



Üniversite Gençlerine Yönelik Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bilgi Ölçeğinin Geliştirilmesi	179
Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler	185
Üniversite Öğrencilerinin Kan Bağıışı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları	189
Obeziteyi Belirlemek İçin Kullanılan Antropometrik Ölçütlerin Karşılaştırılması	197
Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ortostatik Hipotansiyon ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi	204
Bir Yaşlılar Evinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlıklı Uyku Konusunda Bilgi Düzeylerinin Artırılmasına Yönelik Bir Müdahale Araştırması	212



Yayın Yönetmenleri

Yrd. Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Şamih Demli

Dr. Tolga İnce

Stj. Dr. Berkan Kaplan

Dr. R. Ekrem Kutbay

Dr. Mehmet Özen

Dr. Murat Sincan

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. Songül Yalçın

Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

Dr. Yılmaz Yıldız

Dr. Adnan Yüce

Bilimsel Danışma Kurulu

Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrinoloji)

Prof. Dr. Şükür Hatun (Endokrinoloji)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Yrd. Doç. Dr. Esra Önal

Prof. Dr. İmran Özalp

Doç. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi

Doç. Dr. Serdar Kula

Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda

Doç. Dr. Nüket Örnek Büken

Enfeksiyon Hastalıkları

Prof. Dr. Murat Akova

Doç. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Serhat Ünal

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Aylin Sena Beliner

Dr. Alper Büyükkakuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alferit Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Fatih Şua Tapar

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Doç. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nesrin Erborü

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Nevruz Gürçeğiz

Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Eriş Bilaloğlu

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Bu Sayıda

Cilt	19
Sayı	5
Eylül	
Ekim	2010

A r a ş t ı r m a

Üniversite Gençlerine Yönelik

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bilgi Ölçeğinin Geliştirilmesi

179

Dr. Gül Pınar

Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran

Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler

185

Dr. Olcay Semiz, Dr. Cefariye Sözeri,

Reyhan Cevahir, Sevil Şahin,

Sibel Serin Kılıçoğlu

Üniversite Öğrencilerinin

Kan Bağışi ile İlgili Bilgi,

Tutum ve Davranışları

189

Dr. Figen Yardımcı,

Dr. Saliha Altıparmak

Obeziteyi Belirlemek İçin Kullanılan

Antropometrik Ölçütlerin

Karşılaştırılması

197

Dr. Derya Atamtürk

Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda

Ortostatik Hipotansiyon ve

Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi

204

Dr. Ayla Bayık Temel,

Hem. Kamile Dönmez, Dr. Melek Ardahan

Bir Yaşlılar Evinde Yaşayan 65 Yaş ve

Üzeri Bireylerin Sağlıklı Uyku

Konusunda Bilgi Düzeylerinin

Artırılmasına Yönelik

Bir Müdahale Araştırması

212

Dr. Ayşegül Satar, Dr. Emrah Şeyhoğlu,

Dr. Şevin Yardımcı, Dr. Yılmaz Yıldız,

Dr. Şerife Yoldaş, Dr. Dilek Aslan

Kapak Fotoğrafı
"Keramik Ustası"

İsmail Ertin, Aydın

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009

Başarı Ödülü

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. 2 Kat: 4

Maltepe 06570 Ankara

Telefon : (0312) 231 31 79/133 Faks: (0312) 231 19 52-53

E-posta : sted@ttb.org.tr

İnternet : www.ttb.org.tr/STED

Basımcı İletişim Bilgileri ve Yeri

Matus Basımevi Reklam ve Yayın Ticaret Ltd. Şti. Tel: (0.312) 395 95 96

Adres: İvedik Organize Sanayi Matbaacıları Sitesi 558. Sok. No: 2 Yenimahalle - Ankara

Vergi Dairesi: Yenimahalle - Vergi No: 613 046 2266 - Ticaret Sicil No: 64/1828

Basım Tarihi: ?? ????? 2011

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından

birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin

sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.

Yıllık abone ücreti 30 TL, öğrenciler için 15 TL'dir



Merhaba,

Dr. Pınar "Üniversite Gençlerine Yönelik Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bilgi Ölçeğinin Geliştirilmesi" isimli araştırmasında üniversite gençlerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) bilgilerini değerlendirebilmeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla geliştirilen CSÜS Bilgi Ölçeği 55 adet çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır.

Dr. Semiz ve arkadaşlarının "Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler" çalışmasında gebelerin ve eşlerinin sigara içme sıklığını, gebelerin sigaranın doğacak bebeklerine vereceği zararlar hakkındaki bilgi düzeylerini ayrıca; bu konuda verilecek sağlık hizmeti gereksinimlerini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmada "Gebelerin çoğunun ilköğretim mezunu olduğu göz önüne alınacak olursa; ilköğretim programı içinde sigaranın verdiği zararlar hakkında daha fazla bilgi vermenin önemi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, sağlık personeline verilen hizmet içi eğitim programlarında, gebelikte sigara kullanmanın riskleri üzerinde önemle durulmalı ve gebelerin de konuyla ilgili doğum öncesi eğitimi sağlanmalıdır." vurgusu yapılmaktadır.

Dr. Yardımcı ve Dr. Altıparmak "Üniversite Öğrencilerinin Kan Bağışı ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları" isimli araştırmalarında üniversite öğrencilerinin kan bağışı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesini amaçlamışlardır. Yazarlar öğrencilerin %25,4'ünün kan gruplarını bilmediğini, %82,2'sinin hiç kan bağışında bulunmadığını ve %50,6'sının kan bağışı ile ilgili bilgi almadıklarını belirtmektedirler. Gönüllü kan bağışı oranının artırılması için hem eğitim kurumlarında, hem de medyada konu ile ilgili eğitimlerin düzenlenmesinin ve kan bağışına özendirilmenin artırılması için yeni projelerin geliştirilmesi gerekliliği çalışmada ortaya konmaktadır.

Dr. Atamtürk "Obeziteyi Belirlemek İçin Kullanılan Antropometrik Ölçütlerin

Karşılaştırılması" çalışmasında Ankara'da yaşayan ve düşük sosyoekonomik düzeyde yer alan çocuklarda obezite ve fazla kiloluluğun farklı ölçütlere göre ne ölçüde değiştiği karşılaştırılmalı olarak incelenmiştir. Yazar "Bulgularımız şişmanlığın belirlenmesinde kullanılan antropometrik ölçütlerin oldukça farklı sonuç verdiğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, şişmanlığın belirlenmesinde ve değerlendirilmesinde, özellikle bireysel bazda, klasik antropometrik ölçülerin yanı sıra farklı yöntemlere de başvurulması gerektiği anlaşılmaktadır." demektedir.

Dr. Temel ve arkadaşları "Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ortostatik Hipotansiyon ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" araştırmalarında yaşlılarda ortostatik hipotansiyon ve ortostatik hipotansiyona yol açan etmenlerin saptanması amaçlamışlardır. Çalışmada ortostatik hipotansiyon ile yaş, cinsiyet, sigara içme, egzersiz yapma, yastık kullanma, kronik hastalıklar, sürekli kullanılan ilaçlar gibi değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Araştırmacılar bu sonucu kurumda yaşlıların nitelikli bakım ve sağaltım olanaklarının olması ve ortostatik hipotansiyona yol açan etmenlerin ortadan kaldırılmasına bağlamaktadırlar.

Dr. Satar ve arkadaşları "Bir Yaşlılar Evinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlıklı Uyku Konusunda Bilgi Düzeylerinin Artırılmasına Yönelik Müdahale Araştırması" isimli araştırmalarının niceliksel kısmının amacı Ankara'da bir yaşlılar evinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin uyku sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin artırılması için uygulanan bir eğitim müdahalesinin değerlendirilmesidir. Çalışmanın niteliksel bileşeninde ise sağlık çalışanlarının yaşlıların uyku sağlığını geliştirici yönde görüş ve yaklaşımlarının saptanması amaçlanmıştır. Yazarlar sağlıklı uyku konusundaki sağlık eğitimlerinin yaşlı bakımevlerinde yaygınlaştırılmasını önermektedirler.

Bilimsel ve dostça kalın.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ndedir. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

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

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

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazırlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "et al." ya da "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.

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 150-250 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. (Index Medicus'un Medical Subjects Headings [MeSH] başlığı altında "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerini kullanınız. MeSH terimleri yoksa, var olan terimler kullanılabilir.)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili ön bilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır. Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Diğer araştırmacıların aynı sonuçları elde etmeleri için yöntemleri, aygıtları ve işlemleri açıklayınız. 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. Bu bölümde bulgulara yer vermeyiniz.

5. Sonuçlar: Bulguların metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

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 yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. 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>

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

9. Tablolar: Her tabloyu ayrı kağıda çift aralıklı olarak yazınız. Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §, |, ||, **, ††, ??

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

10. Şekiller ve Fotoğraflar

Şekiller profesyonelce çizilmiş ve fotoğraflanmış olmalıdır. Özgün çizimler yerine, temiz, parlak, siyah-beyaz fotoğraflar yeğlenmelidir. Fotoğraf arkalarında yazar adı, numaraları ve oklarla üste gelecek yön belirtilmeli; şekil ve resim altlarına çift aralıklı açıklayıcı yazılar konmalıdır. Şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için özgün kaynak belirtilmelidir.

Şekil alt yazılarının, ayrı bir sayfaya rakamlarla numaralandırılarak, çift aralıklı listelenmesi gereklidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları tümü büyük harf, ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmalıdır: 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.

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

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

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) yerine "yüzde" sözcüğü yeğlenmelidir. Yüzde işareti (%) tablo ve şekillerde kullanılabilir.

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve disketteyle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır. Disket, dosya adı ve dosyanın kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.

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. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz.**) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştirildiği belirtilmelidir. Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir. 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 e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Ayrıntılar için: http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

Üniversite Gençlerine Yönelik Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bilgi Ölçeğinin Geliştirilmesi

Development of a Sexual and Reproductive Health Knowledge Scale for University Students



Dr. Gül Pınar*

Öz

Araştırmada, üniversite gençlerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) bilgilerini değerlendirebilmek amacıyla CSÜS Bilgi Ölçeği geliştirilmiştir. Öncelikle hazırlanan programın içeriği doğrultusunda çoktan seçmeli test maddeleri hazırlanmıştır. Bu maddeler içerik, dil ve psikometrik özellikleri açısından değerlendirilmek üzere bir grup uzmana gönderilmiş ve tepkileri alınmıştır. Eleştiriler doğrultusunda gözden geçirilen maddelerden oluşturulan ölçek, 200 öğrenciyi uygulanmıştır. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü (n=50) ve Başkent Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi (n=150) öğrencileri araştırma kapsamına alınmıştır. 55 adet çoktan seçmeli sorudan oluşan CSÜS Bilgi Ölçeği, üniversite eğitimi alan öğrencilerin bilgi düzeyini belirlemeye yönelik bir bilgi ölçeği niteliğini taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: Cinsel eğitim, Üreme sağlığı, Cinsel sağlık üreme sağlığı bilgi ölçeği, Ölçek geliştirme

Giriş

Gençlik dönemi fiziksel, ruhsal, biyokimyasal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçleri ile çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır (1). Bu dönemin yaş açısından başlama ve bitiş sınırlarını tam olarak belirlemek güçtür. Gelişim normal bir sıra izler, ancak hızı her zaman aynı değildir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10–19 yaş grubunu "adölesan", 15–24 yaş grubunu ise "genç" yaş grubu olarak tanımlamaktadır. Ergenlik ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu "genç insanlar" olarak değerlendirilmektedir (1-3).

Dünya nüfusunun yüzde 30'unu gençler oluşturmaktadır (4). Türkiye Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından yapılan 2000 yılı Nüfus Sayımı sonuçlarına göre, 10-24 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı yüzde 21.1'dir (5). Bu kadar geniş bir nüfusa sahip olmalarına karşın, yakın zamana dek yalnızca ülkemizde değil, dünyanın pek çok ülkesinde, ergenlik çağındaki gençlerin sağlık gereksinimleri büyük ölçüde göz ardı edilmiştir (3,4,6).

Bu dönemde gençler, bedenine uyum sağlama, uygun bir toplumsal rol edinme,

Abstract

In this study, we have developed a sexual and reproductive health knowledge scale for university students in order to assess their level of awareness regarding sexual and reproductive health. First, multiple-choice test questions were constructed according to the prepared curriculum. These questions were sent to a group of experts in order to be evaluated for its content, language and psychometric properties and their comments were taken. The scale was revised according to the experts' opinions and applied to 200 students. The students of Başkent University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursery and Medical Services (n=50) and of Başkent University, Faculty of Science and Literature (n=150) were included in the study. The Sexual and Reproductive Health Knowledge Scale, which is composed of 55 multiple-choice questions, has the qualities of a knowledge scale that determines the knowledge level of university students.

Key words: Sexual education, Reproductive health, Sexual and reproductive health knowledge scale, Scale development

yaşıtları ile anlamlı ilişkiler kurma, ekonomik bağımsızlığını elde etme, evlilik ve aile yaşamına hazırlanma gibi gelişimsel görevlerini yerine getirmekle sorumludur. Bu süreç içinde gençler, karşılaştığı çeşitli risk ve olumsuzluklarla baş etme çabasını sürdürmektedir. Bu dönemde yaşanan sorunlar, gelecekte yaşanabilecek birçok sağlık sorununun temelini oluşturabilmektedir (1,7).

Gençlerin sağlığını ve geleceğini tehdit eden en önemli konulardan birisinin cinsel sağlık üreme sağlığı (CSÜS) ile ilgili riskli davranışların olduğu bilinmektedir (8,9). Dünyada genç nüfusun hızla artması, cinsel aktivite yaşının daha erken yaşlara kayması ve bunu hazırlayan sosyokültürel değişiklikler, bu grubun üreme sağlığı gereksinimlerini de artırmıştır (10). Gençler, erken cinsel aktivitede bulunma durumunda CSÜS ile ilgili konularda yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) gibi önemli fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (6, 11,12). Cinsellik gençlerin yaşamında yoğunluk kazandıkça, cinsel konularda bilgi ve beceri kazandırmayı

hedefleyen "cinsel eğitim programlarının" önemi de artmaktadır (13-15). Var olan cinsel eğitim programlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının olmaması nedeniyle, yeterince değerlendirilmemekte, dolayısıyla, bu programların başarıya ulaşım ulaşamadıkları hakkında çok az şey bilinmektedir (16). Buna göre, gençlerin CSÜS bilgi düzeylerini ölçme araçlarının CSÜS konularının tamamını kapsamaması, daha çok özgül konulara yoğunlaşılması ve üniversite gençlerine yönelik uygun bir ölçme aracının olmaması nedeniyle CSÜS Bilgi Ölçeği (CSÜSBÖ) geliştirilmesi yoluna gidilmiştir.

Gereç ve Yöntem

CSÜSBÖ, konuyla ilgili daha önce eğitim almamış olan üniversite öğrencilerine yönelik geliştirilen Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Eğitim Programı (CSÜSEP) içindeki konuların ağırlıkları dikkate alınarak hazırlanmıştır. Ölçeğin geliştirilme sürecinde, bir ölçeğin geliştirilmesinde benimsenen aşamalar izlenmiştir (17,18). Buna göre izlenen temel aşamalar şu biçimdedir:

- Ölçekte ölçülecek özelliklerin belirlenmesi
- Ölçeğin kimlere uygulanacağı ve puanların ne amaçla kullanılacağına saptanması
- Ölçekte kullanılacak ve ölçülecek en uygun madde tipinin belirlenmesi ve bu doğrultuda maddelerin yazılması
- Ölçekteki maddelerin dil, psikometrik ve bilimsel denetimden geçirilmesi
- Ölçek maddelerinin düzeltilmesi, uygun maddelerin belirlenmesi ve ön deneme formunun oluşturulması
- Ön deneme uygulamasının belirlenmesi
- Sonuçların nasıl puanlanacağı, puanların nasıl yorumlanacağı, verilerin nasıl analiz edileceği ve maddelerde ne tür psikometrik özelliklerin aranacağına belirlenmesi
- Ön deneme uygulamasının gerçekleştirilmesi
- Ön deneme uygulaması sonucunda test istatistiklerin hesaplanması ve madde analizlerinin yapılması
- Asıl uygulamanın gerçekleştirilmesi ve sonuçların yorumlanması

CSÜSBÖ'nün hazırlanması sürecinin ilk aşamasında CSÜSEP hazırlanmıştır. Modüllerin hazırlanmasında Avrupa Birliği ve T. C. Sağlık Bakanlığı işbirliğinde geliştirilen ve uygulanan "Gençlere Yönelik CSÜS Eğitim Modülü"nden yararlanılmıştır (19,20). CSÜSEP'nin içerik ve eğitim süreçlerinin oluşturulmasında izlenen

yol aşağıda sunulmuştur.

Bu programda yer alan konuların hedefleri ve kapsam içindeki ders saati ağırlıkları dikkate alınarak CSÜSBÖ hazırlanmıştır (Tablo 1). CSÜSBÖ için çoktan seçmeli soru tipi seçilmiştir. Literatürde program kapsamında verilen konuların öğrenilip öğrenilmediğini belirlemenin en uygun yolunun çoktan seçmeli sorular olduğu belirtilmektedir (17). Bu doğrultuda maddelerin beş seçenekli olmasına karar verilmiştir. Aracın geliştirilmesinde CSÜSEP'de yer alan konulardaki davranış hedefleri göz önünde bulundurularak 100 kritik davranış belirlenmiştir. Hedeflenen davranışlara uygun soru maddeleri hazırlanmıştır. CSÜSEP'deki hedeflerin aşamalı sınıflandırılması Bloom 'un bilişsel alandaki eğitim hedefleri taksonomisinde yer alan anımsama, kavrama ve uygulama düzeyleri ile sınırlandırılmıştır (17). CSÜSEP'nin hazırlanmasında literatür ışığında ve öğrenci danışman toplantılarındaki gözlemler sonucunda üniversite gençlerinin CSÜS açısından öncelikle gereksinimi olduğu düşünülen konulara yer verilmiştir.

