetkik ve tahliller ile girişimsel ve girişimsel olmayan uygulamalar yapma durumları arasındaki farkta bireysel gayretlerinin farklı olmasının rolü önemlidir. Öte yandan, beceri edinilmesi kişisel isteğe bağlı olmamalı, herkesin mesleki becerileri asgari düzeyde aldığından emin olmak için, öğrenci değerlendirme/kontrol listeleri (karne) uygulaması yapılabilir. Her öğrenci ilgili dönemde yapması beklenen uygulamayı yaptığını bu kontrol listesinden izleyebilmeli, ilgili olarak çalıştığı eğitime onaylayabilmeli ve dönem bitiminde tüm uygulamaları yaptığını

gösterebilmelidir. Şayet böyle bir kontrol listesi kullanılırsa hem öğrenci kendinden ne beklediğini ilgili dönem başında bilir ve ona göre davranabilir, hem de ilgili branş sorumlusu yeterli takibi yapabilir. Bu tür bir kontrol listesi/defteri/karne kullanımı olduğunda ileride yapılacak araştırmalarda uygulama sayısı/durumu objektif olarak değerlendirilebilir ve kişisel yeterlilik hissi ile karşılaştırılabilir.

Veri toplamada intörnlük döneminin mesleki bilgi ve beceri ile ilişkili yeterlilik hissi üzerindeki etkileri konusunda özel bir alan yaratılmıştır. Bunun ana nedenlerinden biri özellikle mezuniyet konuşmalarında, intörnlük dönemi ile ilgili sorunların sık dile getirilmesi ve hekim adaylarının bu döneme ilişkin eğitimleri ile ilgili genel bir olumsuz bakış sergilemesidir.

Hekim adaylarının intörnlük dahilinde verilen uygulamaları değerli buldukları, hatta her 3 kişiden birinin mesleğe geçmeden önceki becerisinin %75 ve üzerindeki kısmını intörnlük döneminden beklediği anlaşılmıştır. Araştırmaya katılanların sıra ile %13 ve %35'ü intörnlük döneminin mesleki bilgi ve beceri düzeyine katkısının toplam içindeki payını %76-%100 olarak belirtmişlerdir. Başka çalışmalarda da intörnlük eğitiminin döneminin girişimsel işlemler konusundaki becerilerini geliştirdiği ortaya konmuştur (26). Intörnlük döneminin eğitimin bir parçası olduğu, önceki dönemde elde edilen teorik bilgilerin hasta özelinde pekiştirildiği, akademik eğitim saatlerine katılma yoluyla meslek erbabı kıdemlilerinin uygulama ve tartışmalarına tanık olunan (dolayısıyla özellikle rol model edinme açısından değerli) önemli bir süreç olduğu açıktır: intörnlük özellikle uygulamaya ilişkin mesleki becerilerinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Ancak, bu dönemden mesleki becerilerin %75 ve üzerinin edinilmesi "gerçekçi" bir beklenti olamaz.

"Intörnlük" iş tanımının detaylı, şeffaf ve anlaşılır şekilde yapılması, dönem başında intörnlük ve sorumlu akademisyenler, servis/poliklinik hemşireleri ile paylaşılması; tüm intörnlük benzer sorumluluk ve görevleri tamamlamasını sağlayacak kontrol listeleri olması; bu listelerin sorumlu akademik personel tarafından düzenli olarak takibi, uygulama eksikliklerinin gözlem altında tamamlanması; tüm taraflardan düzenli

geri bildirim alınması ve klinik uygulama plan ve programlarının buna göre düzenlenmesi hem beklentilerin geçerliliğini artırabilir; eğitimin standardizasyonun sağlarken, hasta/hastane uygulamalarına olan katkıları da olumlu yönde etkileyebilir.

Katılımcıların üçte biri intörnlük kapsamında hastanede geçirdikleri/geçirecekleri zamanı pratisyen hekimlik açısından yararlı/yeterli görmemektedir. Öğrenciler, özellikle dönem VI halk sağlığı stajı kapsamında alana gidip, pratisyen hekimlerin sorumluluk aldığı çok sayıda idari, adli, yazışma vb. doğrudan mesleki uygulamaya ilişkin olmayan sorumlulukların farkına vardıklarında "korkuya kapılmakta"; hastane ortamında gördükleri hasta profili ile sahadakinin farklı olması nedeniyle mesleki yeterlilikleri konusunda "kaygı duymakta" dir. Üniversite hastanesi olması nedeniyle sık olarak ağır, daha önce başka yerlerde tedavisi yapılamamış, farklı hastaların Hacettepe Üniversitesi'ne başvuruyor olması; öğrenci sayısının artması nedeniyle her öğrencinin her tür hastayı izleyemiyor olması, halen gidilen birinci basamak kuruluşlarının Hacettepe Üniversitesi'ne ait olmaması ve protokol kapsamında gidiliyor olması gibi birçok neden hekim adaylarının mezuniyet öncesi yeterince uygulama yapmasını engellemesi bu durumu etkiliyor olabilir. Bu bağlamda, intörnlük dahilinde (ve önceki sınıflarda) birinci basamakta yapılması olası uygulamalara daha çok yer ve zaman verilmesi değerli olacaktır. Benzer şekilde, 6 yıllık eğitim dahilindeki birinci basamak eğitimi içerik ve ağırlığının tartışılması da yararlı olabilir. Grup genelinde yalnızca 6 kişinin pratisyen olmak istemesi dikkat çekicidir. Öte yandan, uzman olacak hekimlerin de birinci basamak sağlık hizmetleri ve ilgili görevleri pratisyen hekim kadar bilmesinin "mutlak" bir zorunluluk olduğu, uzman hekimlerin önemli kısmının ileride birinci basamakta çalışan personelin idari sorumlusu konumunda çalışacak olması, sağlık hizmetlerinin ana yükünün birinci basamak hizmetleri sunanlarca sağlanması "gerekliliği" konusunda farkındalık artırılmalıdır. Bu kapsamda, tıp fakültesi öğrencilere, ilk sınıflardan itibaren toplumu tanımak ve birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri (özellikle primer koruma hizmetleri) konusunda imkan sağlanması önemlidir ve desteklenmelidir.

Araştırmaya katılan HÜTF intörnlüklerinin %48,6'sı intörnlük kapsamında hastanede geçirdikleri/geçirecekleri zamanı uzmanlık sınavına hazırlanma açısından "zaman kaybı" olarak görmektedir. İntörnlük döneminin formal tıp eğitimin entegre bir dönemi olduğu ve hekim adaylarının özellikle uygulamalar konusundaki eksiklerini tamamlaması ve yeterlilik kazanması için planlanmış bir pratik dönem olması; TUS'un yalnızca teori bazlı olması ve beceri değerlendirmeye yönelik olmaması sebebi ile TUS açısından etkisinin az olması beklenebilir. Öte yandan, TUS'un hemen mezuniyet sonrasında olması, hekim adaylarının intörnlükte geçirdikleri sürenin önemli kısmını TUS hazırlığıyla geçirmelerine neden olmakta, bu kendi fiziksel/zihinsel/ruhsal yorgunluklarını artırdığı gibi, özellikle bu dönemdeki kazanımların TUS'ta cevap başarılarını artırmayacağı görüşü, mesleki uygulamalara olan kişisel istek, insiyatif alma, akademik süreçlere aktif katılım benzeri mesleki kazanımlarını sınırlamaktadır. Hekim adaylarının intörnlük sürecinin mesleki kazanımlarının önemi konusunda bilinçlendirilmeleri, TUS hazırlıkları için mesleki eğitimlerinden eksik kalmalarının gelecekteki profesyonel yaşamları ve sorumluluklarındaki hastaların prognozu açısından önemi konusundaki farkındalıkları sağlanmalıdır. TUS'un intörnlük döneminin ardından geliyor olması yerine dönem V sonrasında yapılması, ders/okul başarısının TUS içine puan olarak dahil edilmesi, TUS ile birlikte beceri sınavı da yapılması (bu şekilde, intörnlüklerini layığıyla yapanların sınavda avantaj kazanması) benzeri, intörnlük sürecinin TUS'tan olumsuz etkilenmesini önleyecek alternatif ulusal uygulamalar geliştirilmesi önerilebilir. Kurum özelinde ise, intörnlük öncesi dönemlerde uygulama sayısının/deneyiminin artırılması yoluyla mesleki beceri düzeyinin artırılarak intörnlükteki iş verimi/doyumunun artırılması; kurum içi (4. ve 5. Sınıf sonrasında) TUS benzeri sınavlar ile öğrencinin erken yıllardan sınava hazırlığa başlamasının sağlanması yoluyla son senedeki sınav yükünün azaltılması; kampüs içinde sosyal imkanlar sağlanarak intörnlüklerin yoğun iş temposu içinde kısa süreli de olsa sağlıklı dinlenme (servis dışında uyku odaları) ve sosyalleşme (film, müzik dinletisi, spor) imkanlarının artırılması, ruhsal destek hizmetleri sunulması intörnlük döneminin daha verimli geçmesi desteklenebilir.

İntörnlük dönemi ile ilgili olarak, özetle, hekim adaylarının intörnlük döneminden memnuniyetlerinin artması ve bu süreci daha verimli geçirmeleri için bu süreç başlangıcında, halen yazılı olarak mevcut olsa da, rutin/yaygın olarak kullanılmadığı anlaşılan “intörn yetki ve sorumlulukları” kapsamında her gittikleri servis/poliklinik/alanda kendilerinden beklenenler, iş tanımları ve yükümlüklerinin erken dönemde tanınması önemlidir. Akademik personelin intörnlük ile olan teması artırılmalı, girişimsel uygulamalara (uzman gözetiminde) aktif katılımları desteklenmeli, araştırma ve etik bilgi ve beceriler konusundaki programlar güçlendirilmelidir. İntörnlüklerin yalnızca reçete yazma, tetkik isteme benzeri idari/sekreteryal işler



Fotoğraf: “Savaşta ” Dr. Kemal Göl-TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2015 Sergi Ödülü

ile zaman geçirmek yerine, hastayı da görebildikleri, yaptıkları işle hastayı birleştirebildikleri görevlerde çalıştırılmalarının intörnlükler arası iş yükü dağılımının benzer kılınması, eşitlik, adalet ve mesleki tatmin açısından olumlu etkileri olacağı saptanmıştır.

Son olarak, bu çalışmada “iyi hekim” olma ölçütleri arasında yer alan “iletişim” konusunda veri toplanmamıştır. Öte yandan, özellikle “korunaklı, kuralları bilinen, aşına” hastane ortamından çıkarak, “farklı” birinci basamak ortamına geçme öncesinde hekim adaylarının meslektaşları, hastalar ve idari yapılar ile uygun, sağlıklı, etkili iletişim becerileri elde etmeleri önem taşıyacaktır. Hekim adaylarının kendilerini doğru ifade edebilmeleri, mesleki duruşlarını doğru sergileyebilmeleri, kaygıları ile sağlıklı başa çıkabilmeleri için ne kadar hazır olduklarının ileride yapılacak çalışmalarda incelenmesine ihtiyaç vardır. Hekime/sağlık personeline yönelik şiddetin arttığı dönemde iletişim becerileri özellikle önem taşımaktadır. İntörnlük döneminde dile getirilen bir çok “sorun”un “iyi” iletişim becerileri, “etkili dinleme”, “kendini yeterli ifade edebilme” ve “problem çözme becerileri” ile azaltılabileceği anlaşılmaktadır. Çalışmalar hekim adaylarının bu konudaki donanımlarını değerlendirmeli, gerekli alanlarda iyileştirmeler için kurumlarda destek sistemleri kurulmalı/yaygınlaştırılmalıdır. Araştırma hedefleri arasında bu konular çalışılmamış olup, açık uçlu sorularda elde edilen bu tür ihtiyaçların ileride yapılacak çalışmalar için vurgulanması önemli bulunmuştur.

#### Teşekkür

Çalışmamızın gerçekleşmesinde katkı sağlayan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı, Dönem VI Koordinatörlüğü ve Tıp Fakültesi Öğrenci İşleri’ne; veri toplama ve analiz aşamalarındaki katkıları için Dr. Merve Parlak ve Uzm. Dr. Baki Can Metin’e; içten yanıtlarıyla bu çalışmanın yapılmasını mümkün kılan Hacettepe Üniversitesi intörn hekimlerine teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Cansu Köse

E-posta: cansukose4@gmail.com

## Kaynaklar

1. Hacettepe Üniversitesi Misyon Available: <http://www.tip.hacettepe.edu.tr/hakimizda/misyon.php>. Accessed 24.08.2017
2. Karle H. Global standards and accreditation in medical education: a view from the WFME. *Academic medicine*. 2006;81(12):S43-S48.
3. Metcalfe D. The Edinburgh Declaration. *Family Practice*. 1989;6(3):165-167.
4. Bahar-Özvarış Ş, Sayek İ. Tıp eğitiminde değişim. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2005(36):65-74.
5. Eren N. Dünyada ve Türkiyede Hekimlik Eğitimi. Ankara: Ankara Tabip Odası 1981.
6. Fişek N CU. Hekimlerin Tıp Eğitimi: DB Yayını 1987.
7. TBMM. Türkiye'de tıp eğitimi öğrenci boyutu. Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyonu 1991.
8. Sayek İ, Kılıç, B. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu-1997. Ankara TTB Yayınları 1997.
9. G. A. Sağlık Örgütlenmesi Ve Tıp Eğitim Modelleri. *Toplum ve Hekim*. 1979(18):31-38.
10. Sayek İO, O. Kiper, N. Türk tabipleri birliği mezuniyet öncesi tıp eğitimi raporu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2010, Aralık.
11. Fakülte ve yüksekokul kontenjanları ile ÖSYM' ce bu birimlere yerleştirilenler Available: <http://www.osym.gov.tr/Eklenti/4742,ozet2spdf.pdf?0>. Accessed 24.08, 2017.
12. Fakülte ve yüksekokul kontenjanları ile ÖSYM' ce bu birimlere yerleştirilenler Available: <http://www.osym.gov.tr/Eklenti/5163,fakulteyuksekokulpdf.pdf?0>. Accessed 24.08,.2017.
13. Öğrenci seçme ve yerleştirme sistemi (ösys) yükseköğretim programları ve kontenjanları kılavuzu. ÖSYM, 2017.
14. Tıp Fakülteleri Ulusal Çekirdek Eğitim Programı- Ulusal ÇEP. Tıp Dekanları Konseyi Başkanlığı, 2014.
15. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015.
16. Yalçınoğlu N, İlker K, Şahin I, et al. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Tıp Eğitimi İle İlgili Görüşleri. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012;75(3):41-45.
17. Yaşar AB, Özdemir B, Kılıçtaş Ç, et al. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Eğitimlerinin Değerlendirmesi. 2013.
18. Stegers-Jager KM, Cohen-Schotanus J, Themmen AP. Motivation, learning strategies, participation and medical school performance. *Medical education*. 2012;46(7):678-688.
19. Credé M, Roch SG, Kieszczyńska UM. Class attendance in college: A meta-analytic review of the relationship of class attendance with grades and student characteristics. *Review of Educational Research*. 2010;80(2):272-295.
20. Millis RM, Dyson S, Cannon D. Association of classroom participation and examination performance in a first-year medical school course. *Advances in physiology education*. 2009;33(3):139-143.
21. Dare A, Fancourt N, Robinson E, et al. Training the intern: the value of a pre-intern year in preparing students for practice. *Medical teacher*. 2009;31(8):e345-e350.
22. Özgün Ş, Topbaş M, Çan G. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi 2002-2003 Yılında Eğitim Gören İntörn Hekimlerinin Bazı Acil Durumlar, Hastalıklar Ve Klinik Girişimler Konusunda Yeterlilikleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2006;21(21).
23. Ochsmann EB, Zier U, Drexler H, et al. Well prepared for work? Junior doctors' self-assessment after medical education. *BMC medical education*. 2011;11(1):99.
24. Coberly L, Goldenhar LM. Ready or not, here they come: acting interns' experience and perceived competency performing basic medical procedures. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(4):491-494.
25. Premadasa I, Shehab D, Al-Jarallah KF, et al. Frequency and confidence in performing clinical skills among medical interns in Kuwait. *Medical teacher*. 2008;30(3):e60-e65.
26. Goyal R, Khapre M, Mathur M, et al. Medical Internship Training Programme in a Medical College-Voice of Internees: Mixed Model research. *South East Asian Journal of Medical Education*. 2015;9(2):29.



## Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler\*

The Preferences for Mode of Delivery and Associated Factors among Health Professionals

Vesile Ünay<sup>1</sup>, Dr. Ayten Taşpınar<sup>2</sup>

Geliş/Received :12.05.2017

Kabul/Accepted :22.12.2017

### Öz

**Amaç:** Araştırma, sağlık çalışanlarının doğum şekli tercihlerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, Nisan-Mayıs 2015 tarihlerinde bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, bu hastanede çalışan, en az bir kez doğum yapmış kadın sağlık çalışanları oluşturmuştur (N=212). Araştırma 188 gönüllü katılımcı ile tamamlanmış ve evrenin %88,6'sına ulaşılmıştır (n=188). Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Verilerinin analizinde, tanımlayıcı istatistikler ve Ki-kare, Fisher's Exact ve McNemar ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması  $38,55 \pm 7,38$  olup %66,5'i hemşire, %22,3'i doktor ve %11,2'si ebedir. Çalışma yıl ortalaması  $15,18 \pm 8,25$ , ilk gebelik yaşı ortalaması  $26,96 \pm 3,81$ , yaşayan çocuk sayısı ortalaması  $1,57 \pm 0,55$ 'dir. Sağlık çalışanlarının %25,5'inin son doğumlarını vajinal doğum, %74,5'inin sezaryenle yaptıkları saptanmıştır. Vajinal doğumun tercih edilmesinin nedenleri; erken iyileşme ve eve daha çabuk dönmek/daha sağlıklı olması/daha az kanama/enfeksiyon olması (%59), daha erken emzirebilmek (%14,3), önceki doğumların vajinal olması ve daha çok çocuk isteği (%11,5) iken sezaryen doğumun tercih nedenleri; ağrı çekmemek/normal doğum korkusu (%23,7), bebeği riske atmama (%21,8), doktorun önerisi (%18,5)'dir. İlk gebelik yaşı yükseldikçe sezaryen oranlarının, çalışma yılı arttıkça vajinal doğum oranlarının arttığı bulunmuştur ( $p < 0,005$ ).

**Sonuç:** Sağlık çalışanlarının sezaryen doğum tercihleri yüksek bulunmuştur. Prenatal dönemde gebelere koruyucu sağlık bakımı veren, doğumları yaptıran kadın sağlık çalışanlarının kendi doğum tercihlerinin bilinmesi ulusal sağlık hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olabilir.

**Anahtar sözcükler:** Sağlık çalışanları, Doğum, sezaryen seksiyon, Vajinal doğum

### Abstract

**Aim:** This study aims to determine the health professionals' preferences for mode of delivery and the factors influencing their preferences.

**Material and Method:** This descriptive study was conducted between April and May 2015 at a university hospital. The population of the research was composed of the female health professionals working at the hospital who have given birth at least once (N=212). The research was completed with the participation of 188 volunteers and the response rate was 88,6% (N=188). The data were collected using a questionnaire. Descriptive statistics and Chi-square test were used for data analysis.

**Findings:** The mean age of the health professionals was  $38,55 \pm 7,38$ ; 66,5% of them were nurses, 22,3% were physicians and 11,2% were midwives. The mean duration of service was  $15,18 \pm 8,25$  years, the mean age at first pregnancy is a  $26,96 \pm 3,81$  and average number of living children was  $1,57 \pm 0,55$ . It was found that of the health professionals 22,5% had a vaginal delivery and 74,5% had Caesarean section during their recent childbirth. The reasons why the vaginal birth has been preferred were a quick recovery and coming home sooner/its being healthier/less bleeding and infection (59%), early initiation of breastfeeding (14,3%), prior vaginal delivery and desire for more children (11,5%). The reasons for preferring Caesarean section were not feeling pain/ the fear of normal delivery (23,7%), not putting the baby in jeopardy (21,8%) and physician's recommendation (18,5%). It was found that as the age at first pregnancy increased, the rate of Caesarean delivery increased and as the duration of service increased, the rate of vaginal birth increased ( $p < 0,005$ ).

**Conclusion:** The preference for Caesarean birth among health professionals was found to be high. The knowledge about own preferences for mode of delivery among female health professionals, who provide other women during the prenatal period with preventive health care and assist them at childbirth may be a guide for planning national health services.

**Key words:** Health professionals, Delivery, Caesarean section, Vaginal birth

\*Bu araştırma, 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde (10 Eylül 2015) poster olarak sunulmuştur.