CSÜS Bilgi Düzeyi Ölçeğinin

Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışmaları

CSÜSBÖ'nün Dil, Psikometrik ve Bilimsel Denetimden Geçirilmesi;

Ön-test, ara test ve son-test olarak kullanılacak olan CSÜSBÖ, kapsam geçerliliği ve bilimsel denetimden geçirilmek üzere, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği'nden üç ve Halk Sağlığı alanından bir olmak üzere dört uzman görüşü alınmıştır. CSÜSEP konuları ve etkinliklerine göre davranış düzeyleri ve soru maddelerinin dağılımı uzmanlar tarafından değerlendirilebilmesi amacıyla CSÜSBÖ'de yer alan her bir sorunun karşısına "uygun", "kısmen uygun", "uygun değil" "öneriler" şeklinde programın hedef ve içeriklerinin de yer aldığı bölümler oluşturulmuş, uzmanlardan önerdikleri katkıları ilgili bölüme yazılı olarak belirtmeleri istenmiştir. Uzmanlar CSÜSEP Değerlendirme Yönergesini göz önünde bulundurularak soruları değerlendirmiş ve ilgili bölümlere (x) işaretini koyarak yanıtlarını belirtmişlerdir. Görüşüne başvuru uzmanlardan;

a) CSÜSBÖ'nün, CSÜS modüllerindeki hedef davranışları ne derecede temsil ettiğinin belirlenmesi,

b) CSÜSBÖ'de bulunan soruların dil, anlatım ve bilimsel doğruluk yönünden incelenmesi (bilimsel yanlışlığa sahip olduğu

düşünülen maddelerin, aynı konuyu ölçtüğü düşünülen maddelerin, öğrencilerin kavramakta ya da ayırt etmekte zorlanacağı ifadelerin, CSÜS bilgisini ölçmediği düşünülen maddelerin, tam olarak ifade edemeyen ve gereksiz bilgilerin olduğu maddelerin çıkarılması) istenmiştir.

Ayrıca, teknik özellikleri (dil ve psikometrik kurallar) bakımından Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Ölçme-Değerlendirme Bölümü'nden iki ayrı uzman tarafından yapılan değerlendirmede, CSÜSBÖ'de yer alan madde köklerinin doğru yanıt ve çeldiricilerin anlaşılabilirliği, ayırt ediciliği ve aracın genel düzeni incelemiştir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi öneriler doğrultusunda 6 ders saatine sahip modüllerin her birine 20 adet soru belirlenerek ön uygulaması yapılmak üzere toplam 80 soru alınmış ve CSÜSBÖ taslağı ön deneme uygulaması için hazır duruma getirilmiştir. Öncelikle CSÜS kapsamında yer alan öğrenmelerin her biri (kazandırılmak istenen bilgiler) tek tek belirlenmiş, daha sonra bu konularla ilgili çoktan seçmeli test maddeleri yazılmıştır.

CSÜSBÖ'nün Geliştirilmesi

Ölçüm Geçerliliği, İç-Dış Geçerlilik ve İstatistiksel Sonuç Geçerliliği

CSÜSBÖ 'nin geliştirilmesi iki ayrı grupta yapılmıştır. Bu grupların birincisi B.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi üçüncü sınıfta okuyup daha önce CSÜSEP almamış ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler (n=150), ikincisi daha önce CSÜSEP konularını alan hemşirelik bölümü üçüncü sınıf öğrencileridir. (n=50). Öğrencilerin ders programları incelenerek ilgili hocalardan izin alınmış ve kendi dersliklerinde öğrencilere uygulamanın amacıyla ilgili kısa bir açıklama yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere araştırmacı tarafından CSÜSBÖ Taslağı (soru sayısı=80) dağıtılmış, yönerge okunduktan sonra kendilerince doğru olan seçenekleri işaretlemeleri istenmiştir. Uygulama araştırmacı

ve sınıf hocaları ile birlikte tüm gruba gözlem altında yapılmıştır. Ön deneme için seçilen grubun, programın asıl uygulamasının yapılacağı Eğitim Fakültesi öğrencilerine benzer sosyokültürel profile sahip olmasına dikkat edilmiştir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin dışındaki diğer öğrencilerin tümü daha önce CSÜS ile ilgili konularda eğitim almamış ve bu tür bir çalışmaya katılmamışlardır. Ölçeğin uygulaması ortalama 25-30 dakika sürmüştür.

Bulgular ve Tartışma

Madde Analizi

a) Madde güçlükleri: Değerlendirmeler daha önce CSÜS eğitimi alan ve almayan öğrencilere ait sonuçlar üzerinden karşılaştırma yapılarak elde edilmiştir. Hemşirelik grubu öğrencileri karşılaştırma ölçütü olarak ele alınmıştır. Yapılan değerlendirmelerde, hem her bir sorunun kaç kişi tarafından doğru yanıtlandığını gösteren madde güçlük indeksi (pj), hem de maddelerin ayırt ediciliği (Tablo 2) (rjx-bilen ile bilmeyen öğrencileri ayırt etme) bulunmuştur. Daha önce CSÜS bilgisi almayan öğrenci grubunun her bir maddeye verdikleri doğru yanıtlar hesaplanmıştır. Doğru yanıt yüzdelerinin ortalamaları (pj), maddelere doğru yanıt veren öğrencilerin toplamının örneklem sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. Madde güçlük indeksi yüzdelerine dönüştürülmüş ve çalışmanın yorumları bu yüzdeler üzerinden yapılmıştır. CSÜSBÖ kapsamında doğru yanıtlama yüzdeleri; 0.00 - 0.19 arasında olan maddeler çok güç, 0.20 - 0.39 arasında olan maddeler güç, 0.40 - 0.59 arasında olan maddeler orta güçlükte, 0.60 - 0.79 arasında olan maddeler kolay, 0.80 - 1.00 arasında olan maddeler çok kolay olarak değerlendirilmiştir.

CSÜS eğitimi almayan grubun ölçek puanları üzerinden yapılan analizler genel olarak 0.40-0.59 arasında madde güçlük değerleri makul sınırlar içinde kalsa da, güç ve çok güç arasında olan maddeler de bulunmaktadır. Eğitim almayan gruplarda en

Tablo 1. CSÜSBÖ taslağında yer alan soruların modüllere göre yüzde ağırlıkları ve sayıları

CSÜSEP modülleri	Konuların yüzde (%) ağırlıkları	Hazırlanan soru sayısı	Ön denemeye alınan soru sayısı
1. Modül; Gençlerin CSÜS	2 hafta/6 saat	25	20
2. Modül; Kadın-Erkek Üreme Sistemi/Gebeliğin Oluşumu	2 hafta/6 saat	25	20
3. Modül: Aile Planlaması	2 hafta/6 saat	25	20
4. Modül: CYBE	2 hafta/6 saat	25	20
Toplam 24 saat	(8 oturum) 100	80	

düşük başarı 77. soru maddesine aittir. Burada belirlenen t değerinin anlamlı çıkmış olması yanıltıcı olmamalıdır. Eğitim alan grubun doğru yanıtlama yüzdesi 0.70 olarak belirlenen ölçütten çok uzak olduğu için bu farklılık başarılı sayılmalarına yetmemektedir. Ayrıca, 14.,17.,24.,25. soru maddelerine verilen doğru yanıtların başarı yüzdeleri eğitim alan gruplarda anlamlılık düzeyinde ya da anlamlı bir fark ortaya konmaksızın daha geride olduğu görülmektedir. Bu tür soruların maddeleri sınırlı olduğundan sorunlu olanların ölçekten çıkarılması yoluyla testin verimlilik ve etkinliğinin genel olarak karşılandığı saptanmıştır (Tablo 2).

CSÜS eğitimi alan grubun puanları üzerinde yapılan analizlerden, madde güçlük değerlerinin 0.60-0.79 arasında değiştiği, tüm ölçeğin ortalama güçlük düzeyinin 0.70 civarında olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, çok kolay ve sınırlı da olsa, orta güçlükte maddelerin olduğu görülmektedir. Genel olarak bakıldığında, CSÜS eğitimi alan gruba ölçekteki çoğu maddenin kolay geldiği anlaşılmaktadır. Farkların anlamlı olup olmadığı bağımlı gruplar için t testiyle analiz edilmiştir. Farklar için 0.05 anlamlılık düzeyi benimsenmiştir. Test maddelerine verilen doğru yanıtların yüzdeleri incelendiğinde; eğitim alan grubun başarı yüzdesinin eğitim almayanlara

Tablo 2. CSÜS eğitimi alan ve almayan öğrenciler için CSÜSBÖ'nün madde ayırt edicilik (r_{ij}) değerleri

Madde No	Madde Ayırcılığı (r _{ij})		Madde No	Madde Ayırcılığı (r _{ij})	
	Eğitim alan	Eğitim almayan		Eğitim alan	Eğitim almayan
1	0,010	0,901	41	0,431	0,001
2	0,104	0,197	42	0,148	0,070
3	0,237	0,003	43	0,395	0,001
4	0,076	0,354	44	0,257	0,001
5	0,279	0,001	45	0,174	0,032
6	0,198	0,015	46	0,314	0,001
7	0,135	0,099	47	0,307	0,001
8	0,199	0,014	48	0,517	0,001
9	0,202	0,012	49	0,199	0,014
10	0,159	0,051	50	0,443	0,001
11	0,192	0,018	51	0,332	0,001
12	0,083	0,313	52	0,408	0,001
13	0,247	0,002	53	0,205	0,011
14	0,287	0,001	54	0,356	0,001
15	0,368	0,001	55	0,061	0,456
16	0,222	0,006	56	0,008	0,913
17	0,076	0,354	57	0,335	0,001
18	0,158	0,052	58	0,376	0,001
19	0,264	0,001	59	0,430	0,001
20	0,298	0,002	60	0,301	0,001
21	0,159	0,051	61	0,342	0,001
22	0,107	0,191	62	0,247	0,002
23	0,300	0,002	63	0,381	0,001
24	0,013	0,875	64	0,195	0,016
25	-0,009	0,908	65	0,276	0,001
26	0,104	0,132	66	0,027	0,121
27	0,037	0,649	67	0,248	0,002
28	0,296	0,002	68	0,248	0,002
29	0,271	0,007	69	0,427	0,001
30	0,084	0,303	70	0,150	0,065
31	0,144	0,078	71	0,406	0,001
32	0,261	0,001	72	0,416	0,001
33	0,258	0,001	73	0,251	0,002
34	0,257	0,001	74	0,347	0,001
35	0,174	0,033	75	0,296	0,002
36	0,225	0,005	76	0,233	0,004
37	0,240	0,003	77	0,011	0,888
38	0,391	0,001	78	0,402	0,001
39	0,245	0,002	79	0,311	0,001
40	0,143	0,080	80	0,266	0,001

göre daha yüksek olduğu görülmektedir. 80 test maddesinden 68'inde gruplar arasında anlamlı t değerleri görülmektedir ($p < 0.05$). Belirlenen ölçüte göre, doğru yanıtlanma yüzdesi 0.80'nin üzerinde ve 0.20'nin altında olan ve aralarında farklılık olmayan maddeler (2, 4, 9, 14, 15, 17, 24, 51, 55, 56, 72, 75, 78) teste katkısı görülmeyen maddeler olarak belirlendiği için test kapsamından çıkarılmıştır. Doğru yanıtlanma yüzdesi 0.40-0.80 arasında olan soru maddeleri üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan alınmıştır. Doğru yanıtlanma yüzdesi 0.20-0.39 arasında olan maddelerin (36, 45, 49, 64) ise madde analizine bakılarak soru kökünün ya da seçeneklerinin düzeltilmesi yoluna gidilmiştir.

Tablo 3'te grupların bilgi puan ortalamaları ve tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. CSÜSBÖ ön deneme uygulaması sonunda hemşirelik bölümü 3. sınıf öğrencilerinin ortalama yüzde 75.9'u, Fen-Edebiyat Fakültesi'ndeki 3. sınıf öğrencilerinin yüzde 42.6'sı tarafından sorular doğru yanıtlanmıştır. CSÜSBÖ'ye ait doğru yanıt ortalamaları eğitim almayan grupta düşük, eğitim alan grupta yüksektir. Eğitim alan grubun başarı yüzdesinin 0.70 ve üzerine çıkması ile CSÜSBÖ'nün etkili olduğu ileri sürülebilir. Öte yandan, CSÜS, ile ilgili daha önce herhangi bir eğitim almadıkları belirlenmesine karşın testin yaklaşık yarısını (yüzde 42) doğru yanıtlayan Fen Edebiyat Fakültesi öğrenci grubunun göreceli olarak başarısının yüksek olduğu söylenebilir. Bunda öğrencilerin üniversite ortamındaki yaşantıları ve kazanımlarının etkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak, ölçüt olarak belirlenen 0.70'in altında olduğu için, yapılan bilgi testi sonucuna göre CSÜS konuları ile ilgili bilgi gereksinimleri olduğu görülmektedir. Başarı yüzdeleri arasındaki farkın anlamlı çıkması da bu durumu desteklemektedir.

b) Madde ayırt ediciliği: Ölçekteki maddelerin, test uygulamasına katılan gruptaki öğrencileri ayırt etme derecesi olarak tanımlanan madde ayırt ediciliğinin belirlenmesi amacıyla, CSÜS eğitimi almayan öğrencilerin maddelere verdikleri doğru yanıtlar değerlendirilmiş ve her bir öğrenci için toplam puan elde edilmiştir. Daha sonra öğrencilerin ön deneme uygulamasından elde ettikleri puanlar düşükten yükseğe doğru sıralanmıştır. Yapılan sıralama sonucunda, araçta yer alan maddelerin ayırt ediciliklerinin belirlenmesi amacıyla eğitim almayan gruptan elde edilen puanlar üst ve alt puan gruplarına ayrılmıştır. Belirlenen üst ve alt gruptaki öğrencilerin ölçek taslağındaki maddelere doğru yanıt verme yüzdeleri arasındaki fark (rjx) indeksini oluşturmuştur (Tablo 2).

CSÜSEP Değerlendirme Modeline göre, çok boyutlu ölçek sistemlerinde toplam puana katkı gösteren rjx değeri 0.10 ve altında olan maddeler ölçeğe dahil edilmektedir (21). Madde ayırt ediciliği 0.10 ve altında olan rjx değerleri ile 0.10'nun üzerinde olan maddeler bilenle bilmeyeni ayırt etmediği gerekçesiyle testten çıkarılmıştır (1,2, 4,12, 17, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 55, 56, 66). Bu veriler ışığında testin her bir maddesi gözden geçirilmiş, teste katkısı görülmeyen maddelerin test kapsamından çıkarılmasına karar verilmiştir. CSÜSBÖ'de yer alan soru maddelerinin uygunluk açısından test edildiği diğer bir analiz ise "çift noktalı korelasyon testi"dir. Bu analizin sonucuna göre, 77. soru toplam test puanına bir katkı sağlamadığı gerekçesi ile ölçekten çıkarılmıştır. Bu soruya eğitim almayan grubun, eğitim alan gruba göre daha fazla oranda doğru yanıt vermeleri öğrencilerin bu soruyu gelişigüzel yanıtladıklarını göstermektedir.

Sonuç olarak, uygulamanın sonunda test ve madde istatistikleri hesaplanarak, güvenilirlik

Tablo 3. Grupların bilgi puan ortalamalarının dağılımı

Gruplar	N	Ortalama	SS	t	p
Hemşirelik Bölümü (3. sınıf)	50	75.97	5.69	14.799	0.0001
Fen-Edebiyat Fakültesi (3.sınıf)	150	42.65	11.04		

Tablo 4. CSÜS bilgi ölçeğinde yer alan soru sayı ve madde numaralarının modüllere göre dağılımları

CSÜSEP Modülleri	Soru Sayısı	Madde Numarası
1. Gençlerin Cinsel/Üreme Sağlığı	12	1-12
2. Kadın-Erkek Üreme Sistemi ve Gebeliğin oluşumu	13	13-26
3. Aile Planlaması	15	27-41
4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	15	42-55
Toplam	55	1-55

katsayısı elde edilmiştir. Yapılan madde analizlerinden elde edilen verilere dayanarak iyi işlemeyen maddeler düzeltilmiş, ölçüğe katkısı olmayan maddeler çıkarılmış, böylelikle testte 55 madde asıl uygulama için seçilmiştir. Buna göre, testten elde edilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 55'tir. Değerler 0-55 arasında değişebilecektir (Tablo 4). Asıl uygulama ile ilgili çalışmalar; benzer sosyodemografik özelliklere sahip Başkent Üniversitesi Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü 3. sınıf öğrencileri üzerinde yapılmıştır. 40 kişilik grubun bir kısmına CSÜSEP uygulanmış diğerine uygulanmamıştır. Çalışma ve kontrol gruplarının sınıfta sonuçlarına göre, çalışma grubunun cinsel sağlık eğitimine ilişkin bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

CSÜSBÖ'nün Güvenirliğine İlişkin Çalışmalar

İç Tutarlılık: Test puanlarına ait ve Kuder Richardson 20 (KR 20) güvenilirliklerinin yorumlanması ile ilgilidir. Ölçme aracının güvenilirliğini saptamada KR 20 eşitliği ve iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Maddeler arası tutarlılık güvenilirliği yapılarak grubun tümüne ait KR 20 güvenilirliği 0.7874 olarak belirlenmiştir. Her bir modül için iç tutarlılık bakılmamış, modüller üreme sağlığı konularından ayrı olmayıp temel konuları kapsadığından genel anlamda değerlendirilmiştir. Asıl uygulamanın yapılacağı gruba özel olarak açılmış olan seçimlerlik "CSÜS Eğitimi" dersinin dönem başından itibaren verilmesi zorunluluğu nedeniyle, ölçüğün tek bir güvenilirlik belirleme yolu seçilmiş ve yalnızca homojenlik ölçülmüştür. Literatürde araştırma amacıyla kullanılacak ölçekler için 0.70-0.80 arasında bir güvenilirlik katsayısının yeterli olduğu belirtilmektedir (17, 21). CSÜSBÖ'de yer alan ve istenmeyen özelliklere sahip maddelerin çıkarılması sonucu güvenilirliğin 0.8181'e ulaştığı saptanmıştır.

Sonuç

Çalışmadan elde edilen güvenilirlik değerlerine göre; testte yer alan maddelerin programda yer alan özellikleri ölçtüğü, CSÜSBÖ'nün iç tutarlılığa sahip olduğu ve rastlantısal hatalardan arınık olduğu söylenebilir. Bu anlamda CSÜSBÖ, üniversite gençlerinin CSÜS bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılabilir.