1 Öğr. Gör.; Adnan Menderes Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Aydın

2 Doç.; Adnan Menderes Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Aydın

## Giriş

Anne adaylarının tercih edecekleri doğum şekillerini sosyal, psikolojik ve çevresel faktörlerin yanı sıra tıbbi endikasyonlarda etkilemektedir. Anne adaylarına verilecek destek ve bilgilendirme gebelerin doğru doğum şekline karar vermesine yardımcı olacaktır (1). Günümüzde pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sınırladığı sezaryen oranının (%15) üzerindedir (2). Artan maliyeti ve risklerinden dolayı uluslararası bir sağlık sorunu olarak tanımlanmasına karşın, tüm dünyada sezaryen doğum oranlarında hızlı artış devam etmektedir. Sezaryenle doğum oranlarındaki bu artış ülkelerin sağlık politikaları, sağlık personelinin ve insanların doğum eylemine bakışlarındaki farklılıklar ile değişiklik göstermektedir. Yapılan çalışmalar başta doğum ağrısından korku, doktorların yönlendirmesi, ileri yaşta olma, annenin eğitim düzeyi doktorların malpraktis korkusu ve zor bir vajinal doğuma göre sezaryenle doğumda anne ve bebeğin daha az riskle karşılaşacağına inanmaları olmak üzere pek çok faktörün sezaryenle doğum oranını artırdığını göstermiştir (3-8) Sezaryen oranları İngiltere'de %29,1 (2014), Meksika %46,2 (2012), Almanya %31,8 (2013), Mısır'da %51,8 (2014), Brezilya'da %55,6 (2012), ABD'de %32,8 (2012) ve Hollanda'da %16,3 (2012) iken (2) Türkiye'de de yıllar içinde artış göstererek 1998'de %13,9 iken 2008'de %37'ye ve 2013'de de %48,1'e yükselmiştir (9,10). Kadın sağlık çalışanları arasında da sezaryen oranları oldukça yüksektir. Ülkemizde ve yurt dışında sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalarda sezaryen oranı %53-70,7 arasında değişmektedir (1,8,11-13).

Sağlık çalışanlarının vajinal ve sezaryen doğum hakkındaki inanç ve değerlerinin, kendi doğum tercihlerinin, bu inanç-değerlerin ve kendi doğum şekillerinin yaptıkları doğumlarda tercih edecekleri doğum şekline etkisinin bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde ve yurt dışında kadınların doğum şekli tercihlerini ve etkileyen faktörleri araştıran çok sayıda araştırma olmasına karşın sağlık personelinin tercih ettikleri doğum şekillerini ve etkileyen faktörleri araştıran kısıtlı sayıda çalışmalar vardır. Araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarının doğum şekli tercihlerini ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hemşire, ebe ve doktor olarak çalışan kadın sağlık çalışanlarında Nisan-Mayıs 2015 tarihinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Nisan-Mayıs 2015 tarihi itibarıyla bu hastanede çalışan ve en az bir kez doğum yapmış hemşire, ebe ve doktorlar oluşturmuştur (N=212). Örneklem seçimine gidilmemiş çalışmaya gönüllü olan ve en az bir kez doğum yapmış tüm sağlık çalışanları araştırmaya alınmıştır. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen "Veri Toplama Formu" ile toplanmıştır. Veri toplama formu sağlık çalışanlarının sosyo-demografik, obstetrik özelliklerini, doğum şekli tercihlerini belirleyen sorulardan oluşmuştur. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır ve formun doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Anket formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini değerlendirmek için 10 sağlık çalışanı ile ön uygulama yapılmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni alınmıştır. Araştırmanın uygulanmasında önce sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı sözlü olarak açıklanmış araştırmaya katılmayı kabul edenlere anket formu verilerek doldurmaları istenmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi istatistik paket programı Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15,0 kullanılarak yapılmıştır. Çalışma verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma), Ki-kare testi, McNemar ki-kare ve Fisher's Exact Testi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır.

## Bulgular

Çalışmanın yapıldığı tarihte çalışma ölçütlerine uyan 212 ebe, hemşire ve doktor sağlık çalışanından 188'i çalışmaya katılmaya gönüllü olmuş ve evrenin %88,6'sına ulaşılmıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması  $38,55 \pm 7,38$  olup %52,1'i 30-39 yaş grubunda, %66,5'i hemşire, %22,3'i doktor ve %11,2'si ebe olarak çalışmaktadır. Çalışma yıl ortalaması  $15,18 \pm 8,25$ 'dir ve yaklaşık yarısı (%52,1) meslekte ilk 15 yılını çalışmaktadır (Tablo 1).



| Özellikler  | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Yaş</b>  |     |      |
| 20-29   | 16  | 8,5  |
| 30-39   | 98  | 52,2 |
| 40-49   | 54  | 28,7 |
| 50 ve üzeri   | 20  | 10,6 |
| <b>Meslek</b>   |     |      |
| Hemşire   | 125 | 66,5 |
| Ebe   | 21  | 11,2 |
| Hemşire   | 125 | 66,5 |
| Doktor  | 42  | 22,3 |
| <b>Çalışma Yılı</b>                                   |     |      |
| 1-15  | 98  | 52,1 |
| 16-25   | 70  | 37,2 |
| 26-40   | 20  | 10,7 |
| Yaş Ortalaması: 38,55±7,38 (Min-Max:20-60) yıl        |     |      |
| Çalışma yıl ortalaması: 15,18±8,25 (Min-Max:1-40) yıl |     |      |

Sağlık çalışanlarının ilk gebelik yaşı ortalaması 26,96±3,81, gebelik sayısı ortalaması 2,20±1,22, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,57±0,55'dir. Katılımcıların %73,9'u son gebeliklerinin planlı olduğunu, %59'u son gebeliğinde 10 kez ve üzeri izlendiğini belirtmiştir. Sağlık personelinin %55,3'ü sezaryen, %44,7'si vajinal yolla son doğumlarını yapmayı planladıklarını ancak %74,5'i sezaryen, %25,5'i vajinal yol ile son doğumlarını gerçekleştirdiğini belirtmişlerdir (Tablo 2). Vajinal doğumu planlayanların yalnızca %52,4'ünün doğumunu vajinal yolla gerçekleştirdiği, %47,6'sının sezaryen doğum yaptığı, sezaryen doğum planlayanların ise yalnızca %3,8'inin vajinal doğum yaptığı ve büyük çoğunluğunun (%96,2) planladıkları doğum şekliyle doğumlarını gerçekleştirdikleri belirlenmiştir.

Tablo 3'de sağlık çalışanlarının doğum tercihlerinin nedenleri görülmektedir. Vajinal doğumu tercih nedenleri arasında ilk üç sırayı "erken iyileşme ve eve daha çabuk dönme isteği/daha sağlıklı olması/daha az kanama/enfeksiyon olması" (%59), "daha erken emzirebilme isteği" (%14,3) ve "önceki doğumun vajinal yolla olması" (%8,6) alırken sezaryen doğumda ilk üç sırayı "ağrı/normal doğum korkusu" (23,7), "bebeği riske atmak istenmemesi" (21,8) ve "doktor önerisi" yer almaktadır (Tablo 3).

| Özellikler   | n   | %    |
|--|-----|------|
| <b>İlk gebelik yaşı</b>  |     |      |
| 20 yaş ve altı   | 9   | 4,8  |
| 21-30  | 146 | 77,7 |
| 31 ve üzeri  | 33  | 17,5 |
| <b>Gebelik sayısı</b>  |     |      |
| 1  | 61  | 32,4 |
| 2 -9   | 127 | 67,6 |
| <b>Yaşayan çocuk sayısı</b>  |     |      |
| 1  | 86  | 45,7 |
| 2-3  | 102 | 54,3 |
| <b>İsteyerek/kendiliğinden düşük sayısı</b>                              |     |      |
| Hiç Yok  | 105 | 55,8 |
| 1  | 55  | 29,3 |
| 2-7  | 28  | 14,9 |
| <b>Son gebeliklerin planlı olma durumu</b>                               |     |      |
| Evet   | 139 | 73,9 |
| Hayır  | 49  | 26,1 |
| <b>Son gebelikte izlem sayısı</b>  |     |      |
| 1-3 kez  | 22  | 11,7 |
| 4-9 kez  | 55  | 29,3 |
| 10 kez ve üzeri  | 111 | 59,0 |
| <b>Planlanan doğum şekli</b>   |     |      |
| Vajinal doğum  | 84  | 44,7 |
| Sezaryen doğum   | 104 | 55,3 |
| <b>Gerçekleştirilen doğum şekli</b>                                      |     |      |
| Vajinal doğum  | 48  | 25,5 |
| Sezaryen doğum   | 140 | 74,5 |
| Gebelik sayısı ortalaması: 2,20±1,22 (Min-Max:1-9)                       |     |      |
| Yaşayan çocuk sayısı ortalaması: 1,57±0,55 (Min-Max:1-3)                 |     |      |
| İsteyerek/kendiliğinden düşük sayısı ortalaması: 0,67±1,00 (Min-Max:0-7) |     |      |
| İlk gebelik yaşı ortalaması: 26,96±3,81 (Min-Max:18-38) yıl              |     |      |

Ebelerin %81'inin, doktorların %78,6'sının ve hemşirelerin %72'sinin son doğumlarını sezaryenle gerçekleştirdikleri saptanırken meslekler arasında doğum şekli açısından istatistiksel fark bulunmamıştır (p=0,539). Doğum şeklinden memnun olanların %72,8'i sezaryen ile %27,5'i vajinal yolla doğum yaptıkları saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının doğum şekillerinden memnun kalma durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,235). İlk gebelik yaşı arttıkça vajinal doğum oranlarında azalma, sezaryen oranlarında artma olduğu ve bununda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,024). Çalışma yılı 26-40 yıl

olan grubun yarısından fazlası (%55), 1-15 yıl (%22,4) ve 16-25 yıl (%21,4) olan grupların yaklaşık 1/5'i vajinal doğum yaptıkları ve bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,006). Tekrar doğum yapacak olurlarsa vajinal doğum yapanların yarısı (%49,5), yine vajinal doğumu tercih edeceklerini, sezaryen olanlarında büyük çoğunluğunun (%94,8) sezaryen doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir ve aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Kadınlara önerilecekleri doğum şekli sorulduğunda "vajinal doğumu öneririm" diyenlerin %34,6'sı son doğumlarını vajinal yolla yapmışken %65,4'ü sezaryen doğum yapmıştır. "Sezaryen doğumu öneririm" diyenlerin ise büyük çoğunluğu (%95,8) son doğumlarını sezaryen ile yapmıştır (Tablo 4).

### Tartışma

Bu araştırma, en az bir kez doğum yapmış kadın sağlık çalışanlarının (ebe, hemşire ve doktor) doğum şekli tercihlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılmıştır. Giderek artan sezaryen doğum oranları endişe ile izlenmekte ve pek çok ülke gibi bizim ülkemizde de artış nedenleri araştırılmaktadır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %55,3'ünün sezaryen, %44,7'sinin vajinal yolla doğumlarını gerçekleştirmeyi planlamalarına karşın büyük çoğunluğunun (%74,5) son doğumlarında sezaryen doğumu tercih ettikleri bulunmuştur. Tek çocuk politikasının devlet eliyle özendirildiği Çin'de ebeler, hemşireler ve kadın doğum uzmanlarının doğum şeklini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada sağlık çalışanları arasında sezaryen çok yüksek oranda (%69,7) saptanmıştır (11).

**Tablo 3.** Sağlık çalışanlarının vajinal doğumu ve sezaryen doğumu tercih nedenleri

| Tercih nedenleri  | n  | %    |
|---|----|------|
| <b>Vajinal doğumu tercih nedenleri (n=105)*</b>   |    |      |
| Erken iyileşme ve eve daha çabuk dönme isteği/daha sağlıklı olması/daha az kanama/enfeksiyon olması | 62 | 59,0 |
| Daha erken emzirebilme isteği   | 15 | 14,3 |
| Önceki doğumun vajinal olması/üçten fazla çocuk isteği  | 12 | 11,5 |
| Anestezi yada ameliyat korkusu  | 8  | 7,6  |
| Çevre baskısı/doktor önerisi  | 5  | 4,7  |
| Doğum eyleminin başlamış olması   | 3  | 2,9  |
| <b>Sezaryen doğumu tercih nedenleri (n=308)*</b>  |    |      |
| Ağrı/normal doğum korkusu   | 73 | 23,7 |
| Bebegi riske atmamak için   | 67 | 21,8 |
| Doktorunun önerisi  | 57 | 18,5 |
| Doğum ilerlemediği için/prezantasyon bozuklukları/42 haftayı doldurulmuş olunması                   | 21 | 6,8  |
| Sağlık problemleri nedeniyle  | 15 | 4,9  |
| Doğum zamanını önceden belirleyebilme şansı olduğundan  | 15 | 4,9  |
| Cinsel organlarda yaralanma korkusu/cinselliği koruma kaygısı                                       | 14 | 4,5  |
| İleride büyük tuvaletini idrarını tutamama korkusu/ /rahim ve diğer organların sarkması korkusu     | 12 | 3,9  |
| Önceki zor doğum öyküsü/ ilk doğumum C/S olması   | 11 | 3,6  |
| İleri yaş nedeniyle   | 8  | 2,6  |
| Doğum izninin fazla olması  | 6  | 1,9  |
| Tüplerini bağlatma / kordon kanının aldırma isteği  | 5  | 1,6  |
| İnfertilite yada tedavi ile gebelik öyküsü  | 4  | 1,3  |

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Samsun'da sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada sezaryen oranı %70,7 bulunurken (12), Arıkan ve arkadaşlarının (2011) doktorların sezaryen doğum tercihlerini araştıran çalışmalarında doktorların %61,8'inin kendisinin/partnerinin en az bir kez sezaryen doğum yaptıklarını, Duman ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında da sağlık personelinin %53,1'inin sezaryen doğumu tercih ettiklerini bildirmişlerdir (8,13). Akyol ve arkadaşlarının (2011) bir hastanede sağlık çalışanı olan ve sağlık çalışanı olmayan iki grupta yaptıkları çalışmalarında sağlık personelinin %61'inin sezaryenle doğum yaptığını saptamışlardır (1). Yapılan çalışmalar, kadın sağlık çalışanları arasında sezaryen doğum tercih oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen oranını %15 ile sınırlamayı hedeflese de pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı bu hedefin üzerindedir. Artan maliyeti ve risklerinden dolayı

uluslararası bir sağlık sorunu olarak tanımlanmasına karşın, tüm dünyada sezaryen doğum oranlarında hızlı artış devam etmektedir. Bölgelere göre farklılık gösterse de ülkemizde sezaryenle doğum oranı yıllar içinde artış göstererek 1998'de %13,9 iken, 2013'de %48'e (9,10), 2015'de de %53,1'e yükselmiştir (14). Ülkemizde kadınların sezaryen oranlarını araştıran çalışmalarda da sezaryen oranları %21,2-%52,4 arasında bulunmuştur (4-6,15). Çalışmamızda sezaryen tercih oranları hem ülke genelinden hem de bölgesel yapılan çalışma sonuçlarından yüksektir. Kadınların sezaryen tercih nedenlerini araştıran çalışmalarda sağlık personelinin özellikle de doktor yönlendirmesinin (4-6) yüksek olduğu göz önüne alınırsa normal doğumu özendiren ulusal politikaların geliştirilmesinde sağlık çalışanlarının doğum şekillerine karşı tutumları ve nedenlerinin göz ardı edilmemesi gerekir. Çalışmamızın aksine sağlık çalışanları arasında sezaryen tercih oranlarının düşük olduğu

**Tablo 4.** Sağlık çalışanlarının bazı değişkenlere göre doğum şekli tercihleri (n=188)

| Özellikler  | Vajinal doğum |      | Sezaryen doğum |      | X <sup>2</sup> | p        |
|---|---------------|------|----------------|------|----------------|----------|
|   | n             | %    | n              | %    |                |          |
| <b>Meslek</b>                                     |               |      |                |      |                |          |
| Ebe   | 4             | 19,0 | 17             | 81,0 | 1,23           | 0,539*   |
| Hemşire   | 35            | 28,0 | 90             | 72,0 |                |          |
| Doktor  | 9             | 21,4 | 33             | 78,6 |                |          |
| <b>Doğum şeklinden memnuniyet durumları</b>       |               |      |                |      |                |          |
| Memnunum  | 44            | 27,2 | 118            | 72,8 | 1,634          | 0,235**  |
| Memnun değilim                                    | 4             | 15,4 | 22             | 84,6 |                |          |
| <b>İlk gebelik yaşı</b>                           |               |      |                |      |                |          |
| 20 yaş ve altı                                    | 5             | 55,6 | 4              | 44,4 | 7,49           | 0,024*   |
| 21-30   | 39            | 26,7 | 107            | 73,3 |                |          |
| 31 ve üzeri                                       | 4             | 12,1 | 29             | 87,9 |                |          |
| <b>Çalışma Yılı</b>                               |               |      |                |      |                |          |
| 1-15  | 22            | 22,4 | 76             | 77,6 | 10,24          | 0,006*   |
| 16-25   | 15            | 21,4 | 55             | 78,6 |                |          |
| 26-40   | 11            | 55,0 | 9              | 45,0 |                |          |
| <b>Kendi tercihleri (n=182)</b>                   |               |      |                |      |                |          |
| Vajinal doğum                                     | 42            | 49,4 | 43             | 50,6 | 46,323         | 0,000*** |
| Sezaryen doğum                                    | 5             | 5,2  | 92             | 94,8 |                |          |
| <b>Kadınlara önerecekleri doğum şekli (n=181)</b> |               |      |                |      |                |          |
| Vajinal doğum                                     | 46            | 34,6 | 87             | 65,4 | 16,749         | 0,000**  |
| Sezaryen doğum                                    | 2             | 4,2  | 46             | 95,8 |                |          |

\* Ki-kare testi, \*\* Fisher's Exact testi, \*\*\* McNemar ki-kare testi

çalışmalarda vardır. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada ebe, hemşire ve doktorlarda sezaryen oranları (sırasıyla % 17,9, % 15,8 ve % 20,4) düşüktür (16). İrlanda'da yapılan çalışmada kadın doktorların yalnızca % 7'sinin, Almanya'da kadın doğum doktorları ile yapılan çalışmada ise katılımcıların yalnızca % 10'unun herhangi bir endikasyon olmasa da sezaryeni tercih edecekleri belirlenmiştir (17,18).

Türkiye'de kadınların sezaryen tercihini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda doğum ağrısından korku, doktorların yönlendirmesi, bebeğin daha sağlıklı olacağını düşünme, tüp ligasyon isteği, annenin eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik yapısı ve ileri yaşta olması ile kentsel bölgede yaşıyor olmasının ve kadın doğum uzmanlarının, zor bir vajinal doğuma göre sezaryenle doğumda anne ve bebeğin daha az riskle karşılaşacağına inanmalarının sezaryenle doğum oranını artırdığını göstermiştir (4-6,15,19). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının gerçekleştirdikleri doğumun tercih nedenleri açık uçlu sorular ile sorulmuş ve ağrı çekmemek/normal doğum korkusu, bebeği riske atmamak ve doktorumun önerisi ifadeleri sezaryen tercihleri arasında ilk sıraları almıştır. Erken iyileşme ve eve daha çabuk dönme isteği/daha sağlıklı olması/daha az kanama/enfeksiyon olması, daha erken emzirebilmek için, önceki doğumun vajinal olması/üçten fazla çocuk isteği, anestezi ya da ameliyat korkusu, çevre baskısı/doktor önerisi de sağlık çalışanların vajinal yolla doğumu en çok tercih etme nedenleridir. Sayiner ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında normal doğumu tercih edenlerin tercih nedenleri sırasıyla normal doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi (% 35), doktor isteği (% 18), hastanede kendiliğinden gerçekleşmesi (% 16), kendini çabuk toplama isteği (% 14) şeklindedir (5). Sağlık çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada normal doğumu seçme nedenleri komplikasyonların normal doğumda az olduğu, doğal olduğu, günlük aktivitelere kolay dönülebildiği, bebeğin hemen emzirilebildiği ve güvenilir olması belirtilmiştir (13). Yalnızca doktorlarla yapılan bir çalışmada da sezaryen doğum nedenlerinin başında anorektal travmayı azaltmak, ileriki yaşamda pelvik organ prolapsusunu önlemek bulunmuştur (8). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının doğum şekli tercih nedenleri

kadınlarla ve sağlık personeli ile yapılan çalışmaların bulgularıyla sıralaması farklı olsa da benzer olduğu görülmektedir (1,4-6,11-13,19).

Çalışmamız da ebe, hemşire ve doktorların yüksek oranda sezaryenle doğumu tercih ettikleri ancak meslekler arasında fark bulunmadığı, sağlık çalışanlarının ilk gebelik yaşı ilerledikçe sezaryen tercihlerinin arttığı vajinal yolla doğumun azaldığı, çalışma yılı yüksek olanların daha yüksek oranda vajinal yolla doğumu tercih ettikleri saptanmıştır. Literatürde, doğumlarda ileri anne yaşı, annenin eğitim düzeyi, ekonomik faktörler, dünyada ve ülkemizde sezaryen oranlarını artıran endikasyonlardır (3-8,18). Sağlık çalışanlarının da sosyo-ekonomik düzeyleri göz önüne alındığında literatür bilgilerini desteklediği söylenebilir. Tekrar doğum yapacak olsanız hangi doğum şeklini tercih edersiniz? sorusuna "vajinal doğumu tercih ederim" diyenlerin yarısı, "sezaryen olmayı tercih ederim" diyenlerin de büyük çoğunluğunun (%94,8) son doğumlarını sezaryenle yaptıkları bulunmuştur. Kadınlara hangi doğum şeklini önerirsiniz? sorusuna da "vajinal doğumu öneririm" diyenlerin çoğunluğunun (%65,4), "sezaryeni öneririm" diyenlerin ise büyük çoğunluğunun (%95,8) kendilerinin son doğumlarını sezaryenle yaptıkları görülmektedir. İran'da kadın doğum doktorlarıyla yürütülen nitel bir çalışmada doktorlar birçok faktörün sezaryen seçimini kolaylaştırdığını ve bu yönetime karşı normal doğumun sancılı ve uzun bir süreç olduğunu belirtmişlerdir (20). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının kendi tercih edecekleri ve kadınlara önerilecekleri doğum şeklinde sezaryenin yüksek olduğu görülmektedir. Yüksek sezaryen oranlarının DSÖ'nün önerdiği düzeye çekilebilmesi için sağlık çalışanlarının vajinal ve sezaryen doğum hakkındaki inanç ve değerlerinin, kendi doğum tercihlerinin, bu inanç-değerlerin ve kendi doğum şekillerinin yaptıkları doğumlarda tercih edecekleri doğum şekline etkisinin bilinmesinin göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülmektedir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Sağlık çalışanlarının son doğumlarında sezaryen doğum şeklini yüksek oranda tercih ettikleri bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının ağrı çekmemek/normal doğum korkusu, bebeği riske atmamak ve doktor önerisi sezaryen tercihlerinin ilk sıralarında yer alırken, erken iyileşme ve eve

daha çabuk dönme isteği/daha sağlıklı olması/daha az kanama/enfeksiyon olması, daha erken emzirebilme, önceki doğumun vajinal olması /üçten fazla çocuk isteği, anestezi ya da ameliyat korkusu, çevre baskısı/doktor önerisi de sağlık çalışanlarının vajinal yolla doğumu en çok tercih etme nedenleridir. Prenatal dönemde gebelere koruyucu sağlık bakımı veren kadın sağlık çalışanlarının kendi doğum tercihlerinin ve etkileyen faktörlerin bilinmesi ulusal sağlık hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

**İletişim:** Dr. Ayten Taşpınar  
**E-posta:** aytaspınar@yahoo.com

### Kaynaklar

1. Akyol A, Yağcı Ş, Tekirdağ A. [The comparison of type and properties of delivery between health workers and non health workers]. *JOPP Derg.* 2011;3(2):55-63.
2. WHO, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.REPWOMEN39?lang=en> Erişim tarihi:01.01.2016.
3. Aksu H, Özsoy S. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;24(1):44-48.
4. Gözükara F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008;15(2):32-46.
5. Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi* 2009;17(3):104-112.
6. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2012;20(3):210-218.
7. Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;1(3):26-34.
8. Arıkan DC, Özer A, Arıkan I, Coşkun A, Kiran H. Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284(3):543-549.
9. Yiğit Kurtuluş E, Tezcan S, Tunçkanat H. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2008, Türkiye 2009.
10. Türkyılmaz SA, Adalı T, Seçkiner PÇ. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2013, Türkiye 2014.
11. Ouyang YQ, Zhang Q. A study on personal mode of delivery among Chinese obstetrician-gynecologists, midwives and nurses. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2013;287(1):37-41.
12. Canbaz S, Sünter AT, Süren C, Pekşen Y. Kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri, çalışma koşulları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005;6(2):39-44.
13. Duman Z, Köken GN, Şahin FK, Coşar E, Arıöz DT, Aral İ. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. *Perinatoloji Dergisi* 2007;15(1):7-11.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara 2016; 67.
15. Öner S, Koçuş F. Mersinde 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016;15(5): 401-407.
16. Hemminki E, Klemetti R, Gissler M. Cesarean section rates among health professionals in Finland 1990-2006. *Acta Obstetrica et Gynecologica.* 2009;88(10): 1138-1144.
17. McGurgan P, Coulter-Smith S, O' Donovan PJ. A national confidential survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio* 2001; 97(1):17-19.
18. Faas-Fehervary P, Schwarz K, Bauer L, Melchert F. Caesarean section on demand: Influence of personal birth experience and working environment on attitude of German gynaecologists. *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology* 2005;122(2):162-166.
19. Sayın C, Berberoğlu U, Varol F. Sezaryenle doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip eden gebelikte doğum şekli tercihi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi* 2004;18(2):82-88.
20. Bagheri A, Masoudi Alavi N, Abbaszadeh F. Iranian obstetricians' views about the factors that influence pregnant women's choice of delivery method: A qualitative study. *Women and Birth* 2013;26(1):45-49.



Fatma Tanrıkulu<sup>1</sup>, Funda Erol<sup>2</sup>, Nasibe Yağmur Filiz<sup>2</sup>, Handenur Gündoğdu<sup>2</sup>, Yurdanur Dikmen<sup>2</sup>

Geliş/Received : 01.08.2017  
Kabul/Accepted : 08.02.2018

### Öz

**Amaç:** Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitiminde kullanılan yansıtıcı düşünme tekniğine yönelik görüşlerini incelemek amacıyla yürütülmüştür. **Yöntem:** Bu araştırmanın örneklemini Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Bölümü birinci sınıfta öğrenim gören 41 öğrenci oluşturmuştur. Veriler "Öğrenci Bilgi Formu" ile "Yansıtıcı Düşünme Tekniğini Değerlendirme Formu" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde kategorik veriler için frekans ve yüzdeler, nicel veriler için aritmetik ortalama±standart sapma (X±SS) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin büyük bölümü (%92.2) klinik eğitimde bu tekniğin kullanılması ile arkadaşlarının deneyimlerinden öğrendiğini, %82,9'u hemşirelik sürecinde daha analitik ve kritik düşünmesini sağladığını belirtmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin %24.4'ü sorunları çözemediğinde kendini hayal kırıklığına uğramış hissettiğini, %19.5'i klinik ortamda anksiyeteye yol açtığını vurgulamış ve bu tekniğin eğitimciler eşliğinde yapılması gerektiğini ifade etmiştir (%73.2). Öğrencilerin yansıtıcı düşünmede yazdıkları olayın/durumların çoğunlukla klinik uygulamada yaşadıkları duygusal tepkiler ile ilgili olduğu saptanmıştır (%23.2).

**Sonuç:** Sonuç olarak, yansıtıcı düşünme tekniğinin klinik eğitiminde kullanılması; öğrencilerin kendi deneyimleri ve arkadaşlarının deneyimlerinden öğrenmesine, eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin artmasına ve hemşirelik öğrencilerinin karşılaştığı durumları etik açıdan değerlendirmelerine olumlu katkı sağlamıştır. Ancak bu tekniğin öğrencilerde anksiyete yol açması, sorunların çözülememesi durumunda öğrencilerin kendilerini hayal kırıklığına uğramış hissetmeleri gibi olumsuz etkilerinin de olabileceği belirlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Hemşirelik, Eğitim, Yansıtıcı düşünme

### Abstract

**Aim:** This research was conducted in order to determine the efficacy of reflective thinking technique which is used in the clinical training of nursing students.

**Method:** The sample of the study consisted of 41 first-year students studying at Sakarya University Nursing Department. The data were collected using "Student Information Form" and "Reflective Thinking Technique Assessment Form". In data analysis, frequency and percentages were used for categorical data and arithmetic mean ± standard deviation (X±SS) were used for quantitative data.

**Findings:** The majority of the students (92.2%) stated that they learned from the experiences of their friends using this technique in the clinical training and 82.9% of the students reported that it enabled them to think more analytically and critically in nursing. However, 24.4% of the students felt disappointed when they could not solve the problems, 19.5% of them emphasized that it caused anxiety in the clinical setting and 73.2% stated that this technique should be performed in company with the trainees. It was seen that the cases/situations written by the students in reflective thinking were mostly accompanied by the emotional reactions, which they experienced in clinical practice (23.2%).

**Conclusion:** In conclusion, using reflective thinking in clinical training provided a positive contribution to the students in learning from their own experiences and from those of their friends, in improving their critical thinking and problem-solving skills and assessing the situations they faced from an ethical aspect. However, it was also determined that this technique may have negative effects such as causing anxiety in the students and making the students feel disappointed when the problems cannot be solved.

**Key words:** Nursing, Education, Reflective thinking

## Giriş

Bilim ve teknolojinin gelişimi ile içinde bulunduğumuz bilgi çağında birçok değişimler meydana gelmekte ve bireyler daha karmaşık problemler ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum bireylerin, kendini daha iyi tanıyan, bireysel ve toplumsal gelişmeye önem veren, sorgulayan, araştıran, sorunlar karşısında düşünme gücünü zorlayarak çözümler üreten ve akılcı kararlar alan bir birey olmasını gerektirmektedir (1,2).

Bireylerin karşılaştıkları sorunlar karşısında düşünmesini ve bu sorunlara çözümler geliştirebilmesini sağlayan yöntemlerden birinin de yansıtıcı düşünme tekniği olduğu ileri sürülmektedir (3). Yansıtıcı düşünme tekniği bireyin davranışlarını, düşüncelerini ve duygularını analiz etme olanağı sağlayarak, kendini tanımasına ve değerlendirebilmesine yardımcı olmaktadır (4,5). Norton' a (1994) göre yansıtıcı düşünen birey sorun/sorunların çözümü hakkında fikirler sunmakta ve bu fikirleri uygulamaya koyarak sonuçlarını tekrar değerlendirebilmektedir (6). Dolayısıyla yansıtıcı düşünme, bireyin karşılaştığı problemi çözme sürecinde yaratıcı ve eleştirel düşünmesine olanak sağlayarak yeni fikirler üretmesine teşvik etmektedir (7). Yansıtıcı düşünme tekniğinin tüm alanlarda kullanılabileceği belirtilmekle birlikte özellikle eğitim alanında kullanılması, öğrencilerin deneyimleri yoluyla öğrenmesine, yaptıklarının farkında olmasına, bunların üzerinde düşünmesine ve kendi öğrenmelerinden sorumluluk duymasına olanak sağlamaktadır (8).

Hasta bakımını temel alan hemşirelik eğitiminde, yansıtıcı düşünme tekniğinin kullanılabileceği belirtilmektedir (9-11). Kuramsal ve uygulamalı öğrenim yaşantılarını içeren hemşirelik eğitiminde klinik eğitim, eğitimin ayrılmaz bir parçası olup öğrencilerin okul ortamında öğrendikleri bilgiyi ve pratiği yaparak öğrenmelerini sağlamaktadır (12). Klinik eğitim öğrencinin gerçek anlamda öğrenmesine olanak sağlamanın yanı sıra bu ortamlarda farklı beklenti ve gereksinimlere sahip bireylerin bulunması ve öğrenmeyi etkileyen koşulların kontrolünün az olması gibi faktörler klinik eğitimi daha kompleks bir hale getirmektedir (13). Öğrenciler özellikle klinik eğitimde fiziki alanların yetersiz olması, karmaşık çevrenin varlığı, hasta/hasta yakınları, sağlık personeli ile yaşanan iletişim sorunları ve öğretim elemanlarının sayısının

yetersiz olması gibi olumsuz durumlar ile karşı karşıya kalabilmektedir (14,15). Bununla birlikte bu tekniğin klinikte karşılaşılan sorunların çözümünde kullanılmasının öğrencilerin kritik düşünme, problem çözme, psikomotor, iletişim ve yönetim becerilerinin gelişimine katkı sağlayacağı belirtilmektedir (10,16).

Türkiye'de bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; yansıtıcı düşünme tekniğinin etkisinin araştırıldığı çalışmaların genellikle eğitim bilimlerinin birçok alanında yürütüldüğü görülmüştür (7,8,17). Ancak hemşirelik eğitiminde bu tekniğin etkinliğinin incelendiği sınırlı sayıda araştırma bulgusuna rastlanmıştır. Tanrıku ve arkadaşları (2016) hemşirelik öğrencilerine uygulanan yansıtıcı düşünme tekniğinin problem çözme becerisi üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında; bu yöntemin klinik uygulamalarda kullanılması ile öğrencilerin kendilerini farklı açılardan değerlendirme fırsatı bulduğunu ve klinik uygulama alanlarında olumlu ya da olumsuz deneyimlerini gözden geçirmelerine yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bu yöntemin uygulanması sonucunda öğrencilerin problem çözme beceri puanlarının arttığı ancak bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (18). Çalışmadaki bu sonuç yansıtıcı düşünme tekniğinin uygulama adımlarının daha uzun sürede ve ayrıntılı olarak yapılandırılmasının önemli olduğu yönünde yorumlanmıştır. Bu nedenle klinik eğitimde yansıtıcı düşünme tekniğinin etkinliğinin incelendiği daha fazla araştırma sonuçlarına gereksinim vardır.

Bu doğrultuda bu araştırma; hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitiminde kullanılan yansıtıcı düşünme tekniğinin etkinliğini belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırma Deseni, Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma, klinik eğitimde kullanılan yansıtıcı düşünme tekniğinin etkinliğini değerlendirmeye yönelik niceliksel yaklaşımla yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde 2016-2017 Eğitim Öğretim yılında öğrenim gören ve klinik uygulamaya çıkan birinci sınıf hemşirelik öğrencileri (N=85), örneklemi ise araştırmaya katılmaya gönüllü olan 41 öğrenci oluşturmuştur. Uygulamalı eğitimlerde özellikle ilk klinik deneyimler daha çok zorlayıcı olmasından dolayı

öğrencilerde anksiyete, stres ve yoğun emosyonel tepkiler oluşturabilmektedir. Bunun yanında hasta, hasta yakınları ve sağlık ekibi ile yaşanan olumlu ya da olumsuz iletişim deneyimleri ve yaşanan duygusal tepkiler ilk klinik deneyim yaşayan öğrenciler için çok daha önemlidir. Bu nedenle bu çalışmanın örneklem grubunu birinci sınıf hemşirelik öğrencileri oluşturmuştur. Çalışmanın yürütülebilmesi için ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce öğrenciler çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmada gönüllülük esası dikkate alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri öğrencilerin bazı sosyodemografik özelliklerini içeren " Öğrenci Bilgi Formu" ile "Yansıtıcı Düşünme Tekniğini Değerlendirme Formu" kullanılarak toplanmıştır. *Yansıtıcı Düşünme Tekniğini Değerlendirme Formu*; araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (19-22). Bu form; yansıtıcı düşünme tekniğinin etkinliği, tekniğin olumsuz etkileri ve eğitimcilerin bu uygulamadaki rolü hakkında değerlendirmelerini içeren üç bölümden ve 21 maddeden oluşmaktadır. Öğrenciler maddeleri "katılıyorum", "kararsızım"

ve "katılmıyorum" ifadelerini içeren üçlü likert tipinde değerlendirmiştir.

### Araştırmanın Aşamaları ve Verilerin Toplanması

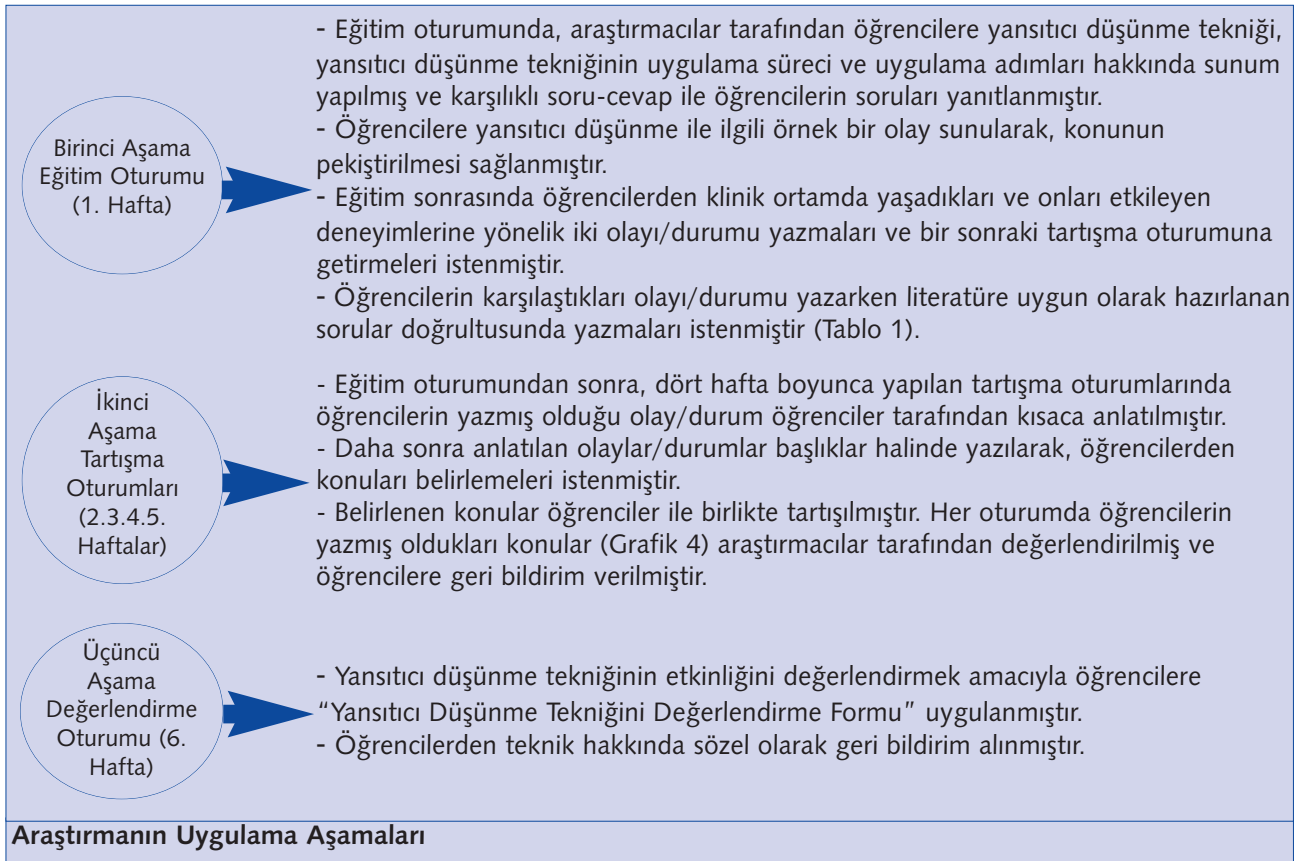
Araştırma, Nisan- Mayıs 2017 tarihleri arasında 6 haftalık süreçte, haftada bir gün iki saat olarak gerçekleştirilmiştir. Eğitim oturumu, tartışma oturumu ve değerlendirme oturumu şeklinde üç aşamadan oluşan bu araştırma, uygulama yapılan hastanenin konferans salonunda yürütülmüştür. Yansıtıcı düşünme tekniğinin aşamaları aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

### Araştırmanın Uygulama Aşamaları

Bu çalışmanın birinci aşamasında yürütülen eğitim oturumunda, öğrencilerin paylaşmak istedikleri olayı/durumu raporlarken literatür (4,23) doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan sorulara yanıt verecek şekilde yazmaları istenmiştir. Bu sorular, öğrencilerin klinik uygulamalarda yaşadıkları deneyimleri farklı bir bakış açısıyla yeniden değerlendirmelerini sağlayacak şekilde hazırlanmıştır. Yansıtıcı düşünme tekniği uygulama soruları Tablo 1'de verilmiştir.

### Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS 16.0 programı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Kategorik





**Tablo 1.** Yansıtıcı düşünme tekniği uygulama soruları

**Sevgili öğrencimiz; klinik uygulama alanında yaşadığınız ve sizi etkileyen bir olayı/durumu aşağıda yer alan sorular doğrultusunda açık ve anlaşılır bir biçimde yazınız.**

**1. Bu konunun sizin için önemini kısaca yazınız.**

**2. Olayın/Durumun Tanımlanması**

Nasıl, ne zaman, nerede oldu?

Gerçekleştiği çevre (ısı/sesler/sözlü/sözsüz iletişim) nasıldı?

Olayda/durumda yer alan ve etkilenen kişiler kimlerdi?

Olay/Durum sırasında ne hissettiniz?

Olayda yer alan diğer kişiler ne hissetmiş olabilir? Bunu nasıl anladınız?

Olay/Durum esnasında ne düşündünüz?

Olayda yer alan diğer kişiler ne düşünmüş olabilirler? Bunu nasıl anladınız?

O anda ne yaptınız?

Diğer kişiler ne yaptılar?

**3. Olayın/Durumun Değerlendirilmesi**

Davranış/düşüncelerinizi etkileyen faktörler nelerdi? (Örneğin; bilgi, değer, inanç, dürtü, ön yargı, deneyim)

Diğer kişiler niçin böyle davranmış / düşünmüş olabilir? (örneğin; bilgi, değer, inanç, dürtü, ön yargı, deneyim)

Bu olay/durum siz ve diğerleri için olumlu/olumsuz muydu?

Olayın/durumun daha farklı sonuçlanabilmesi için neleri bilmeniz ve nasıl davranmanız gerektiğini düşünüyorsunuz? Bunları bilmek için hangi kaynaklara (makale, kitap, danışman) gereksiniminiz var?