İletişim: Dr. Gül Pınar
E-posta: gpınar@baskent.edu.tr

Kaynaklar

1. Bertan, M. (2003). Introduction and definitions of adolescence. *Adolescence and Adolescent Reproductive Health*, 5, 1-4.
2. WHO (2005). Progress in Reproductive Health Research. No. 67. *Sexual Health-A New Focus for WHO*.http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf [03.05.2005]
3. Cüceloğlu, D. (2000). İnsan ve Davranışı; Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul; Remzi Kitabevi.
4. Kinik, E. (2000). Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. *Katki Pediatri Dergisi*, 21 (6): 720-740.
5. T.C. Devlet İstatistik Enstitüsü (2003). Genel Nüfus sayımı 2000. Ankara.
6. Blum, R.W., Nelson, M.R. (2004). The health of young people in a global context. *Journal of Adolescent Health*, 35: 402-418.
7. Derman, O. (2003). Physical growth and sexual development in adolescence. *Adolescence and Adolescent Reproductive Health*, Adolescent and Adolescent Reproductive Health. International Children's Centre, (supported by UNFPA and Ministry of Health General Directorate of Maternal Child Health Family Planning), Meteksan A.S. pp. 60-67, Ankara.
8. Bulut, A. (2001). Türkiye'de Kadınlar, Çocuklar ve Gençlerin Sağlığı:Yeni Türkiye'de Üreme Sağlığının Geliştirilmesi İçin Gereksinimler. *Yeni Türkiye*, 39, 459-483.
9. Nalbant, H., Bulut, A. (2001). Gençler ve Üreme Sağlığı. *Aktüel Tıp Dergisi*, 6 (1):30-36.
10. Kulbok, P.A, Cox, L.C. (2002). Dimensions of adolescent health behaviour. *Journal of Adolescent Health*, 31,:394-400.
11. Özalp, S., Tanır, H.M., Sener T., Yazan S., Keskin AE (2003). Health Risk for early and late childbearing. *Arch. Gynecol Obstet.* 268 (3); 172-4.
12. Özvarış, Ş.B. ve Akın, A. (1998). Üreme Sağlığı. *Sağlık ve Toplum*, 6 (3-4): 23-26.
13. Mihçioğur, S. (2004). Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi Öğrenci Sağlık Merkezi'nde Cinsel ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli Oluşturma Araştırması. *Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.*
14. Çoşkun, A. (2006). Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesinde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi Görüş ve Davranışları ve Bunlar İle İlişkili Faktörler. *Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.*
15. Gölbaşı, Z. (2002). Adölesan Kızlara Yönelik Okula Dayalı Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği *Doktora Tezi, Ankara.*
16. Koral, S. (1995). Gençlik, Cinsel Eğitim ve Üreme Sağlığı, İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, Anadolu Matbaa, İstanbul, S: 40-44.
17. Kutlu, Ö., Çok, F. (2002). 12-14 yaş Ergenler İçin Hazırlanmış Olan Cinsel Eğitim Programına Dayalı Cinsel Bilgi Testinin Geliştirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, 27(2-3): 3-12.
18. Çok F.(2003). Ergenlerin Cinsel Eğitimi Bir Program Denemesi, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi
19. Yolsay N. T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). Türkiye Üreme S Sağlığı Programı Birinci Basamak Çalışanları İçin Üreme ve Cinsel Sağlık Hizmet İçi Eğitim Modülü, Eğitici Rehberi.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü (2005). Cinsel Sağlık -Üreme Sağlığı; Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Eğitici Rehberi, Ankara.
21. Büyüköztürk, Ş. (2006). *Deneysel Desenler: Öntest-Sontest Kontrol Grubu Desen ve Veri Analizi*, 2. Baskı. Pegem Yay Evi Ank.

Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler

Smoking Status of Pregnant Women Who Applied to a Certain Health Institution



Dr. Olcay Semiz, Dr. Cefariye Sözeri*, Reyhan Cevahir*,
Sevil Şahin**, Sibel Serin Kılıçoğlu***

Öz

Gebelikte sigara kullanımı dünyanın çoğu bölgesinde olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir sağlık sorunudur. Nikotin, kullanım sıklığının yüksekliği ve teratojen bir ajan olması nedeniyle, ayrıca halk sağlığına etkileri önlenemez nitelikte olduğu için mücadele edilmesi gereken önemli etkenlerdendir. Sağlıklı kuşakların yetişmesi ancak gebelik sürecinin sağlıklı geçirilmesi ve bilinen risklerden kaçınmakla olanaklıdır. Bu çalışmada gebelerin ve eşlerinin sigara içme sıklığını, gebelerin sigaranın doğacak bebeklerine vereceği zararlar hakkındaki bilgi düzeylerini ayrıca; bu konuda verilecek sağlık hizmeti gereksinimlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma, Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alındıktan sonra; 6 Şubat- 21 Nisan 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına, çalışmaya katılmayı kabul eden 205 gebe alınmıştır. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formuyla elde edilmiş ve veriler bilgisayarda değerlendirilmiştir.

Gebelerin eğitim düzeyi değerlendirildiğinde %67,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Araştırma grubunun %20'sinin gebelik öncesinde sigara içtiği, bunların %37,5'inin gebelikte sigarayı bıraktığı bulunmuştur. Gebelerin çoğunun ilköğretim mezunu olduğu göz önüne alınacak olursa; ilköğretim programı içinde sigaranın verdiği zararlar hakkında daha fazla bilgi vermenin önemi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, sağlık personeline verilen hizmet içi eğitim programlarında, gebelikte sigara kullanmanın riskleri üzerinde önemle durulmalı ve gebelerin de konuyla ilgili doğum öncesi eğitimi sağlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Gebelik, Sigara kullanımı, Teratojen, Doğum öncesi gelişme

Giriş

Klinik teratoloji insan teratojenlerini tanımlamayı amaçlayan görece yeni bir tıp dalıdır. Çoğu teratojen ajan belirlenemediği ve etki mekanizmaları büyük oranda bilinemediği için prenatal dönemde bu tehlikeli etkenlerden kaçınmak ne yazık ki olanaklı değildir (1). Bu nedenle; bilinen ve sık karşılaşılan teratojen ajanlar hakkında toplumu daha fazla bilinçlendirmek, halk sağlığı açısından üzerine

Abstract

Smoking during pregnancy is a serious public health problem in our country, as in many other parts of the world. Nicotine is an important substance to fight against because of its high frequency of use, its well-known teratogenicity and since its effects on health are preventable. Development of healthy generations is possible only by a healthy pregnancy and by avoidance of known risk factors. In this study, it was aimed to determine the prevalence of smoking in pregnant women and their husbands, to evaluate their knowledge on the harm they are causing to their babies and to determine the need for medical services regarding this issue.

This descriptive study was carried out between February 6th – April 21st 2006, after receiving written permission from the chief physician of Sakarya Hospital of Gynecology, Obstetrics and Pediatrics. 205 consenting pregnant women were included in the study sample. The study data were obtained via a questionnaire form prepared by the researchers and analyzed by a computer program.

Assessing the education level of the pregnant women, it was determined that 67.3% were primary school graduates. 20% of the study sample were smoking before pregnancy and 37.5% of them had quit upon getting pregnant. Considering the fact that most of the participants are primary school graduates, it is important that the harmful effects of smoking be covered more extensively in primary school curriculum. In addition, the risks of smoking during pregnancy should be emphasized during in-service training of health professionals and the participation of pregnant women in prenatal education programs should be provided.

Key words: Pregnancy, Smoking, Teratogen, Prenatal development

önemle eğilmeyi gerektiren bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çevresel etkenler arasında yer alan sigara, toplumda kullanım sıklığının yüksekliği ve bilinen teratojenler arasında olması nedeniyle öncelikle mücadele edilecek etkenlerin başında gelmektedir. Sigara alışkanlığı; başlıcaları kanser, kalp ve akciğer hastalıkları olmak üzere çok sayıda hastalığa neden olmaktadır. Gebenin sigara alışkanlığı yalnızca kendisini etkilemekle kalmaz, doğacak

bebeğin de sağlığını riske sokar. Ayrıca, gebelikte sigara içimi, gebelikle ilgili mortalite ve morbidite açısından önlenabilir önemli bir risk faktörüdür. Sigara içen gebelerde spontan abortus, plasenta previa, abruptio plasenta, erken membran rüptürü, hipertansiyon, preeklampsi görülebildiği gibi, sigara intrauterin beslenmede yetersizliğe yol açarak yenidoğanın doğum ağırlığının düşmesine, akciğer hastalıklarının artmasına ve nörotoksositeye de yol açabilir. Çocukluk döneminde ise davranış bozukluklarına ve öğrenme güçlüğüne, hiperaktiviteye ve IQ düşüklüğüne neden olduğu bildirilmiştir (2, 3, 4). Ayrıca deney hayvanları üzerinde yapılan araştırmalarda, nikotin nöroteratojen etkileri ışık ve elektron mikroskopu düzeyinde gösterilmiştir (5, 6, 7, 8).

Son 20 yılda bazı gelişmiş toplumlarda sigara tüketiminde azalma görülürken, Türkiye’de 1985–2000 yılları arasında sigara tüketimi %89 oranında artmıştır (9). Toplumda sigara tüketiminin artması gebelikle ilgili risklerin artmasında da etkin bir rol oynar. Çünkü sigaranın gebelik sürecindeki istenmeyen etkileri yalnızca gebenin içtiği sigarayla sınırlı kalmaz, ortamdaki sigara dumanından da kaynaklanabilir (10). 1988 ve 1993 yılında yapılan iki çalışmada, ülkemizde

sigara içme oranları erkeklerde %63 ve 59, kadınlarda %24 ve 13 olarak saptanmıştır (11, 9). Ülkemizde gebe kadınların sigara içme sıklığını yansıtan çalışmalara göre; Erzurum, Bursa, İstanbul, Samsun ve Sivas’ta gebelikte sigara içme yüzdeleri sırasıyla %3, %16, %32, %37 ve %17 olarak bildirilmiştir (12, 13, 14, 15, 16). Gebelikte sigara içilmesi, anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı sağlıklı kuşakların yetişmesini engelleyen bir sağlık sorunudur. Bu tür bağımlılık yapıcı, kolay ulaşılabilen ve kullanım yaygınlığı yüksek teratojen etkenler hakkında toplumda bilgi düzeyini artıracak eğitim programlarına ağırlık verilmesi gereklidir.

Bu çalışmada; Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Bakım Hastanesi Doğum Servisi’ne başvuran gebelerin ve eşlerinin sigara içme durumlarını saptamak, gebelerin sigaranın doğacak bebeklerine vereceği zararlar hakkındaki bilgi düzeylerini tanımlamak, ayrıca bu konuda verilecek sağlık hizmeti gereksinimlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma, Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Başhekimliği’nden yazılı izin alındıktan sonra 6 Şubat- 21 Nisan 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi’nin doğum servisine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 205 gebe alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 18 gebe örneklem grubuna alınmamıştır.

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formuyla elde edilmiştir. Hazırlanan anket formunun pilot uygulaması 10 kişi üzerinde yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 16.0 paket programında yapılmış ve toplanan veriler yüzdelik olarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar

Tanımlayıcı Özellikler: Çalışma kapsamına alınan 205 gebenin yüzde 10,2’sinin 20 yaş ve altında, yüzde 79,1’inin 21-35 yaş aralığında ve yüzde 10,7’si 36 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Gebelerin yüzde 3,9’unun okur-yazar olmadığı, yüzde 67,3’ünün ilkökul mezunu, yüzde 9,3’ünün ortaokul mezunu, yüzde 16,6’sının lise mezunu ve yüzde 2,9’unun üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Gebelerin yüzde 7,8’i çalıştığını, yüzde 92,2’siye ev hanımı olduğunu

Tablo 1. Gebe ve eşinin sigara kullanma durumu

Sigara Kullanma	n	%
Evet	41	20,0
Hayır	164	80,0
Sigara Kullanıyorsa Süresi		
Kullanmıyorum	164	80,0
1-5 yıl	17	8,3
5-10 yıl	15	7,3
10-20 yıl	8	3,9
20 yıl üzeri	1	0,5
Gebelik Öncesi Günlük İçilen Sigara Sayısı		
Kullanmıyorum	164	80,0
1-10 tane	31	15,1
11-20 tane	9	4,4
2 paket ve üzeri	1	0,5
Gebelik Sırasında Günlük İçilen Sigara Sayısı		
Kullanmıyorum	164	80,0
Gebelikte bıraktım	15	7,3
1-5 tane	17	8,3
5-10 tane	4	2,0
11-20 tane	5	2,4
Eşin Günlük İçtiği Sigara Sayısı		
Kullanmıyor	85	41,5
1-10 tane	40	19,5
11-20 tane	72	35,1
20 paket ve üzeri	8	3,9
Toplam	205	100,0

Tablo 2. Gebe kadınların sigara kullanmanın zararlı etkileri konusunda görüşleri

Gebelikte Sigara Kullanmanın Zararları	n	%
Hiçbir zararı yoktur	3	1,4
Plasentanın (eş) yerleşmesiyle ilgili bozukluklar olabilir	64	31,3
Bebekte gelişme geriliğine neden olabilir	107	52,2
Yüksek tansiyon riskini artırabilir	47	22,1
Erken doğuma neden olabilir	123	60,0
Ölü doğuma neden olabilir	122	59,5
Zekâ geriliğine neden olabilir	142	69,3
Davranış bozukluğuna neden olabilir	61	29,8
Öğrenme güçlüğüne neden olabilir	150	73,4
İdrar yolu ile ilgili bozukluklara neden olabilir	44	21,5
Akciğer gelişimini etkileyerek hastalıklara neden olabilir	105	51,3

belirtmiştir. Eşlerinin öğrenim durumu incelendiğinde ise; yüzde 3,4'ünün okur-yazar olmadığı, yüzde 42,4'ünün ilkököl, yüzde 15,1'inin ortaokul, yüzde 28,3'ünün lise ve yüzde 10,8'inin üniversite mezunu olduğu ve hepsinin çalıştığı sapanmıştır (Tablo 1). Gebe ve eşinin sigara kullanma alışkanlıklarıyla ilgili sorular sorulduğunda, Tablo 1'deki veriler elde edilmiştir. Buna göre; gebelerin yüzde 20,0'ı sigara kullandığını, yüzde 80,0'ı ise kullanmadığını belirtmiştir. Sigara içenler kullanma sürelerine göre incelendiğinde; yüzde 8,3'ünün 1-5 yıldır, yüzde 7,3'ünün 5-10 yıldır, yüzde 3,9'unun 10-20 yıldır ve yüzde 0,5'inin 20 yılı aşkın sürede sigara içtikleri ortaya çıkmıştır. Gebelik öncesi dönemde, kadınların yüzde 15,1'i günde 1-10, yüzde 4,4'ü 11-20 adet ve yüzde 0,5'i 1 paket üstünde sigara tükettiğini ifade ederken, gebelik sürecinde sigara içenlerin oranında yüzde 7,3'lük bir azalma olmuş, ancak, yüzde 12,7'lik grup gebelikte sigara içmeyi sürdürmüştür. Sigara içmeyi sürdürenlerin yüzde 8,3'ü günde 1-5, yüzde 2,0'i günde 5-10, yüzde 2,4'üyse günde 10-20 tane olarak sayı belirtmiştir. Eşlerin sigara kullanma sıklığı daha yüksektir ve yüzde 57,5 olarak saptanmıştır. Bunların, yüzde 19,5'inin günde 1-10, yüzde 35,1'i günde 11-20 ve yüzde 3,9'unun günde 20'nin üzeri sigara tükettiği ortaya çıkmıştır (Tablo 1).

Gebelere sigaranın zararlı etkileri hakkında bilgilerini değerlendirmeye yönelik sorular yöneltildiğinde; yalnızca yüzde 1,5'i hiçbir zararının olmadığını belirtmiştir (Tablo 2). Gebelerin yüzde 31,3'ü plaseenta yerleşme bozukluklarına, yüzde 52,2'si bebekte gelişme geriliğine, yüzde 22,1'i yüksek tansiyona, %60,0'ı erken doğuma, yüzde 59,5'i ölü doğuma, yüzde 69,3'ü zeka geriliğine, yüzde

29,8'i davranış bozukluğuna, yüzde 73,4'ü öğrenme güçlüğüne, yüzde 21,5'i idrar yoluyla ilgili gelişim bozukluklarına ve yüzde 51,3'ü de akciğer gelişiminde yetersizliğe neden olabileceğini belirtmiştir (Tablo 2).

Tartışma

Ülkemizde, gebelikte sigara içimiyle ilgili ulaşılabilen çalışma sayısı oldukça azdır. Uncu, 1999'da yaptığı çalışmada gebe kadınların sigara içme sıklığını yüzde 32 olarak saptamıştır (15). 1988-1989 yılları arasında Özsoy'un Samsun'da yaptığı çalışmada ise, gebelerin sigara içme sıklığını yüzde 37 olarak bulunmuştur (13). Erzurum'da 1991-1992 yıllarında doğum yapan kadınların sigara içme sıklığı yüzde üç olarak bildirilmiştir (12). 1999 yılında Alp ve arkadaşlarının Bursa'da yaptıkları çalışmada gebelerin sigara içme sıklığı yüzde 16 bulunmuştur (14). Sivas'ta Marakoğlu ve Sezer'in yaptığı çalışmada ise gebelerin sigara kullanma sıklığı yüzde 17 olarak saptanmıştır (16). Bu çalışmada ise; kadınların gebelik öncesi sigara kullanma sıklıkları yüzde 20 iken, gebelikte 7,3'lük azalma ile yüzde 12,7'ye düşmüştür (Tablo 1). Sigara içen gebelerin oranlarındaki değişkenlik bölgelere göre farklılık gösteren sosyokültürel yapıyla bağlantılı olabilir. Farklı ülkelerde gebelik tanısı aldıktan sonra sigara içme yüzdeleri ise; Avusturya'da Walsh ve arkadaşlarının çalışmasına göre yüzde 13,7, Valero ve arkadaşlarına göre İspanya'da yüzde 25,8, Grange ve arkadaşlarına göre Fransa'da yüzde 18 ve Thomas ve arkadaşlarının çalışmalarına göre de Amerika Birleşik Devletleri'nde yüzde 25 olarak belirtilmiştir (17, 18, 19, 7). Bu sonuçlara göre; Sakarya'daki gebelerin sigara içmeyi sürdürme yüzdelerinin görece daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Sigara içen grup kendi içinde değerlendirildiğinde ise; sigara

bırakma oranının yüzde 37,5 olduğu saptanmıştır. Diğer ülkelerde bağımlı gebelerin sigarayı bırakma yüzdeleri ise; Avusturya'da yüzde 24,3, İspanya'da yüzde 23,3, Fransa'da yüzde 55 olarak bildirilmiştir (17, 18, 19, 7).

Walsh ve ark. eşlerin bağımlılık sıklığını yüzde 72 olarak bildirmiştir. Sakarya'da yapılan bu çalışmada; bu oran yüzde 57,5 bulunmuştur. Bu yüksek oran; gebe sigara içmese de, ortamdaki sigara dumanından etkilendiği için önemlidir.

Grange ve ark. çalışmalarına göre; gebelerin %91'i sigaranın doğacak çocukta ciddi sağlık sorunlarına ve %75'i düşük doğum ağırlığına neden olabileceğini, %40'ı düşük riskini, %56'sıysa prematür doğum riskini artırabileceğini belirtmiştir (19). Bizim komplikasyonlarla ilgili sorularımıza verilen yanıtlar değerlendirildiğinde ise, kısmen benzerlik olduğu görülmüştür (Tablo 2). Ancak; gebelerin aktif ya da pasif içici olarak ciddi oranlarda karşılaştıkları bu teratojen hakkında daha fazla bilgi edinmeye gereksinimleri olduğu ortaya çıkmıştır.

Gebelerin çoğunun ilköğretim mezunu olduğu göz önüne alınacak olursa; ilköğretim programı içinde sigara ve benzeri bağımlılık yapıcı maddeler hakkında daha fazla bilgi vermenin önemi ortaya çıkmaktadır. Sigaraya başlamamak en etkin korunma yöntemi olacaktır. Gebelik süreci, sigara bağımlısı kadınların sigarayı bırakmaları için önemli bir fırsattır. Bu nedenle, bağımlı gebelerin sigarayı bırakma yüzdesini artırabilmek için; sağlık personelinin konuyla ilgili olarak hizmet içi eğitim programları gözden geçirilmelidir. Ayrıca; sağlık personeli rutin kontrollerle ev ziyaretleri sırasında konuyla ilgili bilgi aktarmaya ve sigarayı bırakma konusunda destekleyici olmaya daha fazla önem vermelidir.

İletişim: Dr. Olcay Semiz

E-posta: osemiz@sakarya.edu.tr

Kaynaklar

1. Clementi M, Arnon J and Ornoy A. Nato Advanced Research Workshop on 'Drugs in Pregnancy: Consensus Conference on Teratogen Information Services', Prague, 16-18 April 2004. *Reproductive Toxicology* 2004; 19(2): 239-260.
2. Demsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits on nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety* 2001;24(4) 277-322.
3. Frydman M. The smoking addiction of pregnant women and the consequences on their offspring's intellectual development. *J Environ Pathol Toxicol Oncol* 1996; 15: 169-172.
4. Olds DL, Henderson CR and Tatelbaum R. Intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. *Pediatrics* 1994; 93: 221-227.
5. Joscko MA, Dreosti IE and Tulsi RS. The teratogenic effects of nicotine in vitro in rats: A light and electron microscope study. *Neurotoxicology and Teratology* 1991; 13(3): 307-316.
6. Seller MJ and Bnait KS. Effects of tobacco smoke inhalation on the developing mouse embryo and fetus. *Reproductive Toxicology* 1995; 9(5): 449-459.
7. Thomas JD, Garrison ME, Slawewski CJ ve ark. Nicotine exposure during the neonatal brain growth spurt produces hyperactivity in preweanling rats. *Neurotoxicology and Teratology* 2000; 22(5): 695-701.
8. Roy TS, Andrews JE, Seidler FJ and Slotkin TA. Nicotine evokes cell death in embryonic rat brain during neurulation. *Pharmacology* 1998; 287(3): 1136-1144.
9. Sezer RE. Dünyada ve Türkiye'de sigara tüketiminin eğilimleri. *Hipokrat Dergisi* 2002; 11(3): 56-63.
10. National Cancer Institute. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: The report of the California Environmental Protection Agency. Smoking and tobacco control monograph no.10. Bethesda, MD U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub. No.1999; 99-4645.
11. PİAR. Sigara alışkanlıkları ve sigarayla mücadele kampanyası kamuoyu araştırması. Ocak 1998.
12. Üstün C ve Malatyaloğlu E. Gebelikte sigara kullanımının fetüs ve plasenta üzerine etkileri. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi* 1990; 7(1): 43-8.
13. Özsoy S. Gebelikte sigara içme alışkanlığı ve evde sigara içilmesinin doğum şekli ve bebeğin doğum tartısı üzerine etkisi. *Hemşirelik Bülteni* 1992; 6: 25-6.
14. Alp H, Selimoğlu MA, Yaman S ve ark. Gebelikte sigara kullanımının fetüse etkileri. *İst Çocuk Klin Derg* 1995; 30: 80-3.
15. Uncu YA. Gebelikte asemptomatik bakteriyüri sıklığı ve gebelik komplikasyonları ile ilişkisi. *Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD. Bursa, 1999.*
16. Marakoğlu K ve Sezer RE. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 25(4): 157-164.
17. Walsh RA, Redman S, Brinsmead MW and Fryer JL. Predictors of smoking in pregnancy and attitudes and knowledge of risks of pregnant smokers. *Drug and Alcohol Review* 1997;16:41-67.
18. Valero FC, Martinez NM, Martinez PP, Martinez MT and Pardo JM. Individually tailored medical counseling for pregnant smokers. *Archivos de Bronconeumologia* 2003; 39: 346-352.
19. Grange G, Vayssiere C, Borgne A, Ouzana A, L'Huillier JP Valensi P et al. Description of tobacco addiction in pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2005; 120: 146-151.



Dr. Figen Yardımçı, Dr. Saliha Altıparmak***

Öz

Araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinin kan bağışı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesidir.

Araştırma kapsamına Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Uygulamalı Bilimler Yüksek Okulu'nda birinci ve üçüncü sınıfta okuyan tüm öğrenciler alınmıştır. Verilerin toplanmasında; araştırmacılar tarafından geliştirilmiş sosyodemografik soru formu ve kan bağışı ile ilgili bilgi, tutum-davranışları sorgulayan anket formu kullanılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasından sonra Kızılay ile işbirliği yapılarak her iki bölüme de kan bağışı ile ilgili eğitim verilmiş, broşürler dağıtılmış ve isteyen öğrencilerin kan bağışı yapması sağlanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare, Student t-test istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin %25,4'ünün kan gruplarını bilmediği, %82,2'sinin hiç kan bağışında bulunmadığı ve %50,6'sının kan bağışı ile ilgili bilgi almadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin %53,2'si kan bağışlamayı bir vatandaşlık görevi olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Bölümler arasında toplam bilgi puanı karşılaştırıldığında sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kan bağışı konusunda bilgi düzeyinin uygulamalı bilimler öğrencilerinin bilgi düzeyinden daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Gönüllü kan bağışı oranının artırılması için hem eğitim kurumlarında, hem de medyada konu ile ilgili eğitimler düzenlenmeli ve kan bağışına teşvikin artırılması için yeni projeler geliştirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Kan, Kan bağışı, Üniversite öğrencisi, Tutum, Davranış

Giriş

Kan, eski uygarlıklardan beri yaşam ile bir tutulmuş, insanı yaşamda tutan, ona güç veren unsur olarak görülmüştür (1,2). Bireyler yaşamı boyunca değişik zamanlarda çeşitli nedenlerden dolayı kendisi, ailesi ya da yakın çevresiyle ilgili olarak kan ve kan ürünlerine gerek duymuşlardır (3) Kan; kan hücreleri, trombositler ve plazmadan oluşan, yapay olarak elde edilemeyen ve kaynağı insan olan biyolojik bir materyaldir (4). Günümüzde tıp ve

Abstract

The aim of the study is to determine the knowledge, attitudes and the behaviors of university students about blood donation.

First and third grade students in Celal Bayar University Manisa School of Health and School of Applied Sciences were included in the survey. The sociodemographic questionnaire developed by researchers and the survey form questioning the knowledge, attitude and behaviors related to blood donation were used for data collection. Following data collection, students of both schools were provided training about blood donation, issued brochures and volunteers were encouraged for blood donation. Descriptive statistics, chi-square test student t. test were used for the analysis of the data.

It is determined that 25.4% of the students included in the study did not know their blood types, 82.2% had not donated blood before and 50.6% had no information about blood donation. 53.2% of students regarded blood donation as a citizenship duty. When overall knowledge scores of both schools are compared, it is found that knowledge of the students about blood donation in School of Health was better than that of the students in School of Applied Sciences ($p< 0.05$).

Related trainings should be held both in training institutions and in mass media in order to increase volunteered blood donations and new campaigns should be introduced to encourage blood donation.

Key words: Blood, Blood donation, University students, Attitudes, Behavior

teknoloji alanındaki tüm gelişmelere karşın kan ve kandan elde edilen ürünlerin yerine geçebilecek alternatif bir tedavi aracı bulunamamıştır.

Kan transfüzyonu, kan ya da kan ürünlerinin kan dolaşımına doğrudan verilmesiyle gerçekleştirilen bir uygulamadır (5,6,7,8). Kan transfüzyonu bir doku nakli olarak da kabul edilmektedir (9). Kan transfüzyonu yaşam kurtarıcı bir tedavi olarak yaygın biçimde kullanılmaktadır. Kan transfüzyonuna, tedavi edici başka seçeneğin

Tablo 1. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri		
Özellik	Sayı	%
Bölüm		
Sağlık Yüksekokulu	188	55.6
Uygulamalı Bilimler	150	44.4
Sınıf		
1.sınıf	199	58.9
3. sınıf	139	41.1
Cinsiyet dağılımı		
Erkek	107	31.7
Kadın	231	68.3
Yaş		
17-19	107	31.7
20-24	226	66.9
25-29	5	1.5
Yaş ortalaması ve dağılımı	20.3±1.7 (17-29)	
Baba öğrenim düzeyi		
İlköğretim ve altı	200	59.2
İlköğretim üstü	138	40.8
Baba meslek		
İşçi	65	19.2
Memur	44	13.0
İşçi emeklisi	63	18.6
Memur emeklisi	31	9.2
Serbest meslek	126	37.3
İşsiz	9	2.7
Anne öğrenim düzeyi		
İlköğretim ve altı	275	81.4
İlköğretim üstü	63	18.6
Anne meslek		
İşçi	8	2.4
Memur	11	3.3
İşçi emeklisi	15	4.4
Memur emeklisi	6	1.8
Serbest meslek	8	2.4
Ev hanımı	290	85.8
Aile türü		
Çekirdek aile	279	82.5
Geniş aile	44	13.0
Parçalanmış aile	15	4.4
Aile gelir durumu		
Gelir gideri karşılıyor	222	65.7
Gelir giderden az	83	24.6
Gelir giderden fazla	33	9.8
Toplam	338	100

olmadığı kazalar, savaş ve afetler, çeşitli suç girişimleri, cerrahi girişimler, hemofili, lösemi, aplastik anemi gibi kronik hastalıklarda ve gebelik gibi klinik durumlarda gereksinim duyulmaktadır. Kan transfüzyonlarının tek kaynağı, sağlıklı bağışçılardan elde edilen kan bağıışı ile toplanan kan ve kan ürünleridir (8).

Donasyon kan bankacılığı; gönüllü, düzenli, bilinçli, karşılık beklemezsiniz güvenli bir biçimde kanın toplanmasını; toplanan kanlara gerekli laboratuvar işlemlerinin yapılmasını, kanın saklanması ve hastanelere ulaştırılmasını içermektedir (8).

Bu anlamda Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık on milyon kan bağıışının yarısından fazlası, Amerikan Kızılhaçı tarafından karşılanmaktadır. Almanya'da; hizmete sunulan toplam 4.2 milyon ünite kanın yüzde 85'ini (3.6 milyon kan bağıışı, 200.000 kan gönüllüsü) Alman Kızılhaçı toplamaktadır. Japonya'da her yıl yaklaşık dört milyon ünite kan bağıışı toplanmaktadır. Ülkemiz; kan bağıışı konusunda gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında oldukça geri sıralarda yer almaktadır. Türkiye'de ortalama on bin kişiden yalnızca 15'i düzenli olarak kan vermektedir. Bu ülkelerde gönüllü kan bağıışlarının nüfusa oranı %5'e ulaşabilirken, ülkemizde bu oran halen %1,5-2 civarındadır. En önemli sorun gönüllü kan bağıışçısı sayısındaki yetersizliktir.

Ülkemizde kan hizmetleri konusunda kapsayıcı bir standardizasyon ve denetim yoktur (8,10).

Kan ve kan ürünleri gereksinimi, tüm toplumları ilgilendiren önemli bir sorundur (11). Ancak, kan bağıışı ile ilgili pek çok yanlış bilgi, tutum, davranış, inanç ve korku kan bağıışı gönüllülüğünü etkileyebilmektedir. Bir toplumda potansiyel donörlerin ayrılması, kan vermeye özendirici etmenlerin ve kan bağıışını engelleyen nedenlerin belirlenmesi kan bağıışı gönüllülüğünü artırır (5,12,13).

Toplumun kan, kan gereksinimi ve kan bağıışı konusunda neleri, ne kadar ve ne derece doğru bildiğinin saptanması bir gerekliliktir. Bu veriler ışığında da hangi bilgilerin verilmesi, hangi yanlış inanışların düzeltilmesi gerektiği bulunmalıdır. Bu konuda çalışma yapılırken toplumun her kesimi için ortak sorular oluşturulmalı ve tüm katmanlar ayrı ayrı ele alınmalıdır (3).

Çalışmamızın amacı ileride toplumun sağlık eğitimi konusunda görev alacak gruplardan birisi olan Sağlık Meslek Yüksekokulu

öğrencilerinin ve Uygulamalı Bilimler bölümü öğrencilerinin kan bağıışı konusundaki bilgi düzeylerini anlamak, öğrenim gördükleri alanların kan bağıışı konusundaki tutumlarına etkisini saptamaktır.

Bunun yanı sıra, çalışmaya katılan öğrencilere kan bağıışı konusunda eğitim vermek ve kan bağıışını özendirmek çalışmamızın diğer amaçlarını oluşturmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, 2008 yılı Nisan- Mayıs ayları içinde Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Uygulamalı Bilimler Yüksek Okulu'nda eğitim –öğrenim gören birinci ve üçüncü sınıf 338 öğrenci ile gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmadır. Verilerin toplanmasında iki anket formu kullanılmıştır. Bunlardan biri araştırmacılar tarafından geliştirilmiş sosyodemografik soru formu, ikincisi kan bağıışı ile ilgili bilgi-tutum-davranışları sorgulayan anket formudur. Araştırma verileri anketör eğitiminden geçirilen CBÜ Sağlık Yüksekokulu Sağlık Memurluğu Bölümü 3. sınıf öğrencilerinden bir grup tarafından, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde her doğru bilinen bilgiye bir puan, yanlış bilinen bilgiye sıfır puan verilerek toplam bilgi puanı elde edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve Ki-kare, Student t-test istatistik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasından sonra, Kızılay ile işbirliği yapılarak her iki bölüme de kan bağıışı ile ilgili eğitim verilmiş, broşürler dağıtılmış ve isteyen öğrencilerin kan bağıışı yapması sağlanmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılanların yüzde 31,7'si erkek, yüzde 68,3'ü kız öğrencidir. Kız öğrenci oranının yüksek olmasının nedeni, anket uygulamasının yapıldığı Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin tamamının kız öğrencilerden oluşmasıdır. Öğrencilerin yüzde 55,6'sı Sağlık Yüksekokulu, yüzde 44,4'ü Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu öğrencisidir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.3 ± 1.7 'dir. Öğrencilerin yüzde 59,2'sinin babasının, yüzde 81,4'ünün annesinin eğitim durumu ilköğretim ve altı düzeyindedir. Gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde öğrencilerin yüzde 65,7'si gelirin gideri karşıladığını bildirmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kan bağıışı

ile bilgi sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde; öğrencilerin yüzde 69,8'i bir seferde ne kadar kan bağıışı yapılabileceğini, yüzde 76'sı ne sıklıkla kan bağıışlanabileceğini bilmediğini belirtmiştir. "Ülkemizde kan ve kan ürünleri sizce en fazla hangi yolla temin edilmektedir?" sorusuna öğrencilerin yüzde 33,1'i Kızılay yanıtını vermiştir. Öğrencilerin yüzde 50,3'ü kan vermenin olumsuz yan etkilerinin olduğunu, yüzde 2,4'ü ise kan bağıışı öncesi, bağıış yapan kişinin basit bir biçimde muayenesinin ve bazı kan tetkikleri yapılmasının gerekli olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin "belirli aralıklarla kan vermenin sağlığa yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusuna yüzde 91,1'i evet yanıtını vermiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan öğrencilerin yüzde 25,4'ünün kan gruplarını bilmediği, %82,2'sinin hiç kan bağıışında bulunmadığı ve yüzde 50,6'sının kan bağıışı ile ilgili bilgi almadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin yüzde 53,2'si kan bağıışlamayı bir vatandaşlık görevi olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Yüzde 36,7'si kan bağıışını teşvik etmek için halk eğitimi olması gerektiğini ve bu eğitimin sürekli olması gerektiğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin, yüzde 62,4'ü ülkemizdeki kan bağıışı eksikliğini, toplumda kan bağıışı konusunda bilgi ve bilinç eksikliği olarak tanımlamışlardır. Öğrencilere "bir gün size ya da bir yakınınıza kan gerekebileceğini düşündüğünüzde kan bağıışında bulunmak ister misiniz?" diye sorulduğunda; yüzde 53,3'ü evet, yüzde 2,4'ü hayır yanıtını vermiştir (Tablo 3).

Öğrencilerin bölümü, sınıfı, anne-baba eğitimi ve mesleği, aile tipi ve ailenin geliri gibi sosyodemografik özellikleri ile kan bağıışında bulunma durumlarının karşılaştırılması sonucunda istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Öğrencilerin cinsiyeti ile kan bağıışında bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu anlamlılık erkek öğrencilerden kaynaklanmıştır. Öğrencilerin yaş grubu ile kan bağıışında bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). 20-29 yaş grubu daha yüksek oranda kan bağıışında bulunmuştur (Tablo 4).

Bölümler arasında toplam bilgi puanı karşılaştırıldığında, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin kan bağıışı konusundaki bilgi

Tablo 2. Öğrencilerin kan bağışı ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtlar dağılımı

Bilgi	Sağlık Y.O.		Uygulamalı Bilimler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Bir seferde ne kadar kan bağışı yapılabilir?						
Bilenler	75	73.5	27	26.5	102	100
Bilmeyenler	113	47.9	123	52.1	236	100
Ne sıklıkla kan bağışı yapılabilir?						
Bilenler	47	58.0	34	42.0	81	100
Bilmeyenler	141	54.9	116	45.1	257	100
Bağış yapılan kan, kan merkezinde hastaya verilmek üzere ne kadar saklanabilir?						
Bilenler	8	57.1	6	42.9	14	100
Bilmeyenler	180	55.6	144	44.4	324	100
Kan hangi durumlarda gereklidir?						
Hepsi	178	55.6	142	44.4	320	100
Diğerleri	10	55.6	8	44.4	18	100
Gönüllü vatandaşlar	76	22.4	53	15.6	129	100
Para ile	23	6.8	20	5.9	43	100
Hasta yakını	63	18.6	38	11.2	101	100
Kızılay	94	27.8	78	23.0	172	100
Sizce kan bağışının yan etkileri var mı ne/nelerdir?						
Yan etkisi yok	88	64.7	48	35.3	136	100
Yan etkisi var	100	49.5	102	50.5	202	100
Kan bağışı öncesi, bağış yapan kişinin basit bir biçimde muayenesi ve bazı kan tetkikleri yapılması gerekli mi?						
Hayır	183	55.5	147	44.5	330	100
Evet	5	62.5	3	37.5	8	100
Sizce belirli aralıklarla kan vermenin sağlığa yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?						
Evet	170	55.2	138	44.8	308	100
Hayır	18	60.0	12	40.0	30	100
Toplam	188	55.6	150	44.4	338	100

düzeylerinin Uygulamalı Bilimler öğrencilerinin bilgi düzeyinden daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Sınıflara göre yapılan değerlendirmede 1.sınıf öğrencilerin kan bağışı konusundaki bilgi düzeylerinin, 3. sınıf öğrencilerin bilgi düzeyinden daha iyi olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). (Tablo 5).