Olay/Durum sizi ve diğerleri nasıl etkiledi? (sosyal, kültürel, mesleki, etik, yasal, politik gibi)

Şu anda olay/durum ile ilgili ne hissediyorsunuz, ne düşünüyorsunuz?

Diğer kişiler şu anda ne hissediyor, ne düşünüyor olabilir?

veriler için frekans ve yüzdeler, nicel veriler için aritmetik ortalama±standart sapma ( $X\pm SS$ ) kullanılmıştır.

### **Bulgular ve Tartışma**

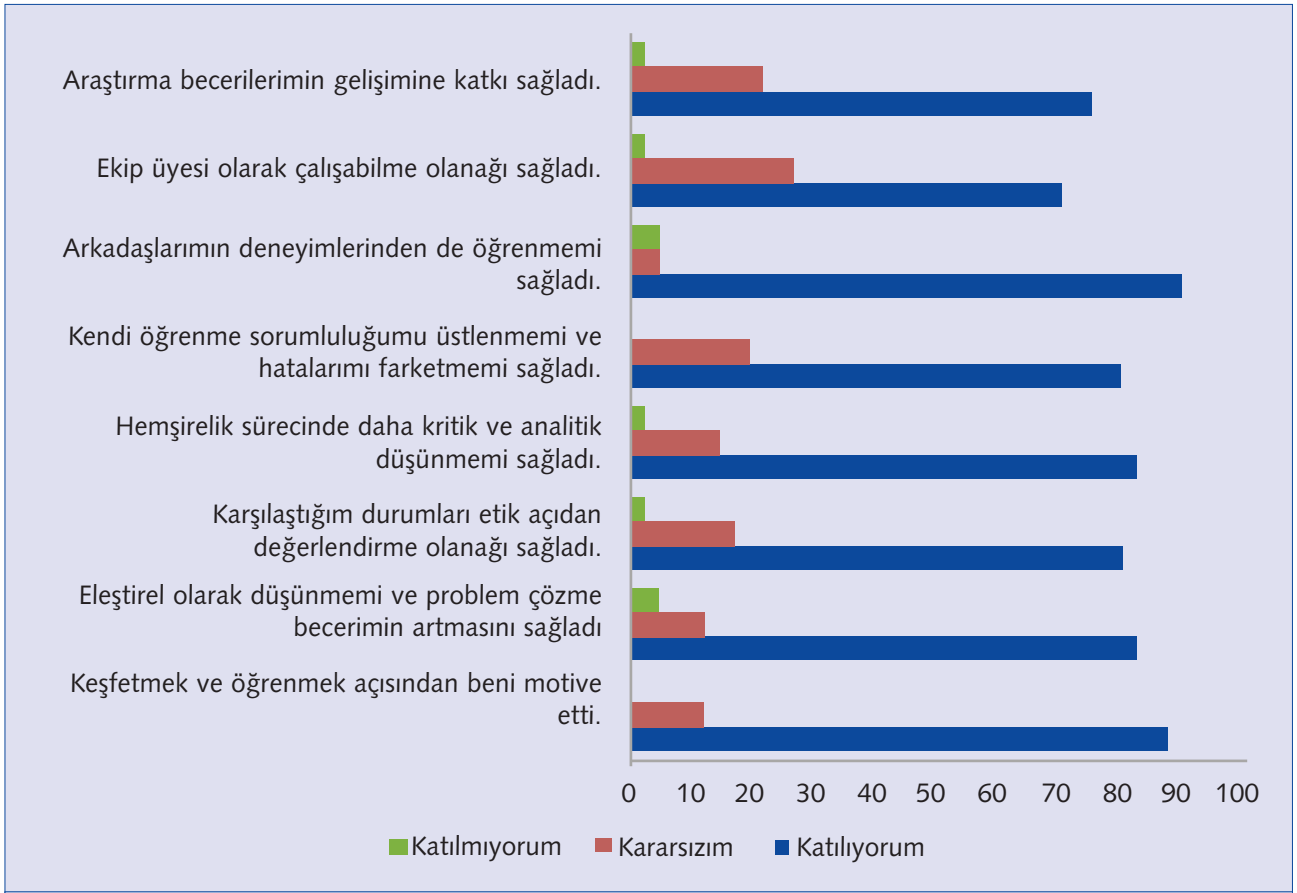
Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $18.65\pm 0.72$  yıl olup, %80.5'i kız, %19.5'i erkek öğrencilerden oluşmaktadır. Öğrencilerin %56.1'i Anadolu Lisesi'nden mezun olmuştur.

Öğrencilerin yansıtıcı düşünme tekniğine yönelik görüşlerinin dağılımı Grafik 1'de verilmiştir.

Öğrencilerin yansıtıcı düşünme tekniğine yönelik görüşleri incelendiğinde; öğrencilerin %75.6'sı bu tekniğin araştırma becerilerinin gelişimine katkı sağladığını, %70,7'si ekip üyesi olarak çalışabilme olanağı sunduğunu belirtmiştir. Ayrıca öğrencilerin %80,5'i tekniğin kendi öğrenme sorumluluğunu üstlenerek hatalarını fark etmesini ve karşılaştığı durumları etik açıdan değerlendirmesini, %82,9'u ise hemşirelik sürecinde daha analitik ve kritik düşünmesini, problem çözme becerilerinin artmasını sağladığını ifade etmiştir. Öğrencilerin büyük bir bölümü (%90,2) arkadaşlarının

deneyimlerinden de öğrendiğini vurgulamıştır.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; yansıtıcı düşünme tekniğinin klinik alanlarda uygulanmasının; öğrencilerin kendilerini değerlendirmesine olanak sağladığı, eleştirel düşünme, problem çözme, benlik bilinci oluşturma ve analiz etme becerilerini olumlu olarak geliştirdiği, kendisinin ve arkadaşlarının deneyimlerinden öğrenmesine katkı sağladığı belirtilmiştir (11,20). Bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinde klinik uygulamalarda kullanılan yansıtıcı düşünmenin öğrencilerde eleştirel düşünme becerisini geliştirdiği, kendi kendine öğrenebilmeyi teşvik ettiği ve öğrencilerin kendilerini farklı açılardan değerlendirmesini sağladığı saptanmıştır (18). Ayrıca bu tekniğin hemşirelik eğitiminde kullanılması ile öğrencilerin klinik eğitimden daha çok yararlandığı ve öğrencilerde hemşirelik mesleği ile ilgili pozitif düşünceler geliştirdiği bildirilmektedir (24). Silvia ve arkadaşları (2013) yapmış oldukları çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin yansıtıcı düşünme tekniği ile yazmış oldukları günlükleri değerlendirmiş ve bu tekniğin öğrencilerin bakım verdikleri bireyler ile



**Grafik 1.** Öğrencilerin yansıtıcı düşünme tekniğine yönelik görüşleri (n=41)

daha etkili iletişim kurmalarını sağladığı, hemşirelik bakım sürecini daha doğru değerlendirmelerine yardımcı olduğu ve okulda öğrenilen teorik bilginin uygulama alanında kullanılmasını kolaylaştırdığı belirtilmiştir (21). Bu bulgular ile bizim çalışmamız paralellik göstermektedir. Dolayısıyla bu bulgulara dayanarak, öğrencilerin deneyimlerinden öğrenmesini kolaylaştırmak amacıyla klinik eğitimde yansıtıcı düşünme tekniğinin kullanılmasının öğrencilerin mesleki gelişimine olumlu yönde katkı sağladığı söylenebilir.

Grafik 2'de öğrencilerin yansıtıcı düşünme tekniğinin olumsuz yönlerine ilişkin görüşleri yer almaktadır.

Literatürde çalışma sonuçları incelendiğinde; yansıtıcı düşünme tekniğinin öğrencilerin gelişimine katkı sağladığı belirtilmesine karşın, sınırlı sayıda yapılan bazı çalışmalarda bu yöntemin olumsuz etkilerinin olabileceği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da öğrencilerin %9.8'i bu yöntemin uygulanmasında yararlı olabilecek tartışma konularının belirlenemediğini, %12.2'si yansıtıcı düşünme tekniğinin uygulanması için sürenin

yeterli olmadığını, %7.3'ü ise destekleyici ortamın ve eğitimcilerin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Landeen ve arkadaşları (1995) psikiyatri alanında uyguladığı yansıtıcı düşünme tekniği ile hemşirelik öğrencilerinin deneyimlerini değerlendirdiği çalışmalarında, yansıtıcı düşünme tekniği için ayrılan sürenin yetersiz olduğunu ve bu yöntemin öğrencilere yarar sağlayabilmesi için daha uzun sürede uygulanması gerektiğini bildirmişlerdir (25). Öğrencilerin %24.4'ü sorunları çözemediğinde kendini hayal kırıklığına uğramış hissettiğini, %14.6'sı bu tekniğin genellikle olumsuz deneyimlerini düşünmesine neden olduğunu ve %19.5'i klinik ortamda anksiyeteye yol açtığını vurgulamıştır (Grafik 2). Tanrıku ve arkadaşlarının (2016) hemşirelik öğrencilerine uygulanan yansıtıcı düşünme tekniğinin problem çözme becerisi üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında da uygulanan yöntemin öğrencilerde anksiyeteye neden olduğu saptanmıştır (18). Bu sonuçlara dayanarak yansıtıcı düşünme tekniğinin öğrencilere daha yararlı olabilmesi amacıyla uygulama sürecinin ve uygulama adımlarının iyi bir şekilde yapılandırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

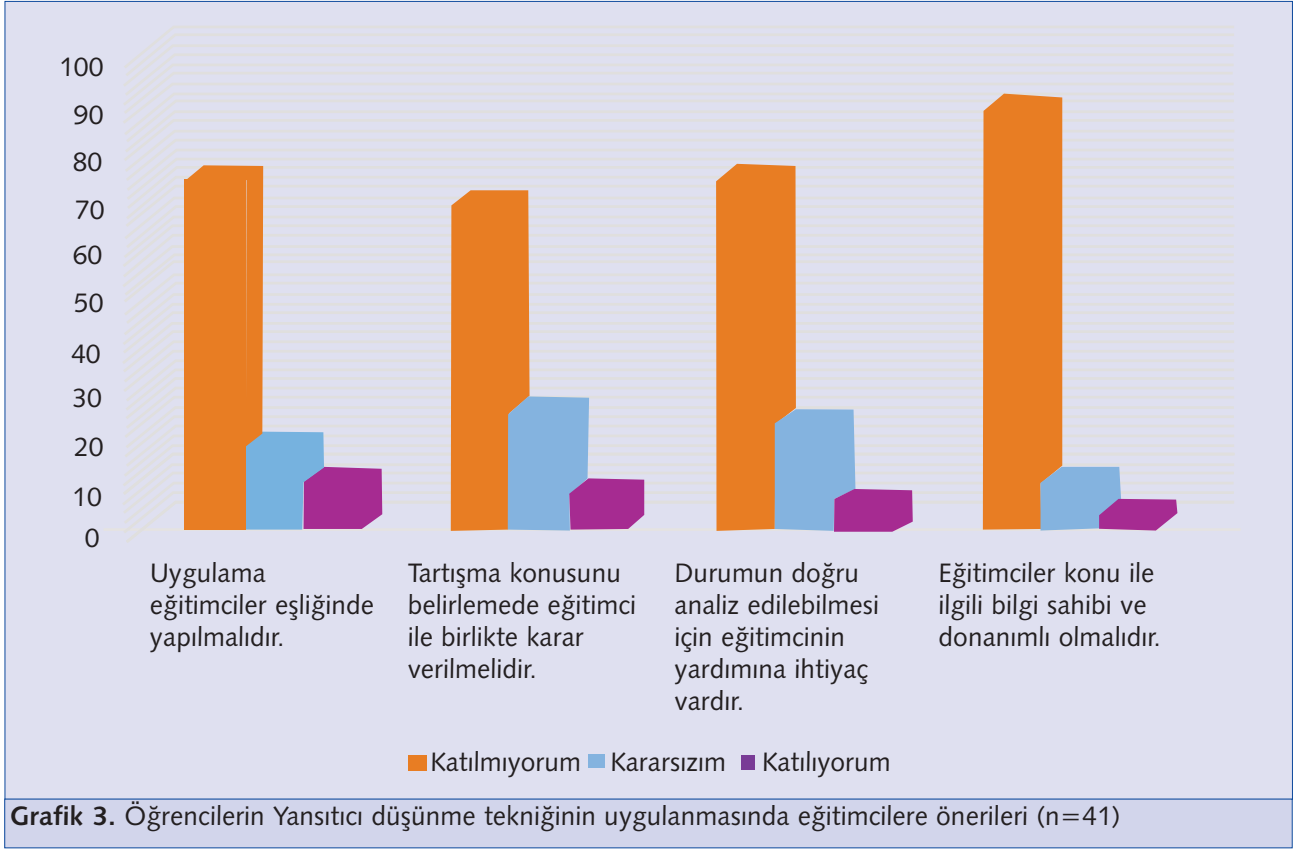


Bu çalışmada öğrencilerin yansıtıcı düşünme tekniğinin uygulanmasında eğitimcilere önerileri Grafik 3'te verilmiştir.

Öğrencilerin %73.2'si yansıtıcı düşünme tekniği uygulamasının eğitimciler eşliğinde yapılması gerektiğini ve durumun doğru analiz edilebilmesi için eğitimcinin yardımına ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Bu tekniğin hemşire eğitimciler eşliğinde yapılmasının, uygulama ile derslerde öğrenilen teorik bilginin entegre edilmesini ve öğrencilerin öğrenmesini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (22,26). Ayrıca bu çalışmada öğrencilerin %68.3'ü tartışma konusunu belirlemede eğitmeni ile birlikte karar verilmesi gerektiğini, %87.8'i ise eğitimcilerin konu ile ilgili bilgi sahibi ve donanımlı olması gerektiğini ifade etmiştir. Nitekim Nicholl ve Higgins (2004) yansıtıcı uygulamalarda eğitimcilerin konuyla ilgili bilgili, donanımlı ve kendine güvenen kişiler olması gerektiğini vurgulamıştır (27). Dolayısıyla yansıtıcı düşünme tekniğinin uygulanması ve yürütülmesinde eğitimciler önemli bir yere sahiptir.

Öğrencilerin yansıtıcı düşünme tekniğinde yazdığı konuların dağılımı Grafik 4'te verilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yansıtıcı düşünme tekniğinde ele aldıkları konuların dağılımı incelendiğinde; %23.2'sinin klinik uygulamalarda yaşadığı duygusal durumları, %22'sinin hasta bakım yönetimini, %17.1'inin ise ekip üyeleriyle yaşadıkları iletişim sorunlarını yazdığı belirlenmiştir. Klinik eğitimde yansıtıcı düşünme tekniğinin etkinliğinin değerlendirildiği bu çalışmada öğrencilerin yaşadıkları olaylara/durumlara çoğunlukla duygusal tepki verdiği saptanmıştır. Literatürde yansıtıcı düşünme tekniğinin kullanıldığı bazı çalışmalarda öğrencilerin yazdığı yansıtıcı günlüklerin daha çok klinikteki olumsuz deneyimler ve hasta/hasta yakını/sağlık personeli ile yaşanan iletişim sorunları hakkında olduğu belirtilmiştir (19,21). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar ile yapılan çalışma sonuçlarının farklılık göstermesinin nedeni, örneklem grubunu klinik deneyimi az olan hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin oluşturması olabilir.



### Sınırlılıklar

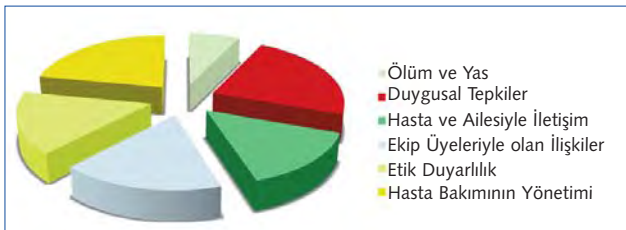
Çalışmanın sınırlılığı, çalışmanın yalnızca bir üniversitede öğrenim gören ve klinik uygulamaya çıkan hemşirelik öğrencilerinde yürütülmesidir. Bu nedenle bu bulgular Türkiye'deki tüm hemşirelik öğrencilerine genellenemez. Ayrıca bu çalışmanın diğer bir sınırlılığı da araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin kendi bildirimine dayanmasıdır. Dolayısıyla sonuçlar, araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin vermiş oldukları yanıtlarla sınırlıdır.

### Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada yansıtıcı düşünme tekniğinin klinik eğitiminde kullanılmasının; öğrencilerin kendi ve arkadaşlarının deneyimlerinden öğrenmesine, eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin

artmasına ve öğrencilerin karşılaştığı durumları etik açıdan değerlendirmesine olanak sağladığı belirlenmiştir. Bununla birlikte bu tekniğin öğrencilerde anksiyeteye yol açması, sürenin yetersiz olması, sorunların çözülememesi durumunda öğrencilerin kendilerini hayal kırıklığına uğramış hissetmeleri gibi olumsuz etkilerinin de olduğu saptanmıştır. Ayrıca öğrenciler, yansıtıcı düşünme tekniğinin eğitimciler eşliğinde yapılması, eğitimcilerin konu ile ilgili bilgi sahibi ve donanımlı olması ve tartışma konusunu belirlemede eğitimci ile birlikte karar verilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Öğrencilerin tartışma konusu olarak genellikle yaşanan duygusal durumları, hasta bakım yönetimini ve ekip üyeleriyle yaşadıkları iletişim sorunlarını belirledikleri saptanmıştır.

Çalışmanın, ülkemizde bu konu ile ilgili yapılan sınırlı çalışmadan biri olması ve klinik eğitimi farklı açıdan ele alması nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma sonuçları klinik eğitimin yapılandırılmasında eğitimcilere yol gösterebilir. Ayrıca yansıtıcı düşünme tekniğinin hemşirelik eğitim sisteminde yer alması ve klinik uygulama sürecinde kullanılması hemşirelik öğrencilerinin bu yöntemden daha fazla yararlanmasına katkı sağlayacaktır.



**Grafik 4.** Öğrencilerin yansıtıcı düşünme tekniğinde yazdığı konuların dağılımı (n=41)

**İletişim:** Funda Erol

**E-posta:** fundaerol@sakarya.edu.tr

### Kaynaklar

1. Akça NK, Taşçı S. Hemşirelik eğitimi ve eleştirel düşünme. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009; 5(2):187-196.
2. Bapoğlu SS, Açıköz F, Kapisız Ö, Yılmaz Ö. Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme becerilerini geliştirmede drama yönteminin kullanılması. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011; 1(3): 17-21.
3. Rodgers C. Defining Reflection: Another look at John Dewey and reflective thinking. Teachers College Record 2002; 104(4):842-866.
4. Mert H, Bilik Ö, Sarı YH, Üstün B. Bir öğrenme deneyimi: Refleksin (Reflection), DEU HYO ED 2011; 4(2): 89-93.
5. Duban N, Yelken TY. Öğretmen adaylarının yansıtıcı düşünme eğilimleri ve yansıtıcı öğretmen özellikleriyle ilgili görüşleri. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010; 19(2):343-360.
6. Norton JL. Creative Thinking and Locus of Control as Predictors of Reflective Thinking in Preservice Teachers 1994; 1-36.
7. Hasırcı ÖK, Sadık F. Sınıf öğretmenlerinin yansıtıcı düşünme eğilimlerinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011; 20(2):195-210.
8. Tok Ş. Fen bilgisi dersinde yansıtıcı düşünme etkinliklerinin öğrencilerin akademik başarılarına ve fen bilgisi dersine yönelik tutumlarına etkisi. İlköğretim Online 2008; 7(3): 557-568.
9. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. Advances in Health Sciences Education 2009; 14(4):595-621.
10. Teekman B. Exploring reflective thinking in nursing practice. Journal of Advanced Nursing 2000; 31(5): 1125-1135.
11. Forneris SG, McAlpine CP. Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. Journal of Advanced Nursing 2007; 57(4): 410- 421.
12. Karaöz S. Hemşirelikte klinik öğretime genel bir bakış ve etkin klinik öğretim için öneriler. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2003; 5(1): 5-21.
13. Karaöz S. Hemşirelik eğitiminde klinik değerlendirmeye genel bakış: Güçlükler ve öneriler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2013; 6(3):149-158.
14. Aydın MF, Argun MŞ. Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin hastane uygulamalarından beklentileri ve karşılaştıkları sorunlar. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 1(4): 209-213.
15. Kumcağız H, Koyuncu S, Yılmaz A, Uzun A, Güneştaş İ. Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin kuramsal ve uygulamalı eğitimde yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Journal of Experimental and Clinical Medicine 2009; 22(2): 71-77.
16. Gustafsson C, Fagerberg I. Reflection, the way to professional development? J Clin Nurs 2004; 13(3): 271-280.
17. Durdukoca ŞF, Demir M. İlköğretim öğretmenlerin bazı değişkenlere göre yansıtıcı düşünme düzeyleri ve düşüncelerindeki öğretmen niteliklerinin yansıtıcı öğretmen niteliklerine uygunluğu. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012; 9(20):357-374.
18. Tanrikulu F, Erol F, Dikmen Y. Hemşirelik öğrencilerinde klinik uygulamalarda kullanılan refleksin yönteminin problem çözme becerisine etkisi. Journal of Human Sciences 2016; 13(3): 4931-4943.
19. Chong MC. Is reflective practice a useful task for student nurses? Asian Nursing Research 2009; 3(3): 111-120.
20. McCarthy B, Murphy S. Assessing undergraduate nursing students in clinical practice: do preceptors use assessment strategies?. Nurse Education Today 2008; 28(3): 301-313.
21. Silvia B, Valerio D, Lorenza G. The reflective journal: A tool for enhancing experience-based learning in nursing students in clinical practice. Journal of Nursing Education and Practice 2012; 3(3): 102-111.
22. Burrows DE. The nurse teacher's role in the promotion of reflective practice. Nurse Education Today 1995; 15(5): 346-350.
23. Kennison MM. The evaluation of students' reflective writing for evidence of critical thinking. Nursing Education Perspectives 2006; 27(5): 269-273.
24. Bulman C, Schutz S. Reflective Practice in Nursing. 4nd ed. USA: Blackwell Publishing Ltd.; 2008.
25. Landeen J, Byrne C, Brown B. Exploring the lived experiences of psychiatric nursing students through self-reflective journals. Journal of Advanced Nursing 1995; 21(5):878-885.
26. Pearson DJ, Heywood P. Portfolio use in general practice vocational training: a survey of GP registrars. Medical education 2004; 38(1): 87-95.
27. Nicholl H, Higgins A. Reflection in preregistration nursing curricula. Journal of Advanced Nursing 2004; 46(6): 578-585.

# A Grubu Beta Hemolitik Streptokokların 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarında Tanısı ve Gereksiz Antibiyotik Kullanımı

Diagnosis of Group A Beta Haemolytic Streptococci at Primary Healthcare Institutions and Unnecessary Use of Antibiotics

Araştırma



Research

Ebe Seher Yücel<sup>1</sup>, Dr. Sümeyye Akyüz<sup>2</sup>, Dr. Mehmet Parlak<sup>3</sup>, Dr. Hüseyin Güdücüoğlu<sup>4</sup>

Geliş/Received : 01.07.2017

Kabul/Accepted : 07.12.2017

## Öz

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışma, akut bakteriyel farenjitin en sık etkeni olan A Grubu Beta Hemolitik Streptokokların özellikle kırsal bölgelerde yaşayan çocuklardaki sıklığını tespit etmek ve hızlı tanı testlerinin birinci basamak sağlık kuruluşunda kullanılabilirliğini saptamak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma Gürpınar Toplum Sağlığı Merkezi Polikliniğine ateş, boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü yakınması ile başvuran 3-17 yaş arası 1000 (bin) hastada yapılmıştır. Hastalardan hızlı antijen testi ve kültür yapılması amacıyla iki adet orofarengal sürüntü örneği alınmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik bilgilerini ve doktor ön tanısını içeren anket formu doldurulmuştur. Hızlı antijen tarama testinin tanıda altın standart olan kültür sonuçlarına göre duyarlılığı, özgüllüğü ve doğruluğu hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 1000 hastanın 38'inde kültür ile 35'inde hızlı tanı testi ile pozitiflik saptanmıştır. Buna göre hızlı tanı testinin altın standart test olan kültüre göre duyarlılığı %92.1 yanlış negatiflik oranı ise %7.9' dur. Araştırmaya katılan 1000 hastanın 962'sinde kültür ile, 953'ünde hızlı tanı testi ile negatiflik saptanmıştır. Buna göre hızlı tanı testinin özgüllüğü %88, yanlış pozitiflik oranı %0.9, doğruluk oranı ise %98,8 olarak bulunmuştur. Doktor ön tanılarına göre 1000 hastanın 363 tanesinin bakteriyel, 631 tanesinin viral enfeksiyon geçirdiği düşünülmüş ve 6 hastada ise bakteriyel-viral ayrımı yapılamamıştır. Ancak bakteriyel enfeksiyon geçirdiği düşünülen hastaların yalnız 35 (%9,6) tanesinde, viral enfeksiyon geçirdiği düşünülen hastaların ise yalnız 3 (%0,48)'ünde kültür ile AGBHS pozitifliği saptanmıştır.

**Sonuç:** Yapılan bu çalışma ile hızlı tanı testinin, kültür altın standart olarak kabul edildiğinde duyarlılığının yüksek olduğu (fakat yinede kültür ile desteklenmesi gerekmektedir), bu nedenle birinci basamak sağlık kuruluşlarında güvenli olarak kullanılabileceğine karar verilmiştir. Bu tür hızlı testler çoğu hekimin viral bakteriyel ayrımında kararsız kaldığı durumlarda hem çoğu hastada AGBHS tanısını sağlayacak hem de gereksiz antibiyotik kullanımını önleyecektir.

**Anahtar sözcükler:** A grubu beta-hemolitik streptokok, Hızlı tanı testi, Birinci basamak, Gereksiz antibiyotik kullanımı

## Abstract

**Introduction and Aim:** This study was conducted to determine the prevalence of group A beta haemolytic streptococci (GABHS), which is the most common cause of acute bacterial pharyngitis, particularly in children living in rural areas and to investigate the usability of rapid diagnostic tests in primary healthcare settings.

**Material and Methods:** This study was performed among 1000 (a thousand) patients aged 3 to 17 years who applied to Gürpınar Community Health Center Outpatient Clinic complaining of fever, sore throat and swallowing difficulty. Two oropharyngeal swab samples were taken from each patient for rapid antigen detection test and throat culture. A questionnaire containing demographic information such as age, gender and the provisional diagnosis by a physician was filled out. Sensitivity, specificity, and accuracy of the rapid antigen detection test were assessed in comparison with the throat culture results, which are considered the gold standard for diagnosis.

**Findings:** Of 1000 samples from patients participated in the study, 38 and 35 were found to be positive through throat culture and rapid diagnostic test, respectively. Accordingly, the sensitivity of rapid diagnostic test compared to culture, which is considered the gold standard was 92.1% and the false negative rate was 7.9%. False negativity was identified by means of throat culture in 962 patients and through rapid diagnosis test in 953 patients participated in the study. Accordingly, specificity, false positive rate and accuracy of the rapid diagnostic test were found to be 88%, 0.9% and 98.8%, respectively. According to the provisional diagnosis by a physician, it was thought that, of 1000 patients, 363 had bacterial, 631 had viral infections, and in 6 patients, bacterial and viral infections could not be differentiated. However, positive GABHS was detected in throat culture only in 35 (9.6%) patients who were thought to have a bacterial infection and only in 3 (0,48%) patients that were supposed to have a viral infection.

**Conclusion:** This study concluded that the rapid diagnostic test is highly sensitive as throat culture considered the gold standard (but nevertheless it needs to be supported by culture) and therefore, it can be used safely at primary health care institutions. When most physicians have difficulty in distinguishing viral from bacterial infections, such rapid tests will enable the diagnosis of GABHS in most patients and prevent unnecessary use of antibiotics as well.

**Key words:** Group A beta-haemolytic streptococcus, Rapid diagnostic test, Primary care, Unnecessary use of antibiotics

1 Öğr. Gör.; Van Sağlık Hizmetleri MYO, Van

2 Arş. Gör.; Yüzüncü Yıl Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Tıbbi Mikrobiyoloji AD, Van

3 Doç.; Yüzüncü Yıl Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Tıbbi Mikrobiyoloji AD, Van

4 Prof.; Yüzüncü Yıl Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Tıbbi Mikrobiyoloji AD, Van

## Giriş ve Amaç

Grup A antijeni içeren beta hemolitik streptokokların (AGBHS) çoğu *S.pyogenes*'tir. *S.pyogenes* lokal ya da sistemik invazyon yapabilen, çocuklarda boğaz ağrısı, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, post-streptokoksik akut glomerülonefrit ve akut romatizmal ateş gibi immünolojik rahatsızlıklara neden olabilen önemli bir insan patojenidir (1,2). Üst solunum yolu ve cilt lezyonları enfeksiyonun ilk odağı ve bulaşın kaynağıdır. Belirtileri hızlıca hafifletmek, sekelleri önlemek ve bulaşı önlemek adına antibiyotik tedavisinin kesin olarak endike olduğu farenjit, akut AGBHS farenjitidir. Bu nedenle klinisyenin ateş, boğaz ağrısı, eksüdatif farenjit ve sevikal LAP tablosuyla gelen bir hastanın tedavisini düzenlerken etkenin AGBHS olup olmadığını bilmesi gerekir. Bununla birlikte AGBHS farenjitinin bulgu ve belirtilerin genellikle viral ve diğer boğaz ağrısı nedenlerinden ayırt edilememesinden dolayı teşhisinde zorluklar yaşanmaktadır (3).

AGBHS enfeksiyonlarında uygun tedaviye en kısa surede başlayabilmek için enfeksiyonun doğru ve hızlı tanısı çok önemlidir (4,5). Etkenin altın standart laboratuvar tanısı boğaz kültürüdür. Ancak kültür sonuçlarının 24-48 saat gibi uzun bir sürede sonuçlanması nedeniyle, tonsillofarenjitli hastalarda etkenin daha hızlı belirlenmesi amacıyla hızlı antijen testleri geliştirilmiştir (6).

Çalışmamız Van Gürpınar Aile Sağlığı Merkezi'ne boğaz ağrısıyla başvuran ve sıklıkla birinci basamak sağlık hizmetinin ötesine geçemeyen çocuk hastalarda, kullanılan hızlı antijen testinin tanıda altın standart olan kültür sonuçlarına göre duyarlılık, özgüllük ve doğruluk oranını hesaplamak amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Ekim 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında Van Gürpınar Aile Sağlığı Merkezi'ne

ateş, boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü yakınması ile başvuran 3-17 yaş arası 1 000 çocuk hastada yapılmıştır. Çalışma öncesi gerekli etik kurul onayı ve hastaların velilerinden imzalı onam formları alınmış olup hastaların yaş,cinsiyet gibi demografik bilgilerini ve doktor ön tanısını içeren anket formu doldurulmuştur. Hastalardan hızlı antijen testi ve bakteriyolojik kültür ve tanımlama amacıyla iki farklı eküvyon çubuğu ile orofaringeal sürüntü örnekleri alınmıştır. Örneklerin biri Strep A Rapid Test (Abon Biotech,P. R. China) kiti kullanılarak hızlı antijen testi için kullanılmıştır. Bu hızlı tanı testi boğaz sürüntülerinde kalitatif olarak AGBHS varlığını saptayan immünokromotografik bir testtir. Diğer orofaringeal sürüntü örneği ise kültür için %5 koyun kanlı agar besiyerine (RTA, Türkiye) ekilmiştir. Besiyerleri aerobik koşullarda 18-24 saat 37 °C inkübasyondan sonra değerlendirilmiş ve streptokok morfolojisindeki beta-hemoliz yapan kolonilerden yapılan gram boyama sonucunda gram pozitif, katalaz negatif, PYR testi pozitif, basitrasin (0,04 IU) duyarlı ve trimetoprim-sülfometoksazole dirençli olanlar AGBHS olarak kabul edilmiştir. Hızlı antijen tarama testinin tanıda altın standart olan kültür sonuçlarına göre duyarlılığı, özgüllüğü ve doğruluğu prospektif olarak araştırılmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların 470 tanesi kız, 530 tanesi ise erkek olup yaş ortalaması 9,64 idi. Çalışmaya dâhil edilen 1000 örneğin 38'inde (%3,8) kültürle AGBHS pozitifliği saptanmış ve bu örneklerin 35'inde hızlı antijen testi ile de pozitiflik bulunmuştur. Geriye kalan kültürü negatif 962 örneğin 9'unda ise hızlı antijen testi ile pozitiflik saptanmıştır. 953 örneğin ise hem kültürü hem de hızlı antijen testi negatif olarak bulunmuştur (Tablo1).

Bu sonuçlara göre hızlı tanı testinin altın standart test olan kültüre göre duyarlılığı

**Tablo 1.** Boğaz kültürü ve hızlı antijen testi sonuçları

|                    | Kültür  | Kültür  | Toplam |
|--------------------|---------|---------|--------|
|                    | pozitif | negatif |        |
| Hızlı Tanı Pozitif | 35      | 9       | 44     |
| Hızlı Tanı Negatif | 3       | 953     | 956    |
| Toplam             | 38      | 962     | 1000   |

%92,1 (35/38\*100), özgüllüğü %88 (953/962\*100), doğruluğu %98,8(35+953/1000), yanlış negatiflik oranı %7,9 (3/38\*100), yanlış pozitiflik oranı %0,9 (9/962\*100) olarak bulunmuştur. Hızlı testin pozitif kestirim değeri %79,6 (35/44\*100), negatif kestirim değeri ise %98,8 (953/965\*100) olarak belirlenmiştir.

Doktor ön tanılarına bakıldığında 1000 hastanın 363 tanesinin bakteriyel, 631 tanesinin viral enfeksiyon geçirdiği düşünülmüş ve altı hastada ise bakteriyel-viral ayrımı yapılamamıştır. Ancak bakteriyel enfeksiyon geçirdiği düşünülen hastaların yalnız 35 (%9,6) tanesinde, viral enfeksiyon geçirdiği düşünülen hastaların ise yalnız üçünde kültür ile AGBHS pozitifliği saptanmıştır. Karar verilemeyen altı hastada kültür ya da hızlı test ile pozitiflik saptanmamıştır.

### Tartışma ve Sonuç

Akut tonsillofarenjitler büyük oranda viral patojenlere bağlı gelişse de çocukların %15-30, erişkinlerin ise %5-10' unda akut farenjitin en sık etkeni AGBHS'lerdir. Daha çok sonbahar ve kış aylarında 5-15 yaş arasında okul çağındaki çocuklarda görülürler (5,7). Mikrobiyolojik tanıda boğaz kültürü tanıda altın standart kabul edilmekte ancak sonucun 24-48 saat gibi bir sürede çıkması tedavide gecikmeye, bulaşta artışa ve gereksiz antibiyotik kullanımına neden olmaktadır.

Boğaz sürüntülerinde doğrudan AGBHS antijeni saptayan hızlı testler sayesinde antibiyotik tedavisinin gerekli olup olmadığına karar vermek olanaklıdır (8). Bu testler yüksek özgüllük oranlarına sahiptir (%95'in

üzerinde); ancak duyarlılık oranları özgüllük oranlarına göre düşüktür (%70-90) (9). Bu testlerin duyarlılığı alınan sürüntü örneğinin niteliği ve sayısı, örneği alan kişinin tecrübesi ve alınan kültürün standartlara uygun bir biçimde alınması ile artırılabilir (10). Bu testlerin duyarlılıklarının düşük olması, negatif çıkan sonuçların kültür ile doğrulanmasını gerekli kılmaktadır. Ek olarak boğaz florasında bulunan farklı streptokok türlerinin (*Streptococcus milleri*, *Streptococcus intermedius*) AGBHS ile ortak karbonhidrat antijeni taşımaları nedeni ile testlerde yalancı pozitiflik olabilmektedir. Buna karşın hastaların büyük çoğunluğunda elde edilen negatif hızlı test sonuçları gereksiz antibiyotik kullanımını önlemektedir. Hızlı test sonucu pozitif saptanan hastalarda ise özgüllüğünün yüksek olması nedeni ile kültür beklenmeden tedaviye başlanabilmektedir (10).

Ülkemizden yapılan bir çalışmada Cabbarpur ve ark. (11) hızlı antijen testinin sensitivite ve spesifite değerlerini sırası ile %100 ve %97,5 olarak bulmuşlardır. Yılmaz ve ark.'nın (12) yaptığı çalışmada boğaz gargarasıyla yapılan hızlı antijen testinin duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %41,7 ve %100, doğruluk değeri %100, pozitif kestirim değeri %100, negatif kestirim değeri %93,1 olarak saptanmıştır. Gözüküçük ve ark.'nın (13) 132 hastada yaptığı çalışmada hızlı tanı testinin duyarlılığı %66, özgüllüğü %99 ve pozitif tahmin değeri %95 iken, negatif tahmin değeri ise %10 olarak bulunmuştur. Kim ve ark. (6) 293 hastada yürüttükleri çalışmada hızlı antijen testinin duyarlılığını %96, özgüllüğünü %92 bulmuşlardır.

Bizim çalışmamızda hızlı tanı testinin altın standart test olan kültüre göre duyarlılığı %92,1, özgüllüğü %88 ve doğruluk oranı %98,8 olarak bulunmuştur. Bu değerlerin literatürdeki verilerle uyumlu olduğu görülmüştür. Doktor ön tanılarına bakıldığında ise bakteriyel enfeksiyon geçirdiği düşünülen 363 hastanın yalnız 35



tanesinde kültür ile pozitiflik saptanması, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinde bile gereksiz antibiyotik kullanımının ne kadar yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Türkiye'de antibiyotik kullanımına dair birçok çalışmanın ortak sonucu, antibiyotiklerin sık ve uygunsuz tüketildiğidir (14).

Sonuç olarak boğazda AGBHS varlığını saptayan hızlı tanı testlerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanılmasının güvenilir olduğu ve bu testlerle gereksiz antibiyotik kullanımının büyük oranda önüne geçilebileceği kanısına varılmıştır. Pozitif bir hızlı test sonucu antibiyotik tedavisine başlamayı gerektirirken, negatif hızlı test sonuçları AGBHS farenjiti tanısından uzaklaştırmamalı ve sonuçlar muhakkak bir Mikrobiyoloji laboratuvarında yapılan kültürle doğrulanmalıdır. Ayrıca bu tür hızlı testleri yapacak kişilerin Mikrobiyoloji alanında eğitim almış kişilerden oluşmasının testin güvenilirliği ve mikroorganizma kontaminasyonunun önlenmesi açısından önemli olduğu görülmüştür.

### Teşekkür

Bu çalışmanın hayata geçmesi için mali destek sağlayan YYÜ Bilimsel Araştırmalar Müdürlüğü'ne ve ön tanılarıyla çalışmamıza katkıda bulunan Van Gürpınar Aile Sağlığı Merkezi'nde görevli aile hekimlerimize teşekkür ederiz.

**İletişim:** Dr. Sümeyye Akyüz

**E-posta:** sumeyye\_sfl@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Gür D. Streptokoklar. Brooks GF, Carroll KC, Butel JS, Morse SA ve ark. (Editörler). Jawetz, Melnick ve Adelberg Tıbbi Mikrobiyoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2015.s.209-227.
2. Shulman ST. Acute Streptococcal Pharyngitis in Pediatric Medicine: Current Issues in Diagnosis and Management. Paediatric drugs 2002; 5:13-23.
3. Shaikh N, Swaminathan N ve Hooper EG. Accuracy and Precision of the Signs and Symptoms of Streptococcal Pharyngitis in Children: A Systematic Review. The Journal of pediatrics 2012;160(3): 487-493.
4. Bisno AL ve Stevens DL. Streptococcus pyogenes: Streptococcal Toxic Shock Syndrome and Necrotizing Fasciitis. Mandell GL, Bennett JE ve Dolin R (Editörler). Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Philadelphia, London, Toronto: Churchill Livingstone;2000. s.2101-2117.
5. Spellerberg B ve Brandt C. Streptococcus. Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH ve Landry ML (Editörler). Klinik Mikrobiyoloji. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2009. s.412-429.
6. Kim S. The Evaluation of SD Biotec Strep A Rapid Antigen Test in Acute Pharyngitis in Pediatric Clinics. The Korean journal of laboratory medicine 2009; 29(4): 320-323.
7. Peter G. Streptococcal Pharyngitis: Current Therapy and Criteria for Evaluation of New Agents. Clinical infectious diseases 1992; 14: 218-223.
8. Stürenburg E ve Junker R. The Advantages and Disadvantages of Immunochromatographic Test Strips. Dtsch Arztebl Int 2009;106(4): 48-54.
9. Gerber MA ve Shulman ST. Rapid Diagnosis of Pharyngitis Caused by Group A Streptococci. Clinical microbiology reviews 2004; 17(3): 571-580.
10. Yılmaz D ve Vardar F. Enfeksiyon Hastalıklarında Hızlı Tanı Testleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52(3).
11. Cabbarpur C, Büyüklü F, Çakmak Ö, Haşimoğlu R ve ark. Akut Tonsillofarenjitte Rapid Strep A Testi Kullanımı. KBB-Forum 2004; 3(1).
12. Yılmaz F, Karabay O, İnce NK, Ekerbiçer H ve ark. Boğaz Gargarası ile Yapılan Hızlı Antijen Testinin Grup A Beta-hemolitik Streptokokları Saptamadaki Etkinliği. Kulak Burun Boğaz İhtis Derg 2008; 18(5): 280-283.
13. Gözüküçük R, Göçmen İ, Nas Y, Yılmaz F ve ark. Streptokoksik Tonsillofarenjit Tanısında Strep-A Hızlı Testinin Etkinliği. Çocuk Dergisi 2011; 11: 157-159.
14. O K. Birinci Basamakta Antibiyotik Kullanımında Türkiye'de Durum. ANKEM Derg 2007; 21: 252-256.