Tartışma

Araştırmaya katılan öğrencilerin yüzde 25,4'ünün kan gruplarını bilmediği, yüzde 82,2'sinin hiç kan bağışında bulunmadığı ve yüzde 50,6'sının kan bağışı ile ilgili bilgi almadıkları belirlenmiştir. Kaya ve

arkadaşlarının çalışmasında (2007), öğrencilerin yüzde 7,5'i düzenli olarak kan verdiğini, yüzde 76'sı hiç kan vermediğini belirtmiştir (14).

Yıldız ve arkadaşlarının (2006), çalışmalarında 2480 öğrenci, "kan bağışlamayı düşünür müsünüz?" sorusuna yüzde 43,1 oranında "gerektiği zaman" yanıtını vermişlerdir. Bizim çalışmamızda bu oran yüzde 16,6'dır (2).

Yaşar ve ark. (2008), katılımcı öğrencilerin %84,9'unun kan bağışında istekli olduğunu ancak bağışta bulunmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 3. Öğrencilerin kan bağışı ile ilgili tutum sorularına verdikleri yanıtları dağılımı

Tutum	Sağlık Y.O.		Uygulamalı Bilimler		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kan grubunuzu biliyor musunuz?						
Evet	150	59.5	102	40.5	252	100
Hayır	38	44.2	48	55.8	86	100
Hiç kan verdiniz mi?						
Evet	38	63.3	22	36.7	60	100
Hayır	150	54.0	128	46.0	278	100
Kan bağışlamayı düşünüyor musunuz?						
Evet	111	55.0	91	45.0	202	100
Hayır	77	56.6	59	43.4	136	100
*Düşündüğünüz halde hiç kan vermemişseniz sizce bunun nedeni/nedenleri ne olabilir						
Sağlık sorunu	71	21.0	58	17.1	129	100
Korku	29	8.5	14	4.1	43	100
Yakınlarının gereksinimi olursa	10	2.9	14	4.1	24	100
Nedeni yok	1	0.2	5	1.4	6	100
İhmal ediyorum	43	12.7	42	12.4	85	100
Kan verenler	38	11.5	21	6.2	60	100
*Kan bağışlamanın ifadesi olarak aşağıdakilerin hangisi/hangileri size en uygundur?						
Fazilettir	44	13.0	37	10.9	81	100
Vatandaşlık görevidir	106	31.3	74	21.8	180	100
Kana gereksinim duyduğumda kan bulabileceğim konusunda güven sağlanması	80	23.6	58	17.1	138	100
*Kan bağışını teşvik etmek için aşağıdakilerden hangisi/hangileri önemlidir?						
Halkın eğitimi sağlanmalı ve bu eğitim olmalı	134	39.6	100	29.5	234	100
Kan bağışı kabul edilen yerler kolay ulaşılabilir ve temiz olmalı	81	23.9	60	17.7	141	100
Kan bağışı kabul edilen yerlerde personel güler yüzlü, ilgili ve bilgili olmalı	63	18.6	39	11.5	102	100
Özendirici ve onurlandırıcı promosyonlar uygulanmalı, ücret ödenmeli	52	15.3	52	15.3	104	100
	4	1.1	5	1.4	9	100
Toplam	188	55.6	150	44.4	338	100

*Birden fazla seçenek belirtildiği için yüzdeler 338 üzerinden alınmıştır.

Katılımcıların %15,1'i düzenli aralıklarla kan bağışında bulduklarını bildirmişlerdir (15).

Araştırmamızda "düşündüğünüz halde kan bağışında bulunmama nedeniniz ne olabilir?" sorusuna yanıtlar; yüzde 37 ile sağlık sorunu, yüzde 23,7 ihmalkarlık, yüzde 11,8 korku olarak sıralanmıştır.

Godin ve ark. (2005), toplumun kan bağışı yapmasına engel olan nedenlerin saptanarak, bunların ortadan kaldırılmasına yönelik motivasyon artırıcı uygulamaların kan bağışı oranını artıracağını vurgulamaktadır (17).

Öğrencilere "bir gün size ya da bir yakınınıza kan gerekebileceğini düşündüğünüzde kan bağışında bulunmak ister misiniz?" diye sorulduğunda; yüzde 53,3'ü evet, yüzde 2,4'ü hayır yanıtını vermiştir.

Kan bağışını özendirici en önemli etmenler, kan bağışı yapacak bireyin yakınlarının da bu bağışa bir gün gereksinim duyabilecekleri farkındalığının artırılması ve toplanan kanlarda bireyin kolesterol, trigliserit gibi etmenlerine ücretsiz bakılabilmesidir (5).

Tablo 4. Öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri ile kan bağışında bulunma durumlarının karşılaştırılması

Özellik	Kan Bağışında Bulunma				Toplam		İstatistik analiz
	Bulunan		Bulunmayan				
	N	%	N	%	N	%	
Bölüm							
Sağlık Y.O.	38	20.2	150	79.8	188	100	$\chi^2=1.758$
Uygulamalı Bilimler	22	14.7	128	85.3	150	100	$P > 0.05$
Sınıf							
I.Sınıf	32	16.1	167	83.9	199	100	$\chi^2=0.926$
III. Sınıf	28	83.9	111	79.9	139	100	$P > 0.05$
Cinsiyet							
Kadın	28	12.1	203	87.9	231	100	$\chi^2=15.843$
Erkek	32	29.9	75	70.1	107	100	$P < 0.05$
Yaş							
17-19	11	10.3	96	89.7	107	100	$\chi^2=5.985$
20-29	49	21.2	182	78.8	231	100	$P < 0.05$
Baba eğitim							
İlköğretim ve altı	34	17.0	166	83.0	200	100	$\chi^2=0.189$
İlköğretim üzeri	26	18.8	112	81.2	138	100	$P > 0.05$
Baba meslek							
Beyaz yakalı	10	13.3	65	86.7	75	100	$\chi^2=1.289$
Mavi yakalı	50	19.0	213	81.0	263	100	$P > 0.05$
Anne eğitim							
İlköğretim üstü	11	17.5	52	82.5	63	100	$\chi^2=0.004$
İlköğretim ve altı	49	17.8	226	82.2	275	100	$P > 0.05$
Anne meslek							
Beyaz yakalı	3	17.6	14	82.4	17	100	$\chi^2=0$
Mavi yakalı	57	17.8	264	82.2	321	100	$P > 0.05$
Aile türü							
Çekirdek aile	47	16.8	232	83.2	279	100	$\chi^2=1.193$
Geniş aile	9	20.5	35	79.5	44	100	$P > 0.05$
Parçalanmış aile	4	26.7	11	73.3	15	100	
En çok yaşanılan yerleşim birimi							
Köy	5	12.2	36	87.8	41	100	$\chi^2=1.385$
İlçe	18	16.7	90	83.3	108	100	$P > 0.05$
İl	37	19.6	152	80.4	189	100	
Ailenizin geliri							
Gelir gideri karşılıyor	44	17.3	211	82.7	255	100	$\chi^2=0.175$
Gelir giderden az	16	19.3	67	80.7	83	100	$P > 0.05$
Toplam	60	17.8	278	82.2	338	100	

Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde yapılan araştırmaların sonuçlarına göre; eğitim düzeyi yükseldikçe, gelir düzeyi arttıkça kan bağış olasılığı artmaktadır. Kişinin kendisinin ya da bir yakınının transfüzyon öyküsü varsa, kan bağış olasılığı daha yüksektir. Gönüllülük faaliyetlerinin yaygın olduğu ülkelerde, dini organizasyonlara bağlı olan bireylerde, Kızılay-Kızıllaç örgütlerinin etkin olduğu ülkelerde,

kan bağışçısı organizasyonlarına sahip ülkelerde kan bağış oranları daha yüksek olmaktadır (17).

Örnekimimizi oluşturan öğrencilerin, kan bağışında bulunma durumları okudukları bölüme göre değerlendirilmiş ve istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır. Öğrencilerin sınıfı, anne-baba eğitimi ve mesleği, aile tipi ve ailenin geliri gibi sosyodemografik özellikleri ile

kan bağışında bulunma durumlarının karşılaştırılması sonucunda da istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamıştır.

Öğrencilerin cinsiyeti ile kan bağışında bulunma durumları arasındaki fark erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öğrencilerin yaş grubu ile kan bağışında bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0.05$). 20 ve üzeri yaş grubu daha çok kan bağışını yapmıştır.

Hossein ve ark. (2007), 488 üniversite öğrencisinin, kan bağışına ilişkin farkındalıkları, tutum ve davranışlarını incelemişler, cinsiyete göre anlamlı fark bulmuşlardır. Erkek öğrencilerin puanlarının kız öğrencilerin puanlarına göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (18).

Shaz ve ark. (2009), üniversitelerinden yeterli destek ve uygun zaman verilen Afrikalı - Amerikalı kız öğrencilerin kan bağışında bulunmayı istediklerini belirtmiştir (19). Kara ve ark. (2009), çalışmalarında erkek öğrencilerin yüzde 46, 3'ünün en az yılda bir kez kan verdiklerini, kız öğrencilerde bu oranın % 19,2 olduğunu saptamışlardır (20).

Bölümler arasında toplam bilgi puanı karşılaştırıldığında, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin kan bağışını konusundaki bilgi düzeylerinin Uygulamalı Bilimler öğrencilerinin bilgi düzeyinden daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Sınıflara göre yapılan değerlendirmede 1. sınıf öğrencilerin kan bağışını konusundaki bilgi düzeylerinin, 3. sınıf öğrencilerin bilgi düzeyinden daha iyi olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kaya ve ark. (2007), çalışmalarında öğrencilerin kan bağışını ile ilgili tutum ve görüşlerini belirlemek için sorulan sorulara verdikleri yanıtların alan eğitimi açısından etkisini incelemişlerdir. "Kan bağışını ile ilgili medyadaki haberler bu konudaki düşüncelerinizi olumlu yönde etkiler mi?" ve

"Kan bağışını artırmak için devlet ya da özel sağlık kuruluşları tarafından ödeme yapılırsa kan bağışını mısınız?" gibi ifadelerde istatistiksel olarak önemlilik bulduklarını belirtmişlerdir. Sınıf öğretmenliği anabilim dalı öğrencilerinin yüzde 68,9'u, hemşirelik öğrencilerinin yüzde 59, 8'i ve biyoloji öğrencilerinin yüzde 45, 3'ü kan bağışını teşviki konusunda medyadaki kan bağışını ile ilgili haberlerin kendilerini olumlu yönde etkileyeceğini belirtmişlerdir (14).

Rajagopalan ve Pulimood (1998), 307 tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencisi ile yürüttükleri çalışmalarında, her iki grubun kan bağışını yönelik tutumlarını olumlu bulmuşlar, ancak donör olan ve olmayan öğrencilerin kan bağışını yönelik duygularında anlamlı fark saptamadıklarını belirtmişlerdir.

Kan bağışında bulunmak bir başkasının yaşaması için doğrudan katkı sağlama deneyimi kazandıracığından, bireylerin organ bağışını konusundaki yaklaşımını değerlendirmede de önemli bir ölçüt olabilir (17).

Gönüllü kan bağışını oranının artırılması için:

-Toplumun kültür, değer, inanç ve geleneklerini dikkate alan, sorunun önemi ve aciliyetinin farkına varmalarını, konuya ilgi duymalarını ve bilgilendirilmelerini sağlayan eğitim programlarını hazırlanması ve onların yeniden gözden geçirilmesi,

- Bu amaçlar doğrultusunda hazırlanan eğitim programlarının ilkokullardan başlayarak tüm okullarda, hastanelerde, ibadet yerlerinde, askeri kurumlarda düzenli ve sürekli olarak verilmesinin, yaygınlaştırılması,

- Kan bağışını ve nakliyle ilgili toplumun motivasyonunu sağlamaya yönelik konuların sağlık çalışanlarının eğitim programlarında yer almasının sağlanması,

- Konuya gereken ilginin gösterilmesi için, kan bağışını konusunda çeşitli yayın organlarıyla ve bu konuda hazırlanmış broşürlerle öğrencilerin ve toplumun tüm kesimlerinin bilgilendirilmesi,

- Özellikle TV'de yerel-ulusal sanatçı ve sevilen kişilerin, kan bağışını/nakline yönelik programlarda rol alması ve öncülük etmelerinin sağlanması önerilebilir (2,3,5,22).

Tablo 5. Öğrencilerin bölümleri ile kan bağışını konusundaki bilgi puanlarının karşılaştırılması

Özellik	n	$\bar{X} \pm SS$	p
Bölüm			
SYO	188	5.1±1.4	p<0.05
Uygulamalı Bilimler	150	4.7±	
Sınıf			
1.sınıf	199	4.6±1.2	P< 0.05
2.3. sınıf	139	5.3±1.4	

İletişim: Dr. Figen Yardımcı

E-posta: figen.yardimci@ege.edu.tr

Kaynaklar

1. Ülman Y. Tıbbi etik açısından kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu. Ulusal kan Merkezleri ve Transfüzyon Kurs Kitabı. İstanbul: F Özcan Matbaacılık. 2000; 157-72.
2. Yıldız Ç, Emekdaş G, Kanık A, Tiftik N, Solaz N, Aslan G ve ark. Neden kan bağışlamıyoruz? Mersin ilinde yaşayanlarda kan bağışına genel bakış: anket çalışması. İnfeksiyon Dergisi 2006; 20 (1): 41-55.
3. Solaz N. Ülkemiz ulusal kan politikası ve donör kazanım stratejisi. Kan Bankası ve Transfüzyon Kurs Kitabı. İstanbul: Şan Ofset; 2004; 118-121.
4. Bayık M. Transfusion medicine and immunology. Türkiye Klinikleri J Hem Onc-Special Topics 2009; 2 (1): 46-53.
5. Cevizci S, Erginöz E, Yüceokur A. Gönüllü kan bağışçılığı ve kan verme davranışını etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2010; 22 (1):85-92.
6. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. Blood Donation. JAMA patient page 2008; 299(19): 2350.
7. Atamer T. Kan Transfüzyonun Tarihçesi. 35. Ulusal Hematoloji Kongresi; 7-10 Ekim 2009; Antalya, Türkiye.2009. 148-154.
8. Kemahlı S. Dünya gönüllü kan bağışçıları günü. Damla kan Merkezleri ve Transfüzyon Derneği Bülteni 2005; 66, 3.
9. Sarıbeyoğlu EB, Anak S. Acilde kan transfüzyonu ve komplikasyonları, J. Surg. Med. Sci 2005; 1: 105-110.
10. Aksoy A, Ersan B, Demirdağ Ö. Dünyada ve Türkiye'de kan hizmetleri. Türk Kızılayı ve Kan Hizmetleri Yönetimi 2007. Ankara
11. Gould S, Cimino MJ, Gerber DR. Packed red blood cell transfusion in the intensive care unit: limitations and consequences, American Journal of Critical Care 2007, 16: 39-48.
12. Çetin AT. Donor selection and predonationscreening tests. Türkiye klinikleri J Int Med Sci 2007, 3 (36):23-6.
13. Al-Dress AM. Attitude, belief and knowledge about blood donation and transfusion in Saudi population. Pakistan Journal of Medical Sciences Quarterly 2008; 24 (1), 74-79.
14. Kaya E, Sezek F, Doğan S. Üniversite öğrencilerinin kan bağışına karşı tutumları ve kan bağışında alan bilgilerinin etkisinin incelenmesi. Çankaya Üniversitesi Fen- Edebiyat Fakültesi Journal of Arts and Sciences 2007; 7: 97-114.
15. Yaşar M, Oğur R, Uçar M, Göçgeldi E, Yaren H, Tekbaş ÖF, Korkmaz A. Bir sağlık meslek yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin organ bağışı konusundaki tutumları ve tutumlarına etki eden faktörler. Genel Tıp Dergisi 2008; 18 (1): 33-37.
16. Godin G, Sheeran P, Conner Met all. Factors explaining the intention to give blood among the general population. Vox Sanguin 2005; 89: 140-9.
17. Güzel U. Motive edici faktörler ve bağışçı beklentileri. II. Ulusal kan merkezleri ve Transfüzyon Tıbbi Kongresi 2007; 15-19 Kasım Antalya, Özet Kitabı.28-32.
18. Hossein S, Pourdamghan N, Mohamadi B. University students awareness and attitude towards blood donation in Kerman City. IJBC 2007; 3: 107-110.
19. Shaz B, Demmons D, Crittenden C, Carnevale CV, Lee M, Burnett M, Easley K, Hillyer CD. Motivators and barriers to blood donation in African American college students. Transfusion and Apheresis Science 2009; 41 (3): 191-197.
20. Kara İH, Bahçebaşı T, Kandıç H, Aydemir H, Aras FD, Uçar E, Tuksal E. Düzce üniversitesi öğrencilerinin mediko-sosyal gereksinimleri, bilgi ve yararlanma düzeylerinin belirlenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2009; 1 (1):7-15.
21. Rajagopalan M, Pulimood R. Attitudes of medical and nursing students towards blood donation. Nati Med J India 1998; 11 (1): 12-3.
22. Hablemitoğlu Ş, Özkan Y, Yıldırım F. Bir fedakârlık örneği olarak kan bağışı, Aile ve Toplum 2010; 5(20):



Dr. Derya Atamtürk*

Öz

Obezite günümüz toplumlarını tehdit eden hastalıklar arasında ön sıralarda yer almaktadır. Buna paralel olarak obezitenin hangi ölçütlere göre belirleneceği sorusu da önem kazanmaktadır. Bu çalışmada Ankara'da yaşayan ve düşük sosyoekonomik düzeyde yer alan çocuklarda obezite ve fazla kiloluluğun farklı ölçütlere göre ne ölçüde değiştiği karşılaştırılmalı olarak incelenmiştir. Araştırma, 7-14 yaşlarındaki 891 (446 kız, 445 erkek) öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bireylerden boy uzunluğu, vücut ağırlığı, üst kol çevresi (ÜKÇ), triceps deri kıvrımı kalınlığı (TDKK) ve subskapular deri kıvrımı kalınlığı (SDKK) olmak üzere beş antropometrik ölçü alınmıştır. Bunlara ek olarak, obezitenin belirlenmesinde sıklıkla kullanılan beden kitle indeksi (BKİ) değeri de hesaplanmıştır. Şişmanlık oranları belirlenirken Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen National Health and Nutritional Examination Survey araştırmasının (NHANES I ve II) referans değerleri esas alınmıştır. Örneklemimizde aşırı kiloluluk+şişmanlık oranları yaklaşık olarak BKİ'ye göre yüzde 8, ÜKÇ'ne göre yüzde 2, TDKK'na göre yüzde 5 ve SDKK'na göre yüzde 5 olarak bulunmuştur. Bulgularımız şişmanlığın belirlenmesinde kullanılan antropometrik ölçütlerin oldukça farklı sonuç verdiğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, şişmanlığın belirlenmesinde ve değerlendirilmesinde, özellikle bireysel bazda, klasik antropometrik ölçülerin yanı sıra farklı yöntemlere de başvurulması gerektiği anlaşılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Obezite, fazla kiloluluk, antropometri, Çocuk

Giriş

Obezite, vücutta lokalize ya da yaygın biçimde aşırı yağ bulunması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır (1). Metabolik, hormonal ve genetik etmenlerin yanı sıra, sosyoekonomik ve kültürel etmenlere bağlı olarak gelişen (2) fazla kiloluluk ve obezite, günümüz toplumlarını tehdit eden hastalıklar içinde ön sıralarda yer almaktadır (3-6). Bu duruma paralel olarak obezitenin yaygınlığını konu edinen çalışmaların sayısı da artmıştır (7-10).