Aylin Güçlü<sup>1</sup>, Pınar Tunç Tuna<sup>2</sup>, Dr. Şerife Kurşun<sup>3</sup>

Geliş/Received : 18.10.2016  
Kabul/Accepted : 12.06.2017

### Öz

Bariatrik cerrahi; yaşam kalitesini artıran, obeziteyi azaltarak ya da ortadan kaldırarak kronik hastalıkları ve mortaliteyi azaltan uzun dönem kilo kaybı için bir alternatif olarak son yıllarda uygulanmaya başlayan bir cerrahi girişimdir. Bu cerrahi girişim yalnızca diyet ve egzersizle tedavi olamayan üçüncü derece obezite ve Morbid obez olan bireylerde sürekli kilo kaybı sağlayan en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir. Bariatrik cerrahinin başarılı olabilmesi için; ameliyat öncesi dönemde hasta hazırlığının uygun biçimde yapılması, bariatrik cerrahi hakkında deneyimli ameliyathane ekibinin olması ve ameliyat sonrası dönemde kaliteli ve yeterli bakımın sunulması gerekir. Bu nedenle hemşirelerin bariatrik cerrahide hemşirelik bakımından haberdar olmaları gerekmektedir. Bu makale bariatrik cerrahi ve bariatrik cerrahideki perioperatif hemşirelik bakımını sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Bariatrik cerrahi, Obezite, Perioperatif, Hemşirelik bakımı

### Abstract

Bariatric surgery, which has begun to be implemented in recent years as an option for long-term weight loss, is a surgical procedure that improves quality of life, reduces chronic diseases and mortality by reducing or completely eliminating obesity. This surgical intervention is considered the most effective method for achieving permanent weight loss in individuals with a third degree of obesity and morbid obesity, who cannot be treated with only diet and exercise. For the success of bariatric surgery, the patient should be prepared properly in the preoperative period, the presence of a team with previous bariatric surgery experience in the operating room should be ensured and adequate and quality postoperative care should be provided. Therefore, the nurses should be acquainted with nursing care in bariatric surgery. This article was prepared with the aim of presenting perioperative nursing care in bariatric surgery.

**Key words:** Bariatric surgery, Obesity, Perioperative, Nursing care

1 Öğr. Gör.; Yüksek İhtisas Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Ankara

2 Arş. Gör.; Selçuk Ü. Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Konya

3 Yrd. Doç.; Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Konya

## Giriş

Bariatrik cerrahi, obez hastalar için kilo kaybını sağlamak amacıyla geliştirilmiş bir tedavi yöntemidir (1-3). Bariatrik cerrahi uygulamaları; kısıtlayıcı, emilimi bozucu ve hem kısıtlayıcı hem de emilimi bozucu şeklinde sınıflandırılır (1,4,5). Metabolik ve bariatrik cerrahi için Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Birliği'ne göre 2013 yılında Amerika'da 179.000 bariatrik cerrahi ameliyatı yapılmış ve 2011 yılından itibaren bariatrik cerrahi ameliyatlarında %15'lik bir artış olmuştur. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Başkanlığının (2014) "Türkiye'de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri" adlı raporunda Türkiye'de bariatrik cerrahi uygulanan vaka sayıları; 2008 yılında 2197, 2010 yılında 3268, 2012 yılında 4511 olarak verilmiştir ve yıllık yeni obezite vaka sayıları da giderek artmaktadır (7).

Bariatrik cerrahi için sağlık ekibi cerrahlar, hemşireler, diyetisyenler ve psikologlardan oluşmaktadır (8). (kaynak parantez içine alınmamış). Ekibin bir parçası olan hemşireler en iyi klinik sonuçların alınmasında önemli rol oynamaktadır. Bununla birlikte hemşirelerin bariatrik cerrahinin perioperatif aşamalarında ana bakım sağlayıcısı olma, bireylere özgü duygusal, fiziksel ve sosyal problemlere yönelik hemşirelik bakımının sunulmasına ilişkin sorumlulukları vardır (8,10).

**Tablo 1.** BKİ kategorileri

| Kategori       | BKİ (kg/m <sup>2</sup> ) |
|----------------|--------------------------|
| Zayıf          | <18,5                    |
| Normal kilolu  | 18,5-24,9                |
| Şişman         | 25,0-29,9                |
| 1. Derece obez | 30-34,9                  |
| 2. Derece obez | 35,0-39,9                |
| 3. Derece obez | 40-49,9                  |
| Morbid obez    | ≥40                      |

Bariatrik cerrahinin başarısı için gereken şartlardan birisi de hemşirelerin bu konudaki bilgileridir. Bu nedenle hemşirelerin bariatrik cerrahiye yönelik uygulamalardan ve bakımdan haberdar olmaları gerekmektedir (10). Bu makale bariatrik cerrahi ve bariatrik cerrahideki perioperatif hemşirelik bakımını sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

## 1. Bariatrik Cerrahi

Bariatrik cerrahi; yalnızca diyet ve egzersizle tedavi olamayan üçüncü derece obezite ve morbid obez olan bireylerde sürekli kilo kaybı sağlayan en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir (10). Bariatrik kelimesi Yunanca kökenli olup "bar" ve "iatrik" kelimelerinden oluşmuştur. İkisi birden kilo tedavisi anlamına gelmektedir (11). Bariatrik cerrahiye aday olan hastalarda ilk bakılacak olan ölçütü obezitenin derecesidir ve obezite derecesi Beden Kitle

**Tablo 2.** Ayarlanabilir mide bandının avantaj ve dezavantajları

| Avantajlar  | Dezavantajlar  |
|---|--|
| Diğer bariatrik cerrahilerle karşılaştırıldığında daha düşük mortalite ve komplikasyonlara sahip olması | İlk kilo kaybının diğer bariatrik yöntemlerden daha yavaş olması   |
| Gebelik ve diğer besin ihtiyaçları için ayarlanabilir olması, malnütrisyon riskinin düşük olması        | En iyi sonuçlar için düzenli takip gerektirmesi  |
| Diğer bariatrik cerrahilere göre daha az ağrı ve yara izine neden olması                                | Bantta kayma olursa etkinliğinin azalması  |
| Hastanede kalış süresinin daha az olması  | Safra taşı oluşumu ve yüksek oranda şeker alması, çok fazla yemek yemesi gibi mide bandı ile uyumsuz yeme davranışları oluşumu |
| Hiçbir anastomoz gerektirmemesi ve emilimi etkilememesi   | Port alanı enfeksiyonu, mide erezyonu ve özefagus dilatasyonu komplikasyonlarının bulunması                                    |
| Diğer bariatrik yöntemlere göre minimal invaziv girişimle yapılması                                     | Bir cihaz implantasyonunun gerekli olması  |
| Obeziteye eşlik eden hastalıklar üzerinde olumlu etki göstermesi  | Port kaçaklarında cerrahi işlem gerektirmesi   |
| Düşük mortaliteye sahip olması ve geri dönüşümlü olması   |  |

İndeksi (BKİ=vücut ağırlığı/ boyun metrekaresi) ile tanımlanır (4). BKİ kategorileri Tablo 1'de verilmiştir (10).

### **Bariatrik cerrahi için ölçütler;**

- Geleneksel yöntemlerle kilo kaybını başaramayan ya da sürdüremeyen bireyler,
- BKİ>40 olması,
- BKİ<35'den küçük olan bireyler için bir ya da daha fazla obeziteyle ilişkili hastalıklarının olması (hipertansiyon, kalp yetmezliği, uyku apnesi gibi),
- Ameliyat riskinin kabul edilebilir olması,
- Uzun süreli tedavi ve takip için uyumlu olabilmidir (11).

## **2. Bariatrik Cerrahi Yöntemleri**

### **2.1. Ayarlanabilir mide bandı**

Ayarlanabilir mide bandı, midenin üst kısmı etrafına şişirilebilir silikon bir band yerleştirilmesi ameliyatıdır. Başlangıçta silikon bandın içi boştur. Başlangıçta boş olan silikon bandın içi yaklaşık altı hafta sonra salin sıvı ile şişirilerek mide poşu oluşturulur ve böylece gıda alımı kısıtlanır (8). Aynı zamanda afferent sinir uçları daha arken uyarılır ve daha erken tokluk hissi oluşturulur (12). Ayarlanabilir mide bandının avantaj ve dezavantajları Tablo 2 'de yer almaktadır (9,12,13).

### **2.2. "Sleeve" gastrektomi**

"Sleeve" gastrektomi kısıtlayıcı bir ameliyattır. Midenin yaklaşık %85'i zımbalanır ve zımbalanan kısım çıkarılır (14). Sonuç olarak dar tüp benzeri bir mide oluşturulur. Oluşan midenin küçük olması ve midenin açlık hissi oluşumuna katkı sağlayan ghrelin hormonu salgılayan kısmının da çıkarılmasıyla daha hızlı tokluk oluşur (15).

"Sleeve" gastrektomi avantaj ve dezavantajları Tablo 3'de yer almaktadır (9, 14, 15).

### **2.3. Biliopankreatik diversiyon- duodenal "switch"**

Biliopankreatik diversiyon- duodenal "switch" ameliyatında pilorun korunduğu bir tüp mide oluşturulur. Daha sonra ince bağırsak ileoçekal valvden yaklaşık 225 cm proksimalden kesilir. Distalde kalan ince bağırsak mideye anastomoz edilir. Ayrılan ince bağırsağın proksimal kesimi (duodenumdan gelen safra ve pankreatik enzimleri taşıyan kısım) ileoçekal valvden yaklaşık 75 cm proksimale ağızlaştırılır (16).

Biliopankreatik diversiyon-duodenal "switch" ameliyatı fazla kilo kaybı sağlayan ve diğer ameliyat türlerine göre tekrar kilo alma ihtimali az olan bir cerrahi girişimdir, fakat komplikasyon oranı fazladır.

Biliopankreatik diversiyon-duodenal "switch" ameliyatının avantaj ve dezavantajları Tablo 4'de

**Tablo 3.** "Sleeve" gastrektomi avantaj ve dezavantajlar

| <b>Avantajlar</b>  | <b>Dezavantajlar</b>  |
|--|---|
| Ameliyatta pilor korunur ve dumping sendromu gelişime ihtimali azdır.  | Geri dönüştürülebilir değildir. Mide lümeni ayarlanamaz. Bu nedenle malnütrisyon riski vardır.  |
| İnce bağırsaklara ve mezenter dokuya müdahale olmaması nedeniyle malnütrisyon riski daha azdır ve intestinal herni riski yoktur. | Aşırı yemek yemeye bağlı kalıcı dilatasyon riski vardır.  |
| GİS sistem endoskopi için erişilebilirdir.   | Dilatasyon tedavisi gerektiren gastrik stenoz riski vardır.   |
| Vücutta herhangi bir yabancı cisim (ayarlanabilir mide bandı gibi) bırakılmaz.   | En önemli komplikasyon gastrik kaçak riskidir ve erken fark edilmezse ölümcül olabilir. Bunların görülmesi zor olmasına karşın hastalarda meydana gelen taşikardi, ateş, takipne, oligüri, oksijen gereksiniminin artması gibi belirtiler kaçak olduğunun göstergesi olabilir ve acil hekime haber verilmesi gereken durumlardır. |
| Sleeve gastrektomi düşük komplikasyon oranı ile morbid obez hastalar için son derece başarılı bir ameliyattır                    | Diğer olası komplikasyonlar; kanama, yara yeri enfeksiyonu, pulmoner emboli, kanama, kilo kaybında azalmalar ve kilo alımıdır.  |

yer almaktadır (16,17).

#### 2.4. Roux-en-Y gastrik "bypass"

Roux-en Y gastrik "bypass" hem emilimi bozucu hem de kısıtlayıcı bir ameliyattır. Ameliyat esnasında 15-30 ml'lik bir poş oluşturularak gıda alımı kısıtlanır. Gastrojejenostomi ile de emilim kısıtlanır. Ameliyat sonucunda küçük mide poşuna jejunum eklenir ve duodenum ise jejunumun daha aşağı kısmına eklenir. Böylece "Y" formu oluşur (13,17). Alınan gıdalar pankreatikobiliyer ile birleşen alana kadar sindirilmeden geçer (13). Hastalarda tokluk hissi iki biçimde oluşur. Bunlardan ilki; küçük mide poşunun gıda alımı ile gerilmesiyle doyma merkezine sinyal gönderilir ve tokluk hissi oluşturulur. İkincisi ise; mide poşundan ince bağırsağa geçen gıdalar ince bağırsaktan intrekünler (kolesitokinin, peptit-YY, GLP-1) adı verilen hormonların salgılanmasını sağlayarak tokluk hissini oluşturur.

Roux-En Y gastrik "bypass" ameliyatının avantaj ve dezavantajları Tablo 5'de yer almaktadır (13,18).

#### 3. Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı

Obezite prevelansı ve obeziteyle ilişkili ikincil hastalıklar toplumda hızlı bir biçimde artmaktadır. Obezite ile ilişkili yaygın olarak görülen ikincil hastalıklar içinde uyku apnesi gibi solunum sistemine yönelik hastalıklar, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, dislipidemi, harekette sınırlılık, depresyon ve yeme bozukluğu gibi ruhsal hastalıklar yer almaktadır (19). Bu hastalıklar, perioperatif süreçte hastaların bakımını etkilemektedir (20).

Perioperatif dönemde hemşireler, güvenli ve uygun hemşirelik girişimlerini sağlamak için hastaları doğru değerlendirmelidir (18,19). Ayrıca hemşireler, psikososyal etmenlerin de hastaların kilo vermelerinde bir engel olduğunun farkında olmalıdır (20). Bu nedenle perioperatif dönemin her aşamasında bireylere özgü fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlere yönelik hemşirelik bakımı planlanmalı ve sağlanmalıdır (18,19).

#### 3.1. Preoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı

Fiziksel hazırlık ve bariatrik cerrahi nedeniyle olması gereken davranış değişikliği için preoperatif dönemde hasta hazırlığı önemlidir (18). Preoperatif dönem; hastanın temel değerlendirilmesini ve hasta eğitimini kapsamaktadır (21).

#### Psikososyal Hazırlık

- Hastalar; yapılacak cerrahi girişim, destekleyici kaynaklar, hasta memnuniyeti ve diğer yöntemler hakkında bilgilendirilmelidir (9,18).

- Hastalar için güvenli bir çevre sağlanmalı, hasta mahremiyeti korunmalı (örneğin hasta için uygun önlük) ve hastaların günlük yaşam aktivitelerine yönelik gereksinimleri belirlenmeli ve karşılanmalıdır (20).

- Hastalardan preoperatif dönemde motivasyonu artırmak için üçer tane kısa, orta ve uzun vadeli hedef belirlemeleri istenmelidir (13,18).

- Hastaların sıvı alımlarını takip etmeleri için bir bardak almaları sağlanmalıdır (13,18).

**Tablo 4.** Biliopankreatik diversiyon- duodenal "switch" ameliyatı avantajları, dezavantajları ve potansiyel problemleri

| Avantajlar   | Dezavantajları ve potansiyel problemleri  |
|--|---|
| Pilor bozulmadan kalır   | Hastalarda kötü kokulu gaz çıkışı, gaz ağrısı, saç dökülmesi ve şişkinlik gibi potansiyel sorunlar görülebilir.   |
| Hastalar diğer bariatrik yöntemlere göre daha fazla yemek yiyebilir bu nedenle hastaların memnuniyeti daha fazladır ve gıda intoleransı azdır. | Uzun vadede yağda çözünen vitaminlerin eksikliği, volvulus sonucu bağırsak tıkanması, ülser gelişimine bağlı anastomoz kaçağı, karaciğer rahatsızlıkları, laktöz intoleransı, yetersiz kalsiyuma bağlı kemik rahatsızlıkları, ciddi anemi, herni, dumping sendromu görülebilir. |
| Birçok hastada %60-%70'lik kilo kaybı sağlar.  | Demir eksikliği ve protein malnütrisyonu oluşumunda ikinci bir operasyon gerekebilir.   |
| Hızlı kilo kaybı sağlar.   | Cerrahi bölgede büyük kan damarlarının olması ve safra kanalının bulunması nedeniyle zor bir operasyondur.  |

**Tablo 5.** Roux-En y ameliyatı avantajları ve dezavantajları

| Avantajlar  | Dezavantajlar  |
|---|--|
| Başlangıçtan itibaren hızlı kilo kaybı sağlar.                            | Şeker ve yağ oranı yüksek karbonhidratların tüketilmemesi gerektiğine yönelik açıklamalara karşı karbonhidrat tüketimine bağlı dumping sendromu gelişebilir. Dumping sendromu belirtileri yemekten sonra görülen bulantı, halsizlik, terleme, baygınlık ve bazen de diyaredir. |
| Diğer bariatrik cerrahi yöntemlere göre daha fazla kilo kaybı sağlar.     | GİS bölümleri zımbalandığından dolayı değerlendirilemez.   |
| Minimal invaziv yaklaşımla yapılabilir.                                   | Yaygın olmamakla birlikte beslenme eksikliğinin bir sonucu olarak B12 vitamini, demir ve kalsiyum eksiklikleri görülebilir.  |
| Hastaların üçte ikisi, vücut ağırlıklarının üçte ikisini kaybedebilirler. | Saç dökülmeleri meydana gelebilir ancak geri dönüşümlüdür  |
| Hastaların üçte biri ideal vücut ağırlığına kavuşur.                      | Oluşan mide boyutu ayarlanamaz.<br>Tersine çevirmek son derece zordur.   |
| Tip 2 diyabet gibi ikincil hastalıklar önemli ölçüde iyileştirilir.       | İki yıl sonra hafif kilo alımları meydana gelir.   |
|   | Sleeve gastrektomi ya da ayarlanabilir mide bandı ameliyatlarına göre mortalite oranı daha yüksektir.  |
|   | Komplikasyonları; GİS kanama, özefagus darlığı, fistül oluşumu, sepsis ve solunum yetmezliği, safra taşı oluşumu ve insizyonel herni, derin ven trombozu (DVT), pulmoner emboli, anastomoz kaçağı, herni, cerrahi alan enfeksiyonu ve volvulustur.                             |

### Fiziksel Hazırlık

- Preoperatif dönemde dolaşım, solunum, nörolojik ve immün sistem değerlendirmeleri yapılmalı ve fiziksel değerlendirme kayıt altına alınmalıdır (9,13,18,22).

- Hastalarda olabilecek diyabet, hipertansiyon gibi ikincil hastalıkları, gastroözefagual reflü ve safra kesesi hastalıkları kaydedilmelidir. Ayrıca uyku apnesi için pozitif hava yolu basıncı aleti kullanıp kullanmadığını sorgulanmalıdır (9,13,18,22).

- Hastaların yaşı, boyu, kilosu ve BKİ'ni değerlendirilmelidir. Kullandığı vitaminleri, bitkisel ürünleri ve ilaçları, alerjilerini, beslenme alışkanlıklarını, ailesinde obezite öyküsünün olup olmadığını, alkol ve sigara alışkanlığını ve duygusal durumunu belirlenmelidir (9,13,18,22).

- Obez hastalarda hareketsizliğe bağlı derin ven trombozu risk olması nedeniyle hastaların fiziksel sınırlılıklarının olup olmadığı değerlendirilmelidir (17,23).

- Cilt bütünlüğü değerlendirilmelidir. Cilt kıvrımlarının altında ülserasyon, tahriş, enfeksiyon, basınç yarası olup olmadığı

incelenmeli; renk, ödem, daha önce geçirilmiş bir cerrahi yara izi, sıcaklık, turgor ve damarlanma gözden geçirilmelidir (17,23).

- Laboratuvar testleri gözden geçirilmelidir (17). Hemşirelerin değerlendirmesi gereken laboratuvar testleri pulmoner fonksiyon testi, arteriyel kan gazı, karaciğer, glikoz ve gebelik testleridir (9,13,17).

- Bariatrik cerrahi ekipmanlarının kullanımı hastalar ve personeller için uygun bir biçimde düzenlenmelidir (17).

- Ameliyattan en az iki hafta öncesinde tüketilen yağ, şeker ve karbonhidrat miktarları azaltılmalıdır (18,24).

- Hastalara cerrahiden altı hafta öncesinde sigarayı bırakmaları önerilmelidir (13,18,24).

### 3.2. İntraoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı

İntraoperatif bakım; hastanın ameliyathaneye girmesiyle başlar ve anestezi sonrasında hastanın bakım ünitesi ya da yoğun bakım ünitesine transferine kadar sürer (17). Bu süreçte, bariatrik

cerrahi hastasının bakımında yer alan hemşirelik uygulamaları şunlardır:

- Ameliyathaneye kabul edilen hastanın güvenliği için taşıma sırasında uygun araçlar ve yeterli personel sağlanmalıdır (25).

- Yataklar, obez hastaları kaldırmak için ve hastaların yataktan sarkmalarını için uygun olmalı, hastanın bacaklarını destekleyen bölümleri olmalı ya da desteklemek için aparatları olmalı, hastanın kollarını destekleyebilmeli, hasta güvenliği için uygun bağlamaları olmalıdır (17,24).

- Hastaların yağ dokularının vena kava inferiora bası oluşturması ve hava yolu açıklığını etkilemesi nedeniyle hastalar kardiyopulmoner risk faktörleri açısından takip edilmelidir (9,17).