Abstract

Obesity is one of the leading life-threatening diseases for contemporary societies. Therefore, criteria for determining obesity are becoming of utmost importance. In this study, the prevalence of obesity and overweight among children living in Ankara were comparatively analyzed using various anthropometric criteria. The sample was composed of 891 students (445 males, 446 females) between 7 and 14 years of age. Five anthropometric measurements (stature, body weight, mid-upper arm circumference, triceps and subcapular skinfolds) were taken from each individual. In addition, body mass indices (BMI), a commonly used parameter in the diagnosis of obesity, were calculated. Obesity and overweight ratios were assessed using the reference values obtained from NHANES I and II (National Health and Nutritional Examination Survey) conducted in children. It was found that the ratios of obesity plus overweight was 8%, 2%, %5 and 5% according to BMI, mid-upper arm circumference, triceps and subcapular skinfolds respectively. Our analysis showed that the anthropometric criteria using the determination of obesity yielded different results. Consequently, it was concluded that assessing the obesity and overweight, especially on an individual basis, requires using various methods other than classical anthropometrical measurements.

Key words: Obesity, Overweight, Anthropometry, Children

Fazla kiloluluk ve obezitenin belirlenmesinde çeşitli ölçütler kullanılmaktadır. Bu tekniklerin belli başlıları, antropometri, magnetik rezonans, bilgisayarlı tomografi ve biyoelektrik impedans ölçümüdür. Bunlar içinde antropometri tekniği en çok tercih edilenidir. Çünkü bu tekniğin kullanımı diğer tekniklere göre hem daha basit hem de daha ekonomiktir. Dolayısıyla geniş popülasyonların obezite yönünden kolayca taranmasına olanak sağlamaktadır (11).

Fazla kiloluluk ve obezitenin belirlenmesinde antropometrik değişken olarak genellikle boy uzunluğu, vücut ağırlığı, deri kıvrımı kalınlığı ve çevre ölçülerinden yararlanılmaktadır. Bu ölçüler içinde, boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ile bu değişkenlerden hesaplanan beden kitle indeksi (BKİ) değerleri obezitenin belirlenmesinde en çok tercih edilenlerdir (7,12-14). Obezite ve fazla kiloluluğun belirlenmesinde kullanılan diğer alternatif değişkenler ise deri kıvrımı kalınlığı ve çevre ölçüleridir (11,15-16). Bu değişkenler vücudun yağ ve kas miktarı hakkında doğrudan bilgi sağlamaktadırlar.

Literatürde fazla kiloluluk ve obeziteyi konu edinen çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda genellikle antropometri tekniğinden yararlanarak fazla kiloluluk ve obezitenin neden ortaya çıktığı, nasıl yayıldığı, kimlerin daha çok risk altında olduğu, diğer hastalıklarla ilişkisi ve gelecekte bu hastalığın nasıl bir seyir izleyeceği konuları irdelenmiştir (3,4,6,17). Ancak değişken olarak kimi zaman boy, ağırlık ve beden kitle indeksinden, kimi zaman çevre ölçüleri ve deri kıvrımı

kalınlıklarından, kimi zaman da tüm ölçütlerin kombinasyonundan yararlanan bu çalışmalara yakından bakıldığında birbirine benzemeyen sonuçlar verdikleri gözlenmektedir; kimi değişkenlere göre fazla kiloluluk ve obezite oranı yüksek, kimi değişkenlere göre ise düşüktür (15,18). Buna karşın antropometrik değişkenlerin fazla kiloluluk ve obezitenin belirlenmesinde nasıl bir sonuç verdiği karşılaştırmalı olarak ele alan ve bu değişkenlerin obeziteyi belirlemedeki avantajlarına ya da dezavantajlarına değinen çalışma sayısı görece azdır (8,16). Bu nedenle çalışmamızda, aynı örneklem üzerinde farklı antropometrik ölçütlerden yararlanarak obezite ve fazla kiloluluk oranlarının ne ölçüde değişim gösterdiği karşılaştırılmalı olarak incelenmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, Ankara'da yaşayan ve alt sosyoekonomik gruba mensup olan (gecekondu mahallelerinde yaşayan), yaşları 7-14 arasında değişen 891 (446 kız, 445 erkek) öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma kesitsel verilere dayanmakta olup, incelenen birey sayıları, yaşlara ve cinsiyetlere göre Tablo 1'de sunulmuştur. Bu tablodan da görüleceği üzere, örneklem her yaş grubu için en az 100, her bir cinsiyet için en az 50 denek olacak biçimde oluşturulmuştur.

Çalışmamızda boy uzunluğu, vücut ağırlığı, üst kol çevresi, triceps deri kıvrımı kalınlığı ve subscapular deri kıvrımı kalınlığı olmak üzere 5 antropometrik ölçü alınmıştır. Bu ölçüler International Biological Programme (IBP)'ın önermiş olduğu teknikler doğrultusunda şu biçimde alınmıştır (19);

Boy uzunluğu: Öğrenciler ayakkabısız olarak toplukları birleşik ve ayak parmakları arasında 60 derecelik açı bulunacak biçimde

Yaş (Yıl)	Erkekler	Kızlar	Toplam
7	64	58	122
8	63	63	126
9	50	52	103
10	53	53	106
11	57	60	117
12	53	52	105
13	55	55	110
14	50	53	102
Toplam	445	446	891

Yaş (yıl)	Erkekler			Kızlar			F	p
	n	X	SS	n	X	SS		
7	64	15,83	1,59	58	15,88	1,93	0,030	0,863
8	63	16,10	1,73	63	16,26	1,64	1,213	0,273
9	50	16,63	2,07	53	16,57	2,37	0,020	0,888
10	53	17,04	1,73	53	16,54	1,93	1,923	0,168
11	57	17,37	1,87	60	17,79	3,21	0,728	0,395
12	53	17,51	2,40	52	18,09	2,85	1,268	0,263
13	55	18,00	2,32	55	19,53	3,28	8,056	0,005
14	50	18,98	3,09	52	19,69	2,87	1,456	0,230

dik durmaları sağlandıktan sonra, başta en üst nokta olan verteksten yere kadar olan mesafe dikkate alınarak antropometreyle 0,1 cm hassasiyetle ölçülmüştür.

Vücut ağırlığı: Çocukların üzerinde minimum giysi bulunurken, hiçbir yere temas etmemeleri ve ayaklarına eşit bir biçimde basmaları sağlandıktan sonra, 100 grama duyarlı dijital tartıyla ölçülmüştür.

Üst kol çevresi (ÜKÇ): Öğrencilerin her iki kollarını kasmadan aşağı sarkıtmaları istenmiş ve daha sonra üst kolun tam ortasından, şerit metre yardımıyla horizontal düzlem sağlanarak milimetrik olarak ölçülmüştür.

Triceps deri kıvrımı kalınlığı (TDKK): Çocukların ayakta ve kollarını kasmadan yana bırakmış bir pozisyon almaları sağlandıktan sonra, üst kolun tam arkasında bulunan triceps kasları üzerindeki deri kıvrımı dikey yönde kaldırılarak 0,2 milimetre duyarlılıktaki skinfold pergeliliyle ölçülmüştür.

Subscapular deri kıvrımı kalınlığı (SDKK): Çocuk ayakta ve kollarını yana bırakmış pozisyon aldıktan sonra, kürek kemiğinin altından, deri kıvrımı yatay düzleme 45 derece

açı yapacak biçimde kaldırılarak, 0,2 milimetre duyarlılıktaki skinfold pergeliliyle ölçülmüştür.

Alınan bu antropometrik ölçülerin yanı sıra obezitenin belirlenmesinde sıkça kullanılan beden kitle indeksi (BKİ) değeri de hesaplanmıştır. Bu değer, kilogram cinsinden hesaplanan vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilmiştir.

Şişmanlığın belirlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen, ABD'de gerçekleştirilen National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES I-II)'den elde edilen referans değerleri kullanılmıştır. Referans değerlerin 85 ve 95'inci persentilleri baz alınarak "fazla kiloluluk" ve "şişmanlık" tanıları konmuştur (20). Buna göre, araştırmamızda ele alınan antropometrik değişkenlerin, sözü edilen referans değerlerin 85-94,9'uncu persentillerine denk gelenler "fazla kilolu", 95'inci persentil ve üzerinde yer alanlar ise "şişman" (obez) kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmamızda incelenen kız ve erkek çocukların ortalama BKİ değerleri Tablo 2'de verilmiştir. Buradan da görüleceği üzere, kız ve erkek çocukların BKİ değerleri yaşla birlikte artmaktadır. Bu artış kızlarda 12 yaşından sonra daha belirgindir. BKİ değerleri (13 yaş hariç tutulursa) cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tüm yaş gruplarının değerlendirilmesi sonucunda BKİ'ye göre fazla kiloluluk oranı erkeklerde yüzde 7,69, kızlarda yüzde 3,82; şişmanlık oranı erkeklerde yüzde 2,29, kızlarda yüzde 1,49 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Yaş grupları ve cinsiyetlere göre fazla kiloluluk oranlarının dağılımına bakıldığında (10-12 yaş grubu dışında), oranın tüm yaş gruplarında

Tablo 3. Erkek ve kız çocuklarında BKİ'ye göre şişmanlık oranları (%)

Yaş (Yıl)	Erkekler		Kızlar	
	Fazla kilolu	Obez	Fazla kilolu	Obez
7	9,38	4,69	5,17	3,45
8	7,94	0,00	4,76	1,59
9	10,00	0,00	3,77	3,77
10	5,66	0,00	5,66	1,89
11	1,75	3,51	1,67	0,00
12	5,66	1,89	7,69	0,00
13	9,09	1,82	1,82	1,82
14	12,00	0,00	0,00	5,77
Ortalama	7,69	1,49	3,82	2,29

Tablo 4. Erkek ve kız çocuklarının üst kol çevresi (ÜKÇ) değerleri (mm)

Yaş (yıl)	Erkekler			Kızlar			F	p
	n	X	SS	n	X	SS		
7	64	172,25	16,25	58	173,50	16,45	0,178	0,674
8	63	177,75	15,67	63	178,37	16,77	0,046	0,831
9	50	185,00	19,59	53	184,71	19,57	0,006	0,941
10	53	190,26	18,52	53	190,79	21,70	0,018	0,893
11	57	196,77	19,43	60	203,67	26,90	2,503	0,116
12	53	200,83	23,27	52	205,67	23,90	1,107	0,295
13	55	206,91	25,02	55	220,18	27,21	7,093	0,009
14	50	221,98	26,35	52	223,65	24,34	0,224	0,637

Tablo 5. Erkek ve kız çocuklarının üst kol çevresine (ÜKÇ) göre şişmanlık oranları (%)

Yaş (Yıl)	Erkekler		Kızlar	
	Fazla kilolu	Obez	Fazla kilolu	Obez
7	1,56	1,56	3,45	0,00
8	0,00	1,59	0,00	0,00
9	2,00	0,00	0,00	0,00
10	1,89	0,00	1,89	0,00
11	0,00	0,00	1,67	1,67
12	0,00	0,00	0,00	0,00
13	0,00	0,00	3,64	3,64
14	4,00	0,00	0,00	0,00
Ortalama	1,18	0,39	1,33	0,21

erkeklerde daha yüksek olduğu görülür.

Üst kol çevresi (ÜKÇ) ölçülerinin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, bu ölçünün de ilerleyen yaşla birlikte arttığı görülmektedir (Tablo 4). Bu artış kız ve erkeklerde benzer miktarlardadır. Yapılan istatistiksel analizler, ÜKÇ açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olmadığını ortaya koymaktadır ($p>0,05$).

ÜKÇ değerine göre ortalama fazla kiloluluk ve obezite oranları kız ve erkeklerde benzer değerlere sahiptir (Tablo 5). Örneklemin geneli için ortalama fazla kiloluluk oranı erkeklerde yüzde 1,18, kızlarda yüzde 1,33'tür. Ortalama obezite oranı ise erkeklerde yüzde 0,39, kızlarda yüzde 0,21 olarak bulunmuştur.

Vücut yağ dokusunun, dolayısıyla şişmanlığın göstergelerinden birisi de triceps deri kıvrımı kalınlığıdır (TDKK). Bu ölçü, vücutta ekstremitelerdeki deri altı yağ birikimini yansıtmaktadır. Örnekleminde yer alan kız ve erkeklerde TDKK değerleri ilerleyen

yaşla birlikte artmaktadır (Tablo 6). Ayrıca 10 ve 11 yaş grubu dışındaki yaş gruplarında, TDKK değerleri cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Kızlar tüm yaş gruplarında daha yüksek değerlere sahiptir.

TDKK'ya göre ortalama fazla kiloluluk ve şişmanlık oranları erkek ve kızlarda birbirine benzemektedir (Tablo 7). Fazla kiloluluk erkeklerde yüzde 4,43, kızlarda yüzde 3,20 oranında, şişmanlık ise erkeklerde yüzde 0,89, kızlarda yüzde 0,23 oranındadır.

Obezitenin değerlendirilmesinde başvurulan diğer bir değişken subskapular deri kıvrımı kalınlığıdır (SDKK). Bu değişken vücudun merkezi bölgesindeki deri altı yağlanmanın miktarı hakkında bilgi vermektedir. SDKK değerleri, örnekleminde yer alan kız ve erkeklerde ilerleyen yaşla birlikte artış göstermektedir (Tablo 8). Ancak bu artışın, TDKK'da olduğu gibi, kız çocuklarında bir miktar daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Kızlarda bu değer istatistiksel olarak da anlamlı farklılık göstermektedir.

SDKK'ya göre ortalama fazla kiloluluk erkeklerde yüzde 4,25, kızlarda yüzde 4,39 oranında; obezite ise erkeklerde yüzde 1,34, kızlarda yüzde 0,39 oranındadır (Tablo 9).

Tartışma

Obezitenin belirlenmesinde çeşitli tekniklerden yararlanılmakla birlikte, en çok antropometri tercih edilmektedir. Ancak antropometrik ölçütlerden hangisinin obeziteyi belirlemede kullanılacağı yeterince açıklığa kavuşturulmuş bir konu değildir. Klasik yaklaşımda obezitenin BKİ'ye başvurularak

Tablo 6. Erkek ve kız çocuklarının triceps deri kıvrımı kalınlığı (TDKK) değerleri (mm)

Yaş (yıl)	Erkekler			Kızlar			F	p
	n	X	SS	n	X	SS		
7	64	8,55	2,32	58	9,99	2,46	10,940	0,001
8	63	8,58	2,88	63	10,57	2,68	16,228	0,000
9	50	9,68	3,48	53	11,36	3,62	5,776	0,018
10	53	9,83	2,95	50	11,05	3,54	3,704	0,057
11	57	10,68	4,21	60	11,87	3,98	2,452	0,120
12	53	10,08	4,21	52	11,82	3,77	4,990	0,028
13	55	10,38	3,88	55	13,51	5,07	11,640	0,001
14	50	10,87	5,78	52	13,49	4,35	6,142	0,015

saptanacağı benimsenmiştir. Ancak bazı araştırmacılar, BKİ'nin şişmanlık hakkında yanıltıcı bilgi verebileceğini savunmaktadır (12,21). Bu araştırmacılara göre aşırı beslenme bozukluğu olan bireylerde, vücut fazla su tutabilir, dolayısıyla da vücut ağırlığı artabilir. Buna ek olarak, aşırı kas kitlesi bulunan bireylerde de BKİ değerinin yüksek olacağı vurgulanmaktadır (12). Bu nedenle, kimi araştırmacılar obeziteyi saptarken, vücut yağı hakkında doğrudan bilgi veren deri kıvrımı

Tablo 7. Erkek ve kız çocuklarında TDKK'ye göre şişmanlık oranları (%)

Yaş (Yıl)	Erkekler		Kızlar	
	Fazla kilolu	Obez	Fazla kilolu	Obez
7	3,13	1,56	3,45	0,00
8	1,59	1,59	0,00	0,00
9	6,00	0,00	3,77	0,00
10	1,89	0,00	5,66	0,00
11	3,51	0,00	3,33	0,00
12	5,66	0,00	1,92	0,00
13	3,64	0,00	3,64	1,82
14	10,00	4,00	3,85	0,00
Ortalama	4,43	0,89	3,20	0,23

Tablo 8. Erkek ve kız çocuklarının subskapular deri kıvrımı kalınlığı (SDKK) değerleri (mm)

Yaş (yıl)	Erkekler			Kızlar			F	p
	n	X	SS	n	X	SS		
7	64	5,57	2,40	58	6,85	2,17	9,437	0,003
8	63	5,69	2,87	63	6,82	2,55	5,483	0,021
9	50	6,29	2,73	53	7,68	3,08	5,821	0,018
10	53	6,11	1,73	53	7,24	3,21	5,065	0,027
11	56	6,95	3,21	60	8,60	3,95	6,047	0,015
12	53	6,63	3,37	52	8,47	3,12	8,356	0,005
13	55	6,83	2,50	55	10,87	5,56	24,206	0,000
14	50	7,76	4,65	52	10,44	3,55	10,725	0,018

Tablo 9. Erkek ve kız çocuklarında SDKK'ye göre şişmanlık oranları (%)

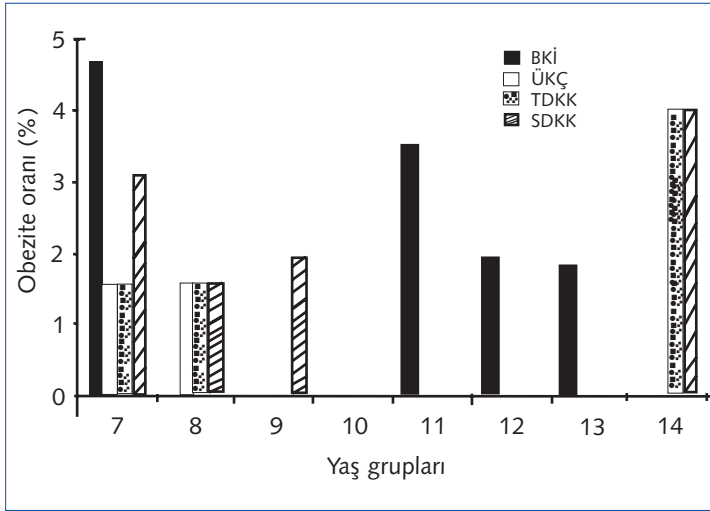
Yaş (Yıl)	Erkekler		Kızlar	
	Fazla kilolu	Obez	Fazla kilolu	Obez
7	4,69	3,13	3,45	3,45
8	6,35	1,59	6,35	0,00
9	6,00	2,00	1,59	0,00
10	1,89	0,00	5,66	0,00
11	3,57	0,00	5,00	0,00
12	5,66	0,00	3,85	0,00
13	1,82	0,00	7,27	3,64
14	4,00	4,00	1,92	0,00
Ortalama	4,25	1,34	4,39	0,39

kalınlığı ve çevre ölçülerini tercih etmektedirler (22). Araştırmamızda bu iki farklı yaklaşım dikkate alınarak, beden kitle indeksi, deri kıvrımı kalınlıkları (subscapular ve triceps deri kıvrımı kalınlığı) ve çevre ölçülerine (üst kol çevresi) göre fazla kiloluluk ve obezite oranları belirlenmiştir. Böylece obeziteyi belirlemede sıkça tercih edilen bu antropometrik ölçütlerin, varsa ortak ya da farklı yanları ortaya çıkarılmak istenmiştir.

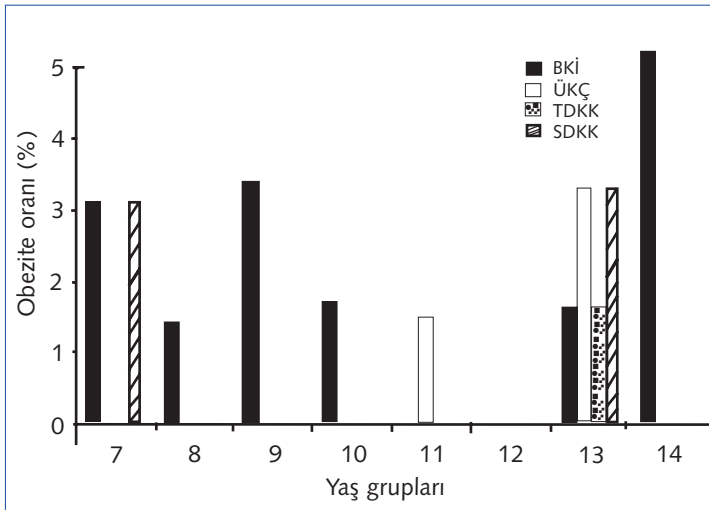
Antropometrik ölçütlerin şişmanlığı belirlemedeki farklılıklarını ortaya çıkarmak için öncelikle her bir ölçüt tek tek ele alınmış, daha sonra farklı ölçütlerden elde edilen sonuçlar karşılaştırılmıştır. Şekil 1 ve 2'den de görüleceği üzere, yaş gruplarına göre şişmanlık oranları kimi antropometrik değişkenlere göre yüksekken, kimi değişkenlere göre de belirgin ölçüde düşük çıkmaktadır. Bazı yaş gruplarında obeziteye hiç rastlanmamıştır. Örneğin erkeklerde yedi yaşında BKİ'ye göre obezite oranı diğer ölçütlere göre daha yüksekken, 8-9 ve 14 yaşlarında bu ölçütlere göre obezite görülmemiştir. Oysa aynı yaş grubunda diğer ölçütlere göre obezite bulunmaktadır.

BKİ, ÜKÇ, TDKK ve SDKK'ye göre ortalama obezite değerlerine cinsiyetler açısından bakıldığında, elde edilen değerlerin birbirine yakın olduğu görülür (Şekil 3). Örneğin BKİ'ye göre obezite erkeklerde yüzde 1,49 oranında iken, kızlarda yüzde 2,29 oranındadır. SDKK'ye göre ise bu oran erkeklerde yüzde 1,34 iken, kızlarda yüzde 0,39'dur. Bu durumda obezite oranlarının erkek ve kız çocuklarda benzer oranlarda karşımıza çıktığı söylenebilir.

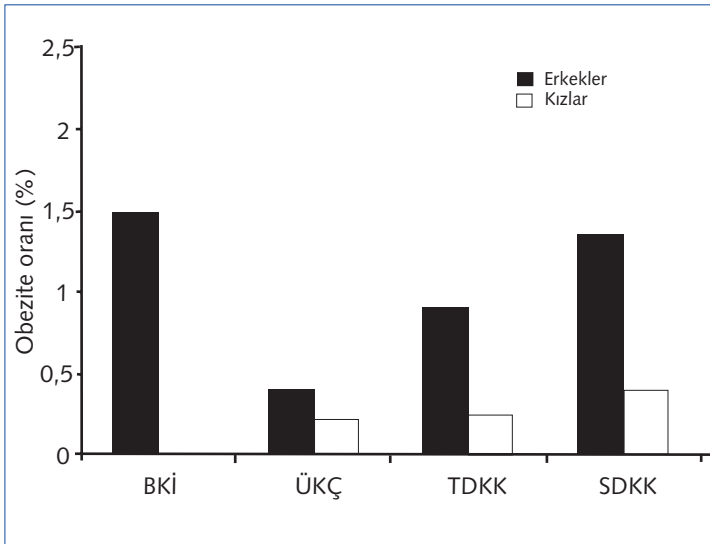
Antropometrik ölçütlerin obeziteyi belirlemede farklı sonuçlar verdiği literatürdeki çalışmalarda da görülmektedir. Örneğin, Eroğlu ve Büyükgebizin 7-11 yaşlarındaki çocuklar



Şekil 1. Erkeklerde çeşitli antropometrik ölçütlere göre elde edilen şişmanlık oranlarının yaş gruplarına göre dağılımı



Şekil 2. Kızlarda çeşitli antropometrik ölçütlere göre elde edilen şişmanlık oranlarının yaş gruplarına göre dağılımı



Şekil 3. Erkek ve kızlarda çeşitli antropometrik ölçütlere göre ortalama şişmanlık oranları

üzerinde yaptığı çalışmada (18) obezite oranı TDKK'ye göre yaklaşık yüzde 45 oranında iken, BKİ'ye göre bu oran yüzde 25'e düşmektedir. Benzer durum Duyar (15)'in çalışmasında da görülmektedir. Sözü edilen çalışmada 12-17 yaş grubundaki kız ve erkeklerde TDKK'ye göre obezite yaklaşık yüzde 17 oranında bulunurken BKİ'ye göre bu oran yüzde 21'dir. Bizim bulgularımız da antropometrik verilerin hangisi ya da hangilerinin şişmanlığın belirlenmede kullanılması gerektiği sorusuna yeterince yanıt verememektedir.

Öte yandan, obezite araştırmalarında antropometrik ölçütlerin güvenilirliği tartışma konusudur. Araştırmacıların bir kısmı antropometrik ölçütlerin vücut yağ miktarının tahmin edilmesinde yetersiz kaldığını belirtmektedir (23). Bu fikri savunan araştırmacılar, vücut yağının tahmininde manyetik rezonans (MR) görüntüleme, bilgisayarlı tomografi (BT) gibi yeni teknolojik tanı yöntemlerinin daha net bilgiler verebileceğini belirtmektedirler (24-26). Ancak bu yöntemler geniş popülasyonların obezite açısından taranmasında uygun değildir. Yakın zamanda kolay taşınabilir bir cihazla, kullanıcı deneyimi gerektirmeyen ve çabuk sonuç alınmasına olanak veren biyoelektrik impedans analiz (BIA) tekniği geliştirilmiştir. Yağsız doku kitlesi ve yağ dokusunun elektriksel geçirgenliğinin farklı olması esasına dayanan bu teknik, geniş kapsamlı araştırmalarda kullanılmaya başlamıştır (27-29). Bizim bulgularımız da obezite oranlarının, kullanılan antropometrik değişkenlere göre farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgulara dayanarak, antropometrik değişkenlerin, geniş çaplı taramalarda obezite sıklığının belirlenmesinde kullanılabileceğini, ancak bireysel değerlendirmelerde, özellikle kritik durumlarda, farklı yöntemlerin de dikkate alınması gerektiğini ifade edebiliriz.

İletişim: Dr. Derya Atamtürk

E-posta: derya_atm@yahoo.com

Kaynaklar

1. Mahan LK, Arlin M. Krause's food, nutrition and diet therapy, 9 th Editon, Philadelphia: WB Saunders Company; 1996.
2. Mazaik W, Ward KD, Stockton MB. Childhood obesity: are we missing the big picture? Obesity Reviews 2008; 9: 35-42.
3. WHO. (1998). Obesity: Preventing and managing

- the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, WHO/NUT/NCD/98:1.
4. Bundred P, Kitchiner D, Buchan I. Prevalence of overweight and obese children between 1989-1998: population based series of cross-sectional statistics. *Br Med J* 2001; 322: 326-328.
 5. Bjorntorp P. International textbook of obesity. 1. Baskıdan çeviri (Çev. M. Kahramanoğlu). İstanbul: and Yayıncılık; 2002.
 6. Ogden CL, Carroll MO, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CV, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States 1999-2004. *JAMA* 2006; 29:1549-1555.
 7. Rolland-Cachera MF, Castetbon K, Arnault N, Bellisle F, Romano MC, Lehingue Y, Frelut ML, Hercberg S. Body mass index in 7-9 y- old French children: frequency of obesity, overweight and thinness. *Int J Obes* 2002; 26: 1610-1616.
 8. Hubert H, Guinhouya CB, Allard L, Durocher A. Comparison of the diagnostic quality of body mass index, waist circumference and waist-to-height ratio in screening skinfold-determined obesity among children. *J Sci Med Sport* 2009; 12(4):449-451.
 9. Rerksuppaphol S, Rerksuppaphol L. Prevalence of overweight and obesity among school children in suburb Thailand defined by the International Obesity Task Force standard. *J Med Assoc Thai* 2010; 93 Suppl 2: 27-31.
 10. Hurley KM Cross MB, Hughes SO. A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *J Nutr.* 2011 Jan 26. (in press)
 11. Hegde SS, Ahuja SR. Assessment of percent body fat content in young and middle aged men: skinfold method v/s girth method. *J Postgrad Med* 1996; 42: 97-100.
 12. Garrow JS, Webster J. Qutelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *Int J Obes* 1985; 9: 147-153.
 13. Guillaume M. Defining obesity in childhood: current practice. *Am J Clin Nutr* 1999; 70:126-130.
 14. Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar SB, Adıyaman P, Öcal G. Ankara'da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2008; 58: 163-166.
 15. Duyar İ. Ergenlik çağında şişmanlık: üst sosyoekonomik düzeyde yer alan Türk çocukları üzerinde antropometrik bir araştırma. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi* 1993; 36: 79-88.
 16. Pecoraro P, Guida B, Caroli M, Trio R, Falconi C, Principato S, Pietrobelli A. Body mass index and skinfold thickness versus bioimpedance analysis: fat mass prediction in children. *Acta Diabetol* 2003; 40: 278-281.
 17. Martorell R, Kettel-Khan L, Hughes ML, Grummer-Strawn LM. Overweight and obesity in preschool children from developing countries. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24: 959-967.
 18. Eroğlu Y, Büyükgebiz B. İlkokul çocuklarının nutrisyonel durumlarının antropometrik değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1996; 39: 289-300.
 19. Weiner JS, Lourie JA. *Practical Human Biology*. London: Academic Press; 1981.
 20. Frisancho AR. *Anthropometric Standards for the Assessment of Growth and Nutritional Status*. Michigan: University of Michigan Press; 1990.
 21. Tyrrell VJ, Richards GE, Hofman P, Gillies GF, Robinson E, Cutfield WS. Obesity in Auckland of school children: a comparison of the body mass index and percentage body fat as the diagnostic criterion. *Int J Obes* 2001; 25: 164-169.
 22. Lohman TG. Skinfolts and body density and their relation to body fatness: a review. *Hum Biol* 1981; 53: 181-225.
 23. Fowler PA, Fuller MF, Glasbey CA, Foster MA, Cameran GG, McNeill G, Maughan RJ. Total and subcutaneous adipose tissue in women. The measurement of distribution and accurate prediction of quantity by using magnetic resonance imaging. *Am J Clin Nutr* 1991; 54: 18-25.
 24. Ferland M, Depres JP, Tremblay A. Assessment of adipose tissue distribution by computed axial tomography in obese woman: association with body density and anthropometric measurements. *Br J Nutr* 1989; 61: 139-148.
 25. Jakicic JM, Donely JE, Jawad AE, Jacobsen DJ, Gunderson SC, Pascale R. Association between blood lipids and different measures of body fat distributions: effect of BMI and age. *Int J Obes* 1993; 17: 131-137.
 26. Tang H, Vasselli R, Wu X, Boazar CN, Galagher D. High-resolution magnetic resonance imaging tracks change in organ and tissue mass in obese and aging rats. *Am J Physiol Regulatory Integrative Comp Physiol* 2002; 282: 890-899.
 27. Baumgartner RN, Chumlea WC, Roche AF. Impedance for body composition. *Exerc Sport Sci Rev* 1990; 18: 193-224.
 28. Guo SS, Chumlea WC, Cookram DB. Use of statistical methods to estimate body composition. *Am J Clin Nutr* 1996; 64: 428-435.
 29. Pecoraro P, Guida B, Caroli M, Trio R, Falconi C, Principato S, Pietrobelli A. Body mass index and skinfold thickness versus bioimpedance analysis: fat mass prediction in children. *Acta Diabetol* 2003; 40:278-281.

Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ortostatik Hipotansiyon ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi

Assessment of Orthostatic Hypotension and Affecting Factors in Elderly People Living in a Rest Home



Dr. Ayla Bayık Temel*, Hem. Kamile Dönmez**, Dr. Melek Ardahan*

Öz

Araştırma, yaşlılarda ortostatik hipotansiyon ve ortostatik hipotansiyona yol açan etmenlerin saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırma 140 yaşlının katılımı ile yürütülmüştür. Veriler, anket formuyla toplanmıştır. Yaşlıların arteriyel kan basıncı değerleri, önce yatar pozisyonda, daha sonra ayağa kalktıktan sonra 1-3 dakika içinde aynı kan basıncı ölçer kullanılarak ölçülmüştür. Ayağa kalktığına sistolik kan basıncında 20 mm Hg ve daha fazla azalma olanlar ortostatik hipotansif kabul edilmiştir.

Yaşlıların %50.0'ı, 65-74 yaş grubundadır. 140 yaşlıda ortostatik hipotansiyon görülme sıklığı %12.1, hipertansiyon görülme sıklığı %2.1 olarak belirlenmiştir. Ortostatik hipotansiyon ile yaş, cinsiyet, sigara içme, egzersiz yapma, yastık kullanma, kronik hastalıklar, sürekli kullanılan ilaçlar gibi değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Kurumda yaşlıların nitelikli bakım ve sağaltım olanaklarının olması ve ortostatik hipotansiyona yol açan etmenlerin ortadan kaldırılması, bu ilişkilerde fark bulunmamasında neden olarak düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: Yaşlı, Ortostatik hipotansiyon, Huzurevi.

Giriş

Yaşlılık, büyüme ve olgunluk devresinden sonra insan yaşamının Fransızların "Üçüncü çağ" dedikleri dönemidir (1). Bu sürecin kronolojik, sosyal, ekonomik, biyolojik ve psikolojik boyutları vardır. Yaşlılık sorunlarına aranacak çözüm, verilecek hizmetler; biyolojik ve bireysel yaşlanma şeklinde ortaya çıkan değişimlere yönelik olacaktır. Bu değişimlerin yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerini nasıl etkilediği saptanmalı ve hizmet planlanmasında temel olarak ele alınmalıdır (2).

Ortostatik hipotansiyon, tüm yaşlarda ortaya çıkabilmekle birlikte, görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Prevalansı %4-33 arasında değişir ve huzurevlerinde kalan yaşlılarda daha fazla görülmektedir (3,4). Tüm yaşlı bireylerin ise yaklaşık %15-35'inde görülür. Görülme sıklığı, 65-69 yaş arasında %14.8 iken; 85 ve üzeri yaşlarda %26 olarak belirtilmektedir

Abstract

The study was descriptively planned in order to determine orthostatic hypotension and affecting factors in the elderly.

The study was carried out with the participation of 140 elderly people. Data were collected via a questionnaire. Arterial blood pressure values of the participants were measured, first in resting position and then within 1-3 minutes after standing up, using the same sphygmomanometer. Individuals who had a 20 mm Hg or higher reduction in blood pressure after standing up were considered to have orthostatic hypotension.

50.0% of the elderly people were in the 65-74 age group. It was found that among 140 elderly individuals, the prevalence of orthostatic hypotension was 12.1% and the prevalence of hypertension was 2.1%. No significant relationship was found between orthostatic hypotension and variables such as age, gender, smoking, exercising, pillow use, chronic diseases and daily medications.

It was thought that availability of qualified care and treatment possibilities in the institution for elderly people and elimination of those factors causing orthostatic hypotension resulted in the absence of statistically significant differences.

Key words: Elderly, Orthostatic hypotension, Rest home

(5,6). Toplum içindeki yaşlı bireylerde görülme sıklığı %29, hastane ortamında %40, hemşire bakım evlerinde %20-33 arasında değişmektedir (7,8).

Ortostatik hipotansiyonun tanımı için gerekli belirti ve bulgular üzerinde tam bir anlaşma sağlanamamıştır. Etiyolojisinde birçok etmen rol oynayabilir (5). Bazı klinisyenler yatar pozisyondan ayakta durma pozisyonuna geçişte ortaya çıkan kan basıncındaki değişikliği ortostatik hipotansiyon (postural hipotansiyon) olarak değerlendirirler. Ortostatik hipotansiyonda ayağa kalkıldığında sistolik kan basıncında 20mmHg ya da daha fazla oranda azalma olması gerekir (5,6,9).