- Obez hastalarda zor entübasyon riski vardır. Bu nedenle zor entübasyon için gerekli ekipmanlar olan acil arabası, hava yolu maskesi, görüntüleme cihazları hazır bulundurulmalıdır. Ayrıca obez hastalarda diyafragma basıyla birlikte aspirasyon riski vardır. Hastalar aspirasyon açısından da takip edilmelidir (18,25).

- Hastalarda uygun pozisyonu sağlamak hem basınç yaralarının hem de solunum problemlerinin önlenmesi açısından önemlidir (25). Bu nedenle ameliyattan hemen önce hastanın basınç noktaları desteklenmeli ve güvenli bir pozisyon verilmelidir. Hasta sırt üstü pozisyondayken vena kava sıkışmasını önlemek için sağ göğüs altına rulo bir havlu sıkıştırılmalı, diyafragma ve inferior vena kavanın basıncını azaltmak için ise pelvis altı desteklenmelidir (9).

- Trendelenburg pozisyonunda solunum organları ve damarlarda tıkanıklık riski olduğu için dikkatli olunmalıdır (9,17).

- Ters trendelenburg pozisyonundaki hastaların düşmesini önlemek için tahta kullanılmalı ve hastanın ayakları da desteklenmelidir (9,17).

- Hastaların düşme riskleri değerlendirilmelidir (9,17).

- Cilt hazırlığında hastalar için uygun antiseptik kullanılmalı ve alerjilerinin olup olmadığı kontrol edilmelidir (9).

- Cerrahi için hazırlanan cilt alanı kullanılacak

alandan daha büyük olmalıdır (26). Bu nedenle yeterli cilt antiseptiği hazır bulundurulmalıdır (9).

- Cilt kıvrımlarının altında oluşabilecek komplikasyonlara yönelik cilt takibi yapılmalıdır (17).

### 3.3. Postoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı ve Taburculuk Eğitimi

Postoperatif dönemde hemşirelik bakımı genel olarak; yaşam bulguların takibi ve beşinci yaşam bulgusu olarak ağrının kaydedilmesi, günlük kilo takibi, hastayı rahatlatma, cerrahi açıdan takibi içerir (27). Postoperatif dönemdeki hemşirelik bakımı ameliyattan hemen sonra, taburculuktan sonraki ilk üç hafta ve üç ile altı hafta arasındaki dönem olarak üç gruba ayrılır (9).

Ameliyattan hemen sonraki dönem anesteziden sonraki dönemden taburculuğa kadar geçen süreyi kapsar. Hemşirelik girişimler; ağrı kontrolünü sağlamayı, yara bakımını, derin ven trombozu için profilaksiyi, sıvı yönetimini kapsar. Bu dönemde risklerin erken belirlenmesi önemlidir (9). Yan/ dik durumda olmak hastaların reflü ve mide bulantısı yakınmalarını azaltır (13,18). Hastalar solunum problemleri yaşayabileceği için 24-48 saat boyunca solunum takibi yapılmalı, ağrı yönetimi için ise hasta kontrollü analjezi, yakınlarının yanında bulunması gibi yöntemlerle giderilmeye çalışılmalıdır (13,25).

İkinci dönemde ameliyattan üç hafta sonraki ziyaret vardır. Hastalardan sıvıları tolere edip etmediği, bulantı ve kusmalarının olup olmadığı ve hareket etmesinde zorluk olup olmadığı, ilaçlarını kullanması hakkında bilgi alınır. Ayrıca hastalarda ateş, ağrı, kanama kontrolleri yapılır (9).

Üçüncü dönemde ise hastaların beslenme bozuklukları olup olmadığı değerlendirilir, herni gibi komplikasyonlar açısından hastalar takip edilir, düzenli egzersiz için teşvik edilir ve vitamin B1, B12 vitamini, magnezyum, fosfor, kan hücreleri sayısı, albümin sonuçları değerlendirilir (9).

Taburculuk aşamasında hastalara küçük porsiyonlarla yemesi, diyetinin yüksek proteinli, düşük yağ ve karbonhidratlı besinleri tercih etmesi ve sıvıları öğünlerle birlikte almaması

gerektiği söylenmelidir. Yüksek karbonhidratlı yiyecek tüketiminin mide ağrısı, mide bulantısı, kusma, ishal, terleme, baş dönmesi ve hızlı kalp atışı gibi damping sendromu bulgularını ortaya çıkarabileceği konusunda hasta bilgilendirilmelidir (21,28).

Mümkün olduğu kadar sık yürümesi, aktivitesini yavaş yavaş artırması, merdiven inip çıkma gibi daha yavaş egzersizlerle başlayıp, giderek daha tempolu egzersizlere geçmesi gerektiği söylenmelidir (21,28).

Hastanede öğrendiği biçimde derin solunum egzersizlerine devam etmesi ve eğer uyku apnesi için öncesinde CPAP ya da BiPAP cihazı kullanıyorsa sağlık ekibine danışmadan kullanmayı bırakmaması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (21,28).

Büyük oranlarda kilo vermenin ciltte gevşemeye ve sarkmaya neden olabileceği konusunda hastalara bilgi verilmeli ve böyle bir durum gerçekleştiğinde de rekonstrüktif cerrahiye gidebilecekleri konusunda hastalar yönlendirilmelidir (21,28).

### Sonuç ve Öneriler

Dünya’da ve ülkemizde bariatrik cerrahiye yönelik yapılan ameliyatlarda giderek artmaktadır ve bariatrik cerrahideki hemşirelik bakımının gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Bariatrik cerrahi geçiren bireylerin perioperatif dönemdeki ihtiyaçlarının belirlenmesi ve ihtiyaçlara yönelik bakımın planlanabilmesi için klinik hemşirelerin bu konuda hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi, perioperatif bakıma ilişkin bilgilerin hemşirelik lisans müfredatına eklenmesi ve bu alana yönelik kanıt düzeyi yüksek çalışmaların sayısının artırılması önerilmektedir.

**İletişim:** Öğr. Gör. Aylin Güçlü

**E-posta:** aylinguclu@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Brethauer SA, Chand B, Schauer PR. Risks And Benefits Of Bariatric Surgery: Current Evidence. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2006;73(11): 993.
2. Bult M, Dalen T, Muller A. Surgical Treatment Of Obesity. *Eur J Endocrinol*, 2008; 158: 135–45.

3. King WC, Chen JY, Belle SH, Courcoulas AP, Dakin GF, Elder KA, Wolfe BM. Change in Pain and Physical Function Following Bariatric Surgery For Severe Obesity. *JAMA*, 2016; 315(13): 1362-71.
4. Çınar S, Özbayır T. Mide ve duodenum hastalıkları. Ed. Karadakovan A, Eti-Aslan F. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım 3. Baskı Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014. p. 660-61.
5. Goritz T, Duff E. Bariatric Surgery: Comprehensive Strategies For Management in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2014; 10(9): 687.
6. American Society For Metabolic and Bariatric Surgery. New Procedure Estimates For Bariatric Surgery: What The Numbers Reveal; 2014. Accessed September 8, 2016, at <http://connect.asmb.org/may-2014-bariatric-surgery-growth-printable%20copy.html>
7. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Başkanlığı. Türkiye’de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri; 2014 Accessed September 8, 2016, at <http://hta.gov.tr/pdf/obezite%20cerrahisi%20rapor%2025%2004%202014.pdf>
8. McGraw CA, Wool DB. Bariatric Surgery: Three Surgical Techniques, Patient Care, Risks, And Outcomes. *AORN Journal*, 2015;102(2): 141-52.
9. Fencil JL, Walsh A, Vocke D. The Bariatric Patient: An Overview Of Perioperative Care. *AORN Journal*, 2015; 102(2): 116-31.
10. Neil JA, Roberson DW. Enhancing Nursing Care By Understanding The Bariatric Patient’s Journey. *Aorn Journal*, 2015; 102(2): 132-140.
11. Hussain A, Shamsi EH. Bariatric Emergencies: Current Evidence And Strategies Of Management. *World Journal Of Emergency Surgery*, 2013; 8(1):1.
12. Bessler M, Daud A, Digiorgi Mf, et al. Adjustable Gastric Banding As Revisional Bariatric Procedure After Failed Gastric Bypass: Intermediate Results. *Surg Obes Relat Dis*, 2010;6(1): 31-5.
13. Ide P, Farber E, Lautz D. Perioperative Nursing Care Of The Bariatric Surgical Patient. *AORN Journal*. 2008; 88(1): 30-58.
14. Keidar A, Appelbaum L, Schweiger C, Elazary R, Baltasar A. Dilated Upper Sleeve Can Be Associated With Severe Postoperative



- Gastroesophageal Dysmotility And Reflux. *Obes Surg*, 2010;90(2):140-47.
15. Garneau P, Ahmad K, Carignan S, Trudeau P. preceptorship and proctorship as an effective way to learn laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obesity Surgery*, 2014;24(12): 2021-24.
  16. Sudan R, Jacobs DO. Biliopancreatic Diversion With Duodenal Switch. *Surgical Clinics Of North America*, 2011; 91(6): 1281-93.
  17. Nail J, Perioperative nursing care of the patient undergoing bariatric revision surgeryenhancing nursing care by crossmark understanding the bariatric patient's journey. *Aorn Journal*, 2013;97: (2), 214.
  18. Green N. Bariatric Surgery: An Overview. *Nursing Standard*, 2012; 26(36): 48-56.
  19. Yorke S. A Bariatric Nursing Specialty Practice Group May Be Part of The Answer. *Spring*, 2013; 69: 1.
  20. Graham D, Faggionato E, Timberlake A. Preventing Perioperative Complications In The Patient With A High Body Mass Index. *AORN J*, 2011;94(4): 334-47.
  21. Grindel ME, Grindel CG. Nursing Care Of The Person Having Bariatric Surgery. *Medsurg Nursing*, 2006; 15(3): 129.
  22. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity: The prevention, identification assessment and management of overweight and obesity in adults and children. Clinical guideline, 2006;No. 43. NICE, London.
  23. Dunham M. Caring For Patients Undergoing Bariatric Surgery. *Nursing*. 2013; 43(10): 44-50.
  24. Drake DJ, McAuliffe MS, Edge MJ, Lopez CC. Postoperative Nursing Care of Patients After Bariatric Surgery. *Perspectives*, 2006;6(4): 4-7.
  25. Dybec R. Intraoperative Positioning And Care Of The Obese Patient. *Plast Surg Nurs*, 2004;24(3):118-122.
  26. Thompson J, Bordi S, Boytim M, Elisha S, Heiner J, Nagelhout J. Anesthesia Case Management For Bariatric Surgery, *AANA J*, 2011;79(2): 447-160.
  27. Steyer NH, Oliveira MC, Gouvêa MRF, Echer IC, Lucena ADF. Clinical Profile, Nursing Diagnoses And Nursing Care For Postoperative Bariatric Surgery Patients. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 2016;37(1): 1-8.
  28. Daniels J. Obesity. Ed. Dirksen L, Bucher H. *Medical Surgical Nursing: Assesment and Management of Clinical Problems* Nine edition, Canada: Elsevier Mosby. 2014. p. 920-23.



## Lokalize Laringeal Amiloidoz: Nadir Bir Olgu Sunumu

### Localized Laryngeal Amyloidosis: A Rare Case Report

*Dr. Levent Renda<sup>1</sup>, Dr. Gökhan Yılmaz<sup>1</sup>, Dr. Ömer Tarık Selçuk<sup>1</sup>,  
Dr. İrem Hicran Özbudak<sup>2</sup>, Dr. Hülya Eyigör<sup>1</sup>*

Geliş/Received : 21.12.2017  
Kabul/Accepted : 01.04.2018

#### Öz

Amiloidoz retiküloendotelial sistem tarafından salgılanan fibriler proteinlerin değişik doku ve organların ekstrasellüler matriksinde birikimidir. Daha çok sistemik olmakla beraber lokal tutulumu nadir görülür. Larenks lokal olarak tutulan organlardan biridir ve baş boyun bölgesinde lokal tutulumda ilk sırada yer alır. Amiloidoz larenks benign kitlelerinin %1 inden azını oluşturur. Larenks tutulumu ses kısıklığı, ağrı, nefes darlığı belirtileri ile görülebilmektedir. Kliniğimize ses kısıklığı yakınması ile başvuran ve yapılan direkt laringoskopi ve biyopsi sonucu amiloidoz olarak rapor edilen 66 yaşındaki kadın hasta klinik, radyolojik ve histopatolojik bulguları ile sunulmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Larenks, Amiloidoz, Laringoskopi

#### Abstract

Amyloidosis is deposition of fibril proteins secreted by the reticuloendothelial system in the extracellular matrix of various tissues and organs. It is mainly a systemic condition, yet the local involvement is rarely seen. The larynx is one of the organs that is involved locally and it is foremost among the local involvements of head and neck region. Amyloidosis accounts for less than 1% of benign laryngeal tumors. The symptoms of laryngeal involvement may include hoarseness, pain, and shortness of breath. The case of a 66-year-old female patient, who has applied to our clinic complaining of hoarseness and been diagnosed as having amyloidosis through direct laryngoscopy and biopsy was presented along with her clinical, radiological and histopathological findings.

**Key words:** Larynx, Amyloidosis, Laryngoscopy

## Giriş

Amiloidozis, amiloid isimli proteinin vücudun çeşitli dokularında depolanmasıyla oluşan, idiopatik ve yavaş seyirli bir hastalıktır (1). Amiloid makroskopik olarak iyot, mikroskopik olarak kristal viyole ve kongo kırmızısı ile spesifik boyanan polipoid bir maddedir (2). Hereditör ya da kazanılmış, lokalize ya da sistemik ve ölümcül ya da rastlantısal olarak karşımıza çıkabilir. Lokalize amiloidoz en sık akciğer ve larinkste görülür. İzole amiloid birikimi baş ve boyunda en sık larinkstedir (3). Buna karşın larenks amiloidozu, larenks benign tümörlerinin % 1 kadarını oluşturur. Amiloidozun kesin tanısı patolojik olarak konulur (4).

## Olgu Sunumu

Olgumuz 66 yaşında kadın hasta kliniğimize bir yıldır süren ses kısıklığı yakınması ile başvurdu. İndirekt laringoskopide bilateral band ventriküllerde sarı kahverengi renk değişikliği ve sol band ventrikül ön komissür komşuluğunda düzgün yüzeyli lezyon görüldü. Hastanın diğer KBB ve baş boyun muayenelerinde patoloji saptanmadı. Baş boyun kitle ayırıcı tanısı için çekilen larenks BT' sinde sol ariepiglottik band ve paraglottik mesafede yumuşak doku dansitesinde yapılanmalar ve hacim artışı izlenmiş olup sol piriform sinüs oblitere görünümündedir. Hastaya genel anestezi altında direkt laringoskopik biyopsi yapıldı. Bilateral band ventriküllerde sarı kahverengi renk değişikliği mevcuttu, bu alanlardan multiple punch biyopsiler alındı. Sol band ventrikül ön komissür komşuluğundaki kistik lezyondan biyopsi alındı ve kist içeriği boşaltıldı. Histopatolojik tanı larengeal amiloidozis ile uyumlu olarak rapor edildi ve

uygulanan histokimyasal kristal viyole ve Kongo red boyaları ile spesifik boyanma izlendi. Hastanın postoperatif dönemde ses kısıklığı yakınması geriledi. Altı aylık izlenen döneminde yakınmaları yinelemedi. Hasta halen sorunu olmadan izlenmektedir.

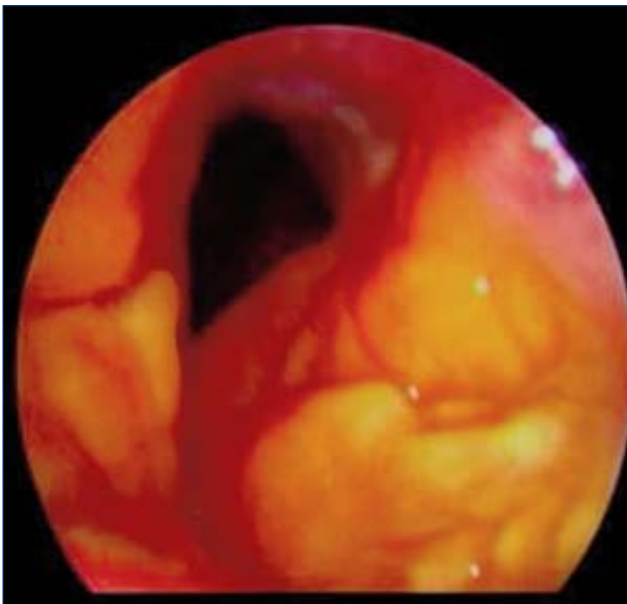
## Tartışma

Amiloidozis larenkste nodüler, diffüz subepitelyal ya da tümörün amiloid dejenerasyonu biçiminde saptanabilir. Sıklıkla tek bir nodül biçiminde görülmesine karşın bizim olgumuzda diffüz infiltrasyon biçiminde ortaya çıkmıştır (1).

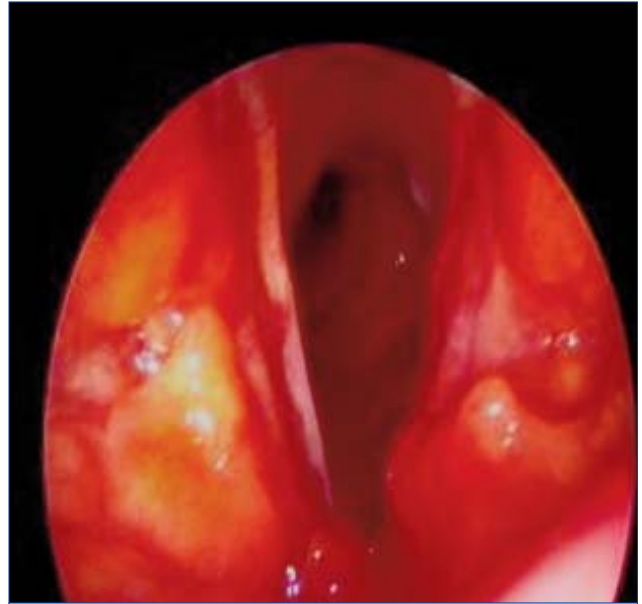
Amiloidoz hastalarında 20'den fazla protein saptanmıştır. Ancak günümüzde 2 tip amiloid yapısı ön plana çıkmaktadır; AL (amyloid light chain), AA (amyloid associated). Hazırlayıcı etmenler sıklıkla kronik inflamasyon ve enfeksiyondur.

Lokalize amiloidoz, baş, boyun bölgesinde en sık larenkste görülür. Larenksin benign lezyonlarının % 1 ini oluşturaktadır. En sık tutulum vokal kordlar ve supraglottik bölgedir (ventriküler bandlar, ariepiglottik foldlar). Ayrıca paranazal sinüsler, nazal kavite ve dil amiloidozun görülebildiği diğer baş, boyun bölgesi yapılarıdır. Ancak bu bölgeler daha çok sistemik tutulumla birlikte gözükmektedir (2).

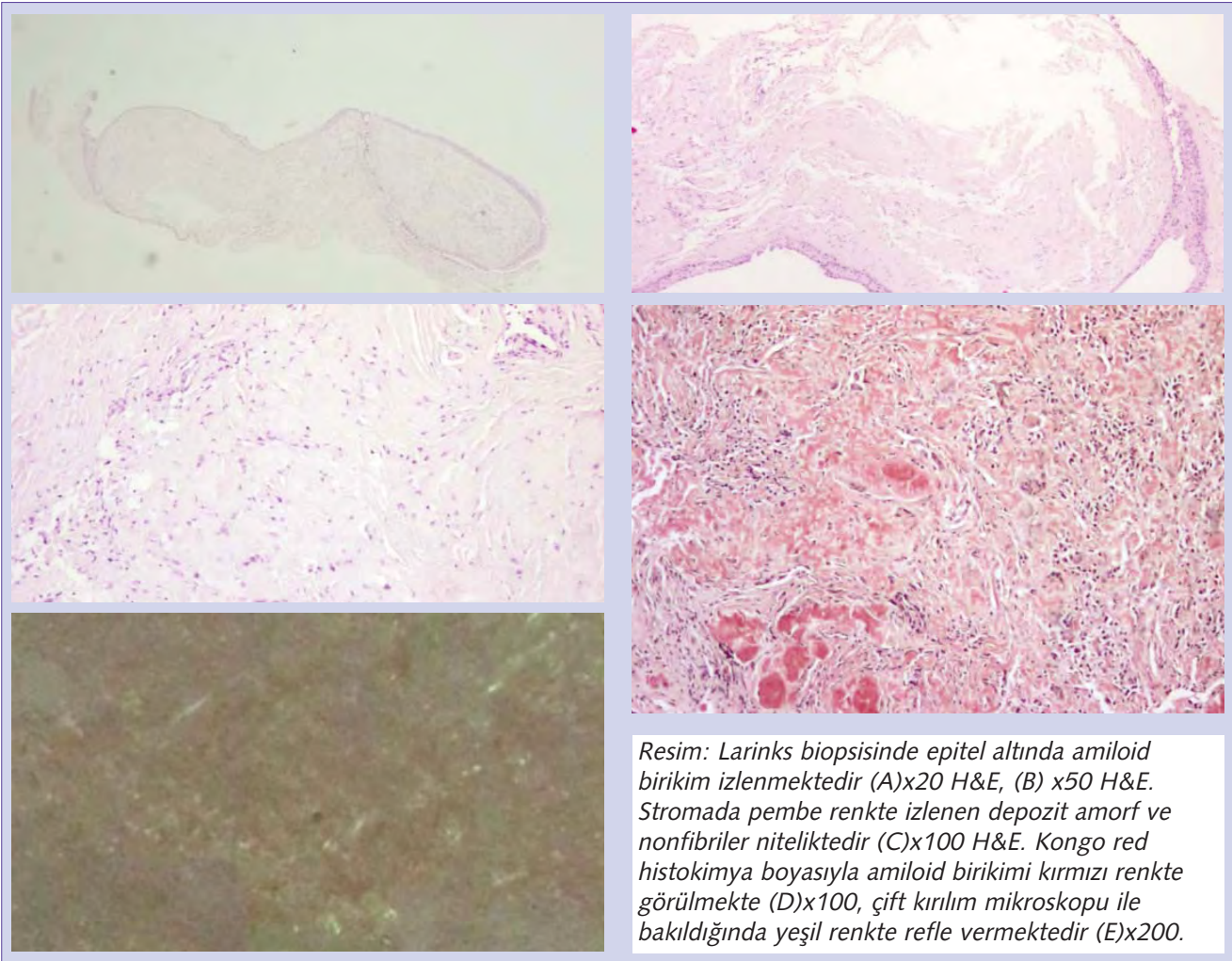
Larenks amiloidozu dispne, kronik öksürük, hemoptizi, yineleyen solunum yolu enfeksiyonu, disfoni ve disfaji biçiminde karşımıza çıkabilmektedir. Larenks amiloidozis tanısı öykü ile birlikte direkt larenks bakısında sarı-kahverengi



Preoperatif laringeal amiloidoz



Postoperatif laringeal amiloidoz



*Resim: Larinks biopsisinde epitel altında amiloid birikim izlenmektedir (A)x20 H&E, (B) x50 H&E. Stromada pembe renkte izlenen depozit amorf ve nonfibriler niteliktedir (C)x100 H&E. Kongo red histokimya boyasıyla amiloid birikimi kırmızı renkte görülmekte (D)x100, çift kırılım mikroskopu ile bakıldığında yeşil renkte refle vermektedir (E)x200.*

renk değişimi izlenmesi ile akla gelmektedir. Ayrıca tanıda muayene (indirekt laringoskopi, direkt laringoskopi) ve radyolojik görüntülemeler de yardımcı olmaktadır. Kesin tanısı alınan biyopsilerin patolojik incelemesi ile konulmaktadır. Patolojide rutin hematoksilen-eosin kullanılabileceği gibi ayırt edici olarak Kongo kırmızısı, kristal viyole ve metil viyole gibi özel boyalar da kullanılabilir. Larenks amiloidozisi saptandığında sistemik amiloidozisten ayrımı için çeşitli testler yapılmaktadır. Bunlar özellikle tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, Bence-Jones proteinini de içeren tam idrar testleri, böbrek ve kalp ile ilgili radyolojik tetkikler ve rektum ve abdominal duvar biyopsileridir (3).

Tedavide lokalize form endoskopik olarak eksize edilebilir. Yaygın olanlarda laringofissür gerekebilir. Karbondioksit lazer kullanımının başarısı ile ilgili yayınlar da bulunmaktadır. Kitle tümüyle eksize edilemezse rekürrens sıklıkla olmaktadır ve hastaların nüks açısından uzun dönem takiplerinin yapılması gerekmektedir. Masif laringeal

amiloidoziste total larenjektomi yapılan olgular olduğuna dair yayınlar bulunmaktadır (2).

### Sonuç

Ses kısıklığı yakınması ile gelen hastalarda laringeal amiloidozis ayırıcı tanısı akılda tutulmalıdır. Lokalize amiloidoz saptandığında sistemik hastalık açısından gerekli incelemeler yapılmalıdır. Hastalığın ilerleyici olması nedeniyle hastalar sık aralıklarla izlenmelidir.

**İletişim:** Dr. Ömer Tarık Selçuk

**E-posta:** otskbb@gmail.com

### Kaynaklar

1. Koyuncu M, Demirbaş O, Gümüşsoy M, Erol Y, Kandemir B, Köse B; Laringeal Amiloidozis: Bir Olgu Sunumu; O.M.Ü. Tıp Dergisi 2008; 25 (4): 156–159
2. Fidan V, Haberal İ, Üstün H, Samim E; Primer Laringeal Amiloidoz: Olgu Sunumu; KBB ve BBC Dergisi 2003; 11 (1): 29–32
3. Korhan İ, Öztürk K, Akyıldız S, Şen S; Laringeal amiloidozis; Ege Tıp Dergisi/ Ege Journal of Medicine 2012;51 (3):209-212
4. Aynalı G, Yasan H, Akkuş Ö; Bir Laringeal Amiloidoz Olgusu; KBB-Forum 2006;5 (4).

# 10 Ekim Ankara Bombalı Saldırısı Yaralılarının Durumu

The Status of the Victims Injured in Ankara Bomb Attack on 10th October



*Dr. Deniz Dülgeroğlu Erdoğdu<sup>1</sup>*

## Öz

Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) de çağırıcısı olduğu "Emek, Demokrasi ve Barış Mitingi" için çoğu farklı illerden gelen binlerce kişi 10 Ekim 2015 tarihinde Ankara'da buluşmuştur. Mitingin toplanma yeri olan Tren Garı önünde saatler 10 04'ü gösterdiği anda daha sonra iki canlı bombanın yaptığı anlaşılacak olan patlama meydana gelmiştir. Patlamanın gerçekleştiği bir birine yakın iki yerde 101 kişi ilk anda ya da hastaneye ulaştıktan sonra yaşamını yitirmiş, yüzlercesi ise ciddiyeti değişen derecelerde yaralanmıştır. Bu yazıda, Ankara Gar katliamında yaşamını yitirenler kaybedenler ve yaralılar hakkında bilgilerin derlenmesi ve verilerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Miting, Bombalı saldırı, Yaralılar

## Abstract

On October 10, 2015, thousands of people from various cities gathered in Ankara for the "Democracy and Peace Rally", which has been organized by various associations including Turkish Medical Association. In front of Ankara Train Station, which was the gathering place for the rally attendees, at exactly 10.04 am, two consecutive explosions initiated by two suicide bombers took place. A total of 101 people lost their lives in the area of the explosions or at the hospitals, and hundreds were injured at different significance levels. This paper aims to compile and present the information about the victims of the Ankara Gar massacre.

**Key words:** Rally, Bomb attack, Injured people

*1 Doç.; Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Arş. Hast. Fizik Tedavi-Rehabilitasyon Kliniği, Ankara*

## Giriş

Meslek emek örgütlerinin ülkede barış olması, artık kimsenin ölmemesi arzusu ile hazırlıklarını yaptığı, 10 Ekim 2015 tarihinde Ankara'da Tren Garı önünde bir araya geldikleri Emek, Demokrasi ve Barış Mitingi'ne yönelik ülke tarihinin en acımasız bombalı saldırısı gerçekleşmiştir.

Patlama sonrası çok kısa bir süre şaşkınlık, kaçışma olduktan sonra ortama soğukkanlılık hakim olmuştur. TTB, Ankara Tabip Odası (ATO) ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri (SES) sendikasıdan hekim ve sağlıkçıların patlama alanına yakın olması nedeniyle dakikalar içinde olaya girişimde bulunma olanağı olmuştur. Ancak patlamadan dakikalar sonra tahminen 10.25'de Sıhhiye ve Yenimahalle yönlerinden gelen çevik kuvvet ekipleri gaz tüfeği kullanmak suretiyle ölümlerin ve ağır yaralıların olduğu alana yoğun bir biçimde boğucu ve göz yaşartıcı gaz sıkmıştır. O sırada yaralılara müdahale eden kalp masajı yapan birçok hekim yoğun gaz bulutu içinde kalmış yaşam desteğini sürdüremez duruma gelmiştir. Güvenlik güçlerinin yaralılara müdahaleyi engellemesi, ambulansların alana girişini geciktirmesine karşın sağlıkçılar ölü muayenesi, nabız, bilinç durumu muayenesi, yaralıların triajı, solunum yolunun açılması, kalp masajını içeren temel yaşam desteği yapmaya devam etmiştir. Diğer taraftan yakında bulunan taksi durağından araçlarla, geçte olsa alana ulaşan ambulanslarla yakında bulunan hastanelerin acil servislerine hastaların nakilleri için yardım etmişlerdir. Tabip odası aktivisti ve insan hakları vakfı yöneticisi adli tıp uzmanları Adli Tıp Kurumu'nda (ATK) ilk gün otopsilere gözlemci olarak katılmıştır. Başka bir adli tıp asistanı otopsilere yardım amacıyla, fotoğrafları çekmiştir.

Hastanelere yaralılar ulaştırıldığında acil servislerde o hastanenin çalışanı hekim ve sağlıkçılar yaralılara acil servisten başlayarak hızlı bir biçimde müdahale etmiştir. Numune EAH'si olay yerine yakın olduğu için en fazla başvuru buraya olmuştur. Toplam 25 hastaneye alana yakınlığına, yaralanmanın ciddiyetine göre ve azalan sayıda başvuru gerçekleşmiştir. Hastanelerde ortopedistler, genel cerrahlar, beyin cerrahları, ürologlar, anestezi uzmanları, hemşireler, teknisyenler tatil günü olmasına karşın olayı haber aldıktan sonra evlerinden hızla çalıştıkları hastanelere gelmiştir. Başhekimliklerin

de doktorlara çağrı yaptığı görülmüştür. Hastanelerde hızlı bir biçimde çok sayıda yoğun bakım yatağı, ameliyat masası, servis yatağı açılmıştır.

İlk saatlerde TTB de kurulan koordinasyon masası patlamada kaybedilen kişilerin isimlerini tespit etmiş, telefonla arayanlara bilgi verilmiştir. Olaydan sonra ilk saatlerde ATO ve SES üyesi gönüllü hekimler ve sağlıkçılar hastanelere dağılıp yaralıların isimlerinin ve durumlarının belirlenmesini sağlamaya çalışmıştır. Sonraki günlerde ATO'da oluşturulan masa ile hastanelerdeki tabip odası aktivisti hekimlerden yaralıların durumu ile ilgili günlük bilgi toplanmıştır.

Özellikle Numune EAH, İbn-i Sina ÜH, Dışkapı EAH bahçesinde kurulan KESK in oluşturduğu koordinasyon masaları, daha sonra kendilerine 10 Ekim Dayanışması adını veren gönüllüler de son yaralı taburcu oluncaya kadar yaralı ve yakınlarına her türlü destek vermeye devam etmiştir.

## Yaralılar hakkındaki bilgilerin yazılmasında kullanılan yöntem

Yazımızda elde edilen verilerin imkan verdiği ölçüde, yaralıların tanısı, yapılan operasyonlar, taburculuktaki durumları, tekrar hastaneye başvurular not edilmiştir. Veriler, ATO'nun hastanelerde çalışan gönüllü hekimlerinden günlük alınan ve listelenen bilgilerden, Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu (KESK) merkezde toplanan yaralı isimleri, T.C numaraları, tanıların listelenmesinden oluşan tablolardan elde edilmiştir. Listelerde bazı yaralıların yaş, cinsiyet, kesin teşhis, taburculuktaki durumları, tekrar kontrole çağırılıp çağırılmadığı, iletişim bilgilerinde eksiklik vardır. ATO ve KESK' in listeleri karşılaştırılmış, mükerrer isimler, yeterli ve tutarlı bilgi olmayanlar çıkarılmıştır. Yaralılar, vaka olarak tek tek anlatılmadığı için kendilerinden onam alınma ihtiyacı doğmamıştır. Ayrıca bazı yaralılar hastanede yattığı dönemde ziyaret edilmiştir. İletişim bilgisi bulunan bazı yaralılar ile taburculuk sonrası görüşülmüş, son durumları hakkında bilgi elde edilmiştir.

Yaralıların hastaneden taburcu olduklarında kendilerine verilen dosya özeti, epikrizlere ulaşılamaması ve detaylı tıbbi bilgilere yer verilememesi raporumuzun kısıtlılıklarıdır.

Bu saldırı yaralıları, kaybettiklerimizin yakınlarında, emek meslek örgütü yöneticileri ve üyelerinde, mitinge katılanlarda anlık ve belki de tüm hayata yayılan ruhsal travmaya yol açmıştır. Bu konuda Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TIHV) öncülüğünde psikiyatrist ve psikolog derneklerinin oluşturduğu, daha çok Ankara, İstanbul ve kısmen Diyarbakır'daki psikososyal destek ağının çalışmaları ve raporu daha sonra kendileri tarafından yayınlanacaktır.

### **Bulgular**

Alanda yaşamını yitirenlerin sayısı 40, direkt hastane morglarına getirilen ve acilde müdahale sırasında, ameliyat masasında kaybedilenlerin sayısı 60'dır. Edirne Tüm Bel Sen Şube Başkanı E. D. olay günü yaralanmış, 5 Kasım tarihinde ise Edirne'de kalp krizi nedeniyle yaşamını yitirmiştir. 2017 yılında tetrapleji tanılı M.B. ve ciddi yaralanması olan 1 kişi daha hayatını kaybetmiş bu nedenle kayıplarımız 100 kişi iken 103'e yükselmiştir.

Olay sonrası daha ağır yaralılar yakın mesafedeki hastanelere olmak üzere en çok Numune EAH, İbn-Sina ÜH, Hacettepe ÜH, Ankara EAH, Dışkapı EAH, Gazi ÜH'ne başvuru olmuştur.

İlk ölümlerin patlamanın yarattığı çarpma (blast) etkisi ve yüksek ısı nedeniyle akciğerde yaygın kanama sonucu olduğu düşünülmektedir. Bombaların patlaması sonucu etrafa saçılan çok sayıda şarapnel ve bilyeler nedeniyle bedenlerde bir çok yaralanma ortaya çıkmıştır Bunlar; cilt laserasyonu, kas, damar, sinir, kemikte delici kesici yaralanma, açık kırık, kapalı kırık, göğüs kafesi, akciğerler, batın da barsaklar, karaciğer, pankreas, dalak yaralanması, kafa içi, omurilik yaralanmasıdır. Ortaya çıkan yüksek ısı ciddi yanıklara yol açmış, basınç ve yüksek ses nedeniyle bir çok kişide işitme kaybı, göz kaybı gelişmiştir.

*Ağır yaralıların 10'u kadın, 34'ü erkek olmak üzere toplam sayısı 44, yaş aralığı 15-66'dır. Açık kırığı olanların sayısı en az 15, kafa içi yaralanmalı 6, alt ekstremitede amputasyon yapılanlar 3, yanık gelişen 3, barsak ve iç organ yaralanması olan 12, işitme kaybı 2, gözünü kaybeden 2, tetrapleji 1, hemipleji 1, düşük ayak 3, akciğer yaralanması 7, mesane perforasyonu 1 kişi olarak belirlenmiştir.*

Ankara'daki hastanelerde yapılan ilk müdahale ve operasyonlardan sonra taburcu edilen 28 yaralı

İstanbul'da çeşitli hastanelerde takip edilmiştir. Alt ekstremitede amputasyonu olan 4 yaralı vardır. Bunlardan birisi patlama sonrası Numune EAH'ne ölü diye getirilmiş, babasının oğlunu bulma çabası bir hekimin morgda ölü muayenesi yapmasına yol açmış, birinde nabız alındığını fark etmiş, daha sonra hızla tıbbi müdahale yapılmış bu yaralı hayata döndürülmüştür. Ancak ayağında ciddi damar ve doku hasarı olması nedeniyle amputasyon yapılmak zorunda kalmıştır.

*Orta derece yaralanmalılarının çoğu açık kırık olmak üzere en az 29 kişidir, çoğu ortopedi kliniğinde opere edilmiştir. Orta yaralanmalı grupta 2 kişide göz yaralanması, 6'sında işitme kaybı, 1'inde sağ kolda brakial pleksus lezyonu, 1'inde göğüs kafesinde yaralanma, 1'inde yanık, 1'inde kafa içi yaralanma, 4'ünde batında iç organ yaralanması (karaciğer laserasyonu, dalak rüptürü) meydana gelmiştir.*

N.K. isimli BTS yöneticisi patlama sırasında bacaklarına şarapnel isabet etmesi sonucu yaralanmış, bir hafta sonra da kalp krizi geçirmiştir. Kalp krizinin ciddiyeti nedeniyle kalp atım hacminde azalma olmuştur. Kendisinin Gazi Tıp Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde takipleri sürmekte, gerekirse kalp pili takılması planlanmaktadır.

*Nispeten hafif yaralı olup acillerde ayaktan tedavi olan yaralılar ise 225 kişidir. Ağır yaralı 44 kişi, orta derecede yaralılar 190 kişidir. Buna göre 10 Ekim olayında yaralananların toplam sayısı 459 kişidir.*

*Bunlardan kadın yaralılar en az 146 kişidir. 18 yaş ve altı çocuk yaralıların en az 15 kişi olduğu tahmin edilmektedir. 65 yaş ve üstü yaralılar en az 5 kişidir.*

*Sonuç olarak; ağır ve orta derece yaralanmalılarının tanıları bir arada özetlenecek olursa: Çoğu açık kırık olmak üzere en sık alt ekstremitede kırıkları ortaya çıkmıştır. Alt ekstremitede amputasyon 3 kişide; batında iç organ yaralanması (barsak perforasyonu, dalak rüptürü, karaciğer laserasyonu, pankreas laserasyonu, mesane perforasyonu) en az 17 kişide; akciğer yaralanması 8 kişide; kafa içi yaralanması 7 kişide; göz kaybı 4 kişide; felç 7 kişide; yanık 4 kişide teşhis edilmiştir.*

*Vücudunda delice kesici yaralanma olmayan yalnızca işitme kaybı olan en az 15 kişi vardır. Ayrıca başka ciddi yaralanmalarına ek olarak işitme kaybı da olan 9 kişi listelerde belirtilmiştir, toplam 24 kişide işitme kaybı ortaya çıkmıştır.*

Olay sonrası ilk iki hafta içinde taburculukların çoğu gerçekleşmiştir, sonraki haftalarda daha az sayıda yaralı kliniklerde takip edilmiştir. 90 gün sonrasında Ankara'da hala biri reanimasyonda, biri rehabilitasyon kliniğinde olmak üzere 4 yaralının tedavisi devam etmektedir. Bazı yaralılarda 2., 3., hatta 4., 5. operasyonları için ortopedi, genel cerrahi, kulak-burun-boğaz kliniklerine yeniden baş vurmaya planlanmaktadır. Bacakta amputasyonu olan bir yaralı 8 kez girişimsel işlem geçirmiştir. Olayın üzerinden 125 günün geçtiği şu günlerde barsak yaralanması olan birkaç kez opere edilen yaralıların hala kolostomisinin açık olduğu, stoma torbası kullandığı bilinmektedir. Bu yaralıların kolostomisinin kapatılması için son operasyonları planlanmıştır. Ortopedik yaralanmalarının ve nörolojik sekeli olanların çoğunun rehabilitasyon programına devam ettiği bilinmektedir.

Bazı yaralılar sürekli kullanması gereken medikal malzemeler, idrar torbası, stoma torbası için para ödemek zorunda kalmaktadır. Sosyal güvencesi

olanlar bile SGK'dan geri ödeme için zorluk yaşamaktadır, sosyal güvencesi olmayanlar için bu daha da sıkıntılı bir hal almaktadır. Birçok eczane ve medikal firma ilaç ve malzeme için nakit ödeme istemektedir. Oysa Terörle Mücadele Yasası'nın 22. maddesi gereğince, açık bir terör saldırısı olduğundan şüphe bulunmayan bu katliamda yaralananların tedavilerinde kendilerinden herhangi bir ücret talep edilmesinin katkı ya da katılım payı alınmasının söz konusu olmadığı gibi tedavi için gereken ilaç, tıbbi malzeme, ortez, protez gibi her türlü aracın da sosyal güvencelerine bakılmaksızın temin edilmesi zorunludur. Bu konuda TTB Merkez Konseyi Sağlık Bakanlığı ve SGK'ya bir yazı göndermiş olmasına karşın hala sorun yaşanmaktadır.

Hesaba katılması gereken başka bir konu da bu tür canlı bomba gibi insanların yaşamına, vücut bütünlüğüne, sağlığına, iyi ruh haline kast eden saldırılardan sonra hayatta kalanların bedenlerinde ve ruhlarında taşıdıkları sekellerdir. Yaralılar uzun süre yoğun bakımlarda, kliniklerde kalmakta, bir seri operasyon geçirmekte, ciddi acılar çekmekte, ortaya çıkan sakatlıklar nedeniyle bazıları günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı duruma gelmektedir. Ayrıca mağdurların eğitim ve meslek hayatı kesintiye uğramakta, maddi sıkıntı çekmektedir.







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 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

#### Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

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

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

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

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

**1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

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

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

**2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

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

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

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

**6. Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

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

**8. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgileri 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 pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

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

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

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

**9. 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 kısaltmalar 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.

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

#### Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

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

**7. Yüzdeler:** 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'nca 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](mailto: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.