Kan basıncının düşmesi; yaşlılarda hareket, mental aktivite, bilinç durumunun değişmesine neden olmakta, düşmelere ve kazalara yol açmaktadır. Ortostatik hipotansiyondan

*Öğr. Gör.; Ege Ü. Hemşirelik YO, Halk Sağlığı Hemşireliği, İzmir

**Behçet Uz Çocuk Hastanesi Hemşiresi, İzmir

Tablo 1. Yaşlıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Yaş Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
64 ve altı	15	10.7
65-74	70	50.0
75-84	39	27.9
85 ve üstü	16	11.4
Cinsiyet		
Erkek	90	64.3
Kadın	50	35.7
Eğitim Durumu		
Okur- yazar değil	35	25.0
Okur-yazar	25	17.9
İlköğretim	52	37.1
Lise ve dengi	20	14.3
Yüksek öğrenim	8	5.7
Önceki İşi/ Meşguliyeti		
Serbest	70	50.0
Kamu Görevlisi	35	25.0
Hiç Çalışmamış/ Ev Kadını	35	25.0
Medeni Durum		
Evli	11	7.9
Bekar	29	20.7
Dul	100	71.4
Çocuk Sayısı		
Yok	58	41.4
1-2	44	31.5
3-4	28	20.0
5 ve üstü	10	7.1
Sosyal Güvence		
Yok	61	43.6
Emekli Sandığı	28	20.0
Bağ-Kur	8	5.7
SSK	32	22.8
Yeşil Kart	11	7.9
Huzurevine Gelme Nedenleri		
Yalnızlık	61	43.6
Maddi Olanaksızlık	5	3.6
Aile Üyeleriyle Anlaşamama	8	5.7
Hepsi	66	47.1
Kalma Süreleri		
1-5 yıl	83	59.3
6-10 yıl	35	25.0
11 ve üstü yıl	22	15.7
Toplam	140	100.0

kaynaklanan düşmeler, kırıklara, beyin sarsıntılarına, serebral kanamalara ya da diğer ciddi yaralanmalara neden olabilir. Yaşlı bireylerde bu komplikasyonlar genç bireylere

göre daha fazla görülmektedir (9). Ortostatik hipotansiyona bağlı olarak yaşanabilecek tüm bu komplikasyonlar, bireylerde düşme korkusuna, yaşam kalitesinin ve bağımsızlığın azalmasına, mortalitenin artmasına neden olur (6).

Yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunların yanında, yaşın da etkili olabileceği düşünülen, geriatride ortostatik hipotansiyonun önemi, etyolojisi, tanısı, insidansı, sağaltımı için gerekli stratejilerin belirlenmesi, gerekli hizmetlerin planlanması sık incelenmeyen ihmal edilmiş bir sorun olup, bu konuda araştırmalar oldukça sınırlıdır (9).

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, kurumda yaşayan yaşlılarda ortostatik hipotansiyonu incelemek, ortaya çıkmasındaki bazı etmenlerin etkisini belirlemek, yaşlılara gerekli girişimlerin ve sağaltımın başlamasını yönlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü İzmir/Buca Zübeyde Hanım Huzurevi'nde 286 yaşlı kalmaktadır. Fiziksel ya da mental yetersizlikleri olan (55 kişi), anket sorularını yanıtlamak istemeyen (20 kişi) ve araştırma döneminde izinli olan yaşlılar (11 kişi) araştırma kapsamına alınmamıştır. Bu nedenlerden dolayı, araştırma evrenini 200 yaşlı oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiş, yaşlıların tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Katılım oranı %70'dir (140 kişi). Veriler toplanmadan önce, Buca Zübeyde Hanım Huzurevi'nden izin alınmıştır.

Verilerin toplanmasında anket formu (24 soru) ve kan basıncı ölçerden yararlanılmıştır. Anket formu, yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Her bir anketin uygulama süresi 15 dakikadır. Ortostatik hipotansiyon saptanmasında tansiyonun doğru bir biçimde ölçülmesi önemlidir. Yapılan bir araştırmada, yaşlı ile çalışan 170 hemşirenin tansiyon ölçme becerileri incelenmiş, sonuçta tansiyonun %28 oranında kolun pozisyonu, %46 oranında ise manşetin doğru yerleştirilmemesinden kaynaklanan hatalarla yanlış ölçüldüğü saptanmıştır (10). Bu araştırmada da, gözlemci ve ölçümlerden kaynaklanabilecek hataları en aza indirmek ve tutarlılık denetimi sağlayabilmek amacıyla, ölçümler öncesinde yararlanılan kan basıncı ölçer kalibre edilmiştir. Gözlemci hatasını azaltacağı varsayımı ile ölçümler tek bir araştırmacı tarafından yapılmıştır. Yaşlıların arteriyel kan basıncı

Tablo 2. Ortostatik hipotansiyonu etkileyen etmenlerin dağılımı

Yaş Grubu	Ortostatik Hipotansiyon				Toplam	
	Var		Yok		n	%
	n	%	n	%		
64 ve altı	-	-	15	100.0	15	100.0
65-74	11	15.7	59	84.3	70	100.0
75-84	4	10.3	35	89.7	39	100.0
85 ve üstü	3	18.8	13	81.3	16	100.0
$X^2=3.45, SD=3 P=0.32672 p>0.05$						
Cinsiyet						
Erkek	10	11.1	80	88.9	90	100.0
Kadın	7	14.0	43	86.0	50	100.0
$X^2=0.25, SD=1 P=0.61606 p>0.05$						
Sigara						
İçen	6	11.3	47	88.7	53	100.0
İçmeyen	11	12.6	76	87.4	87	100.0
$X^2=0.054, SD=1 P=0.81619 p>0.05$						
Egzersiz						
Yapan	10	9.1	100	90.9	110	100.0
Yapmayan	7	23.3	23	76.7	130	100.0
$Fisher Kesin X^2= 0.053 p>0.05$						
Kronik Hastalıklar						
Yok	4	17.4	19	82.6	23	100.0
En az 1	4	8.3	44	91.7	48	100.0
En az 2	4	9.1	40	90.9	44	100.0
3 ve üstü	5	20.0	20	80.0	25	100.0
$X^2=3.078, SD=3 P=0.37981 p>0.05$						
Yakınma						
Yok	8	12.9	54	87.1	62	100.0
En az 1	4	7.8	47	92.2	51	100.0
En az 2	4	18.2	18	81.8	22	100.0
3 ve üstü	1	20.0	4	80.0	5	100.0
$X^2=1.959, SD=3 P=0.581 p>0.05$						
Toplam	17	12.1	123	87.9	140	100.0

değerleri, önce yatar pozisyonda ve ayağa kalktıktan sonra 1-3 dakika içinde, bir araştırmacı tarafından, aynı kan basıncı ölçer kullanılarak ölçülmüştür. Ayağa kalktığında sistolik kan basıncında 20mm Hg ve daha fazla azalma olanlar ortostatik hipotansif kabul edilmiştir. Yaşlıların kan basıncı ölçümlerinin yanı sıra vücut sıcaklığı ve nabız ölçümleri de yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi, SPSS paket programında gerçekleştirilmiştir. Ortostatik hipotansiyon ile yaş, cinsiyet, sigara içme, egzersiz yapma, yastık kullanma, nabız karakteri, vücut ısısı, kronik hastalıklar, sıvı kaybına neden olan yakınmalar, sürekli kullanılan ilaçlar gibi değişkenler arasında

ilişkilerin incelenmesinde ki-kare testi ve Fisher kesin ki-kare testinden yararlanılmıştır.

Bulgular

Tablo 1'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına giren yaşlıların %50.0'inin genç yaşlı (65-74 yaş), %27.9'unun orta yaşlı (75-84 yaş), yalnızca %11.4'ünün 85 yaş ve üstünde kalarak ileri derecede yaşlı olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %64.3'ü erkek, %35.7'si kadın olup, %37.1'inin ilkökul mezunu, %25.0'inin okuma-yazma bilmediği, %50.0'inin geçmişte serbest meslek sahibi olarak çalışmış olduğu, %25.0'inin kamu görevlisi, %25.0'inin hiç çalışmamış / ev kadını olduğu saptanmıştır. Yaşlıların %71.4'ü dul, %20.7'si bekar. Yaşlıların %31.5'inin 1-2

Tablo 2. Yaşlılarda ortostatik hipotansiyon görülme durumu ve etkileyen etmenlerin dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ortostatik Hipotansiyon Saptanma		
Yok	123	87.9
Var	17	12.1
Sigara İçme Durumu		
İçmeyen	87	62.1
İçen	53	37.9
Egzersiz Yapma Durumu		
Yapmayan	30	21.4
Yapan	110	78.6
Yastık Kullanımı		
Kullanmayan	10	7.1
Kullanan	130	92.9
Sıvı Tüketimi (günde)		
500-1000 ml	68	48.6
2000 ml ve üstü	72	51.4
Nabız Sayısı		
Normal	117	83.6
Bradikardi	-	0
Taşikardi	23	16.4
Hipertansiyon Görülme		
KB normal (Antihipertansif kullanıyor)	137	97.9
KB yüksek	3	2.1
Vücut sıcaklığı		
Normal	139	99.3
Yüksek	1	0.7
Toplam	140	100.0

çocuğu, %20.0'ının 3-4 çocuğu vardır. Sosyal güvencelerine bakıldığında, %22.8'i SSK, %20.0'ı Emekli Sandığı, %5.7'si Bağkur'a bağlıdır. Yaşlıların %43.6'sının ise güvencesi bulunmamaktadır. Yaşlıların %43.6'sı yalnızlık nedeniyle huzurevine gelmiştir. %59.3'ünün huzurevinde kalma süresi 1-5 yıldır.

Tablo 2'deki bulgular incelendiğinde, yaşlıların %62.1'inin sigara içmediği, %78.6'sının egzersiz yapmadığı, %92.9'unun yastık kullandığı, %51.4'ünün 2000 ml ve üstü sıvı tükettiği, %16.4'ünde taşikardi olduğu, yalnız %2.1'inde hipertansiyon görüldüğü, %99.3'ünün vücut sıcaklığının normal olduğu, %12.1'inde ortostatik hipotansiyon görüldüğü saptanmıştır.

Ortostatik hipotansiyon daha çok %18.8 oranı ile 85 ve üstü yaş grubunda, daha sonra %15.7 oranı ile 65-74 yaş grubunda, %10.3 oranında da 75-84 yaş grubunda

görülmektedir. 64 ve altındaki yaş grubunda ortostatik hipotansiyon hiç görülmemiştir. Ortostatik hipotansiyon ile yaş arasında yapılan ki-kare testinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($X^2=3.45$, $SD=3$ $P=0.32672$ $p>0.05$) (Tablo3).

Cinsiyet ile ortostatik hipotansiyon arasındaki ilişki incelendiğinde kadınlarda (%14.0), erkeklerden (%11.1) daha fazla görülmüştür. Ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.25$, $SD=1$ $P=0.61606$ $p>0.05$). Sigara kullanımı ile ortostatik hipotansiyon görülmesi arasındaki ilişki incelendiğinde; literatürde sigaranın kalp-damar hastalıklarına neden olarak, dolaylı yoldan ortostatik hipotansiyon etkeni olduğu belirtilmesine karşın, sigara içmeyenlerde (%12.6) ortostatik hipotansiyon, içenlerden (%11.3) daha fazla bulunmuştur. Yapılan analizde bu fark anlamlı bulunmamıştır ($X^2=0.054$, $SD=1$ $P=0.81619$ $p>0.05$). Egzersiz yapma alışkanlığı ile ortostatik hipotansiyon görülmesi arasındaki ilişki incelendiğinde, egzersiz yapmayanlarda (%23.3) egzersiz yapanlara oranla (%9.1) ortostatik hipotansiyon daha fazla görülmüştür. Ancak bu fark yapılan Fisher kesin ki-kare testinde anlamlı bulunamamıştır ($P=0.05398$). Araştırmada kronik hastalıklarla ortostatik hipotansiyon görülmesi arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($X^2=3.078$, $SD=3$ $P=0.37981$ $p>0.05$) (Tablo 3).

Bu araştırmada kabızlık, ishal, aşırı terleme, idrar inkontinansı gibi yakınmalardan üç ya da daha fazlasından yakınan yaşlıların %20'sinde, en az iki tanesinden yakınanların %18.2'sinde, en az birinden yakınanların %7.8'inde, hiçbir yakınması olmayanların ise %12.9'unda ortostatik hipotansiyon görülmüştür. Ancak istatistiksel olarak bu fark anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.959$, $SD=3$ $P=0.581$ $p>0.05$) (Tablo 3).

Antihipertansif ve dolaşım düzenleyicilerin kullanımı ile ortostatik hipotansiyon görülmesi arasında da anlamlı bir ilişkisi yoktur ($X^2=0.02575$ $P=0.87251$ $p>0.05$) Kardiyotoniklerin kullanımı ile ortostatik hipotansiyon görülmesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($X^2=3.09$ $P=0.07845$ $p>0.05$). Diüretiklerin kullanımı ile ortostatik hipotansiyon görülmesi arasında, denek sayısının yetersiz olmasından dolayı istatistiksel olarak yapılan Fisher kesin ki-kare testi

Tablo 3. Ortostatik hipotansiyonu etkileyen etmenlerin dağılımı

Yaş Grubu	Ortostatik Hipotansiyon				Toplam	
	Var		Yok		n	%
	n	%	n	%		
64 ve altı	-	-	15	100.0	15	100.0
65-74	11	15.7	59	84.3	70	100.0
75-84	4	10.3	35	89.7	39	100.0
85 ve üstü	3	18.8	13	81.3	16	100.0
$X^2=3.45, SD=3 P=0.32672 p>0.05$						
Cinsiyet						
Erkek	10	11.1	80	88.9	90	100.0
Kadın	7	14.0	43	86.0	50	100.0
$X^2=0.25, SD=1 P=0.61606 p>0.05$						
Sigara						
İçen	6	11.3	47	88.7	53	100.0
İçmeyen	11	12.6	76	87.4	87	100.0
$X^2=0.054, SD=1 P=0.81619 p>0.05$						
Egzersiz						
Yapan	10	9.1	100	90.9	110	100.0
Yapmayan	7	23.3	23	76.7	130	100.0
Fisher Kesin $X^2= 0.053 p>0.05$						
Kronik Hastalıklar						
Yok	4	17.4	19	82.6	23	100.0
1 hastalık	4	8.3	44	91.7	48	100.0
2 hastalık	4	9.1	40	90.9	44	100.0
3 ve üstü	5	20.0	20	80.0	25	100.0
$X^2=3.078, SD=3 P=0.37981 p>0.05$						
Yakınma						
Yok	8	12.9	54	87.1	62	100.0
En az 1	4	7.8	47	92.2	51	100.0
En az 2	4	18.2	18	81.8	22	100.0
3 ve üstü	1	20.0	4	80.0	5	100.0
$X^2=1.959, SD=3 P=0.581 p>0.05$						
Toplam	17	12.1	123	87.9	140	100.0

anlamsız bulunmuştur ($P=1.00$). Antipsikotik / antidepressanların kullanımı ile ortostatik hipotansiyon arasında denek sayısının yetersiz olmasından dolayı istatistiksel olarak yapılan Fisher kesin ki-kare testi anlamsız olarak bulunmuştur ($P= 0.26474$) (Tablo 4).

Yastık kullananlarda (% 12.3) yastık kullanmayanlara oranla (% 10.0) ortostatik hipotansiyon daha fazla görülmüş olmasına karşın, yastık kullanımı ile ortostatik hipotansiyon görülme sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde yapılan fisher kesin ki-kare testinde anlamlı ilişki bulunamamıştır ($P=1.00$), (Tablo 5). Günlük yeterli sıvı alımı ile ortostatik hipotansiyon arasındaki ilişki

incelendiğinde, yeterli sıvı alan yaşlılarda ortostatik hipotansiyon görülme oranı %9.7 bulunmuştur. Yetersiz sıvı alan yaşlılarda ise bu oran % 14.7'dir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($X^2=0.81416 P=0.36689 p>0.05$), (Tablo 5).

Tartışma

Araştırma kapsamına giren yaşlıların huzurevine gelme nedenlerine bakıldığında, %43.6'sının yalnızlık, %3.6'sının maddi olanaksızlık, %5.7'sinin aile üyeleri ile anlaşamama, %47.1'inin bu sayılan nedenlerin hepsinden dolayı huzurevini tercih ettikleri saptanmıştır. Köşgeroğlu ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada da, Eskişehir Bölgesi'nde

Antihipertansif	Ortostatik Hipotansiyon				Toplam	
	Var		Yok			
Yaş Grubu	n	%	n	%	n	%
Kullanan	11	11.8	82	88.2	93	100.0
Kullanmayan	6	12.8	41	87.2	47	100.0
$X^2=0.02575$ $P=0.87251$ $p>0.05$						
Kardiyotonikler						
Kullanan	10	18.2	45	81.8	55	100.0
Kullanmayan	7	8.2	78	91.8	85	100.0
$X^2=3.09$ $P=0.07845$ $p>0.05$						
Diüretikler						
Kullanan	1	7.7	12	92.3	13	100.0
Kullanmayan	16	12.6	111	87.4	127	100.0
Fisher Kesin $X^2=1.00$ $p>0.05$						
Antipsikotik/Antidepresan						
Kullanan	7	17.1	34	82.9	41	100.0
Kullanmayan	10	10.1	89	89.9	99	100.0
Fisher Kesin $X^2=0.26474$ $p>0.05$						
Toplam	17	12.1	123	87.9	140	100.0

Yastık Kullanımı	Ortostatik Hipotansiyon				Toplam	
	Var		Yok			
Yaş Grubu	n	%	n	%	n	%
Kullanan	16	12.3	114	87.7	130	100.0
Kullanmayan	1	10.0	9	90.0	10	100.0
Fisher Kesin $X^2=1.00$ $p>0.05$						
Günlük Sıvı Alımı						
Yetersiz	10	14.7	58	85.3	68	100.0
Yeterli	7	9.7	65	90.3	72	100.0
$X^2=0.81416$ $P=0.36689$ $p>0.05$						
Toplam	17	12.1	123	87.9	140	100.0

üç ayrı huzurevinde 50 yaşlıyı kapsayan araştırmalarında benzer biçimde yaşlıların %42.0'inin bakacak kimsesi olmadığı, %24.0'inin aile içindeki geçimsizlik, %14.0'inin ekonomik nedenlerle huzurevine yerleştikleri belirlenmiştir (11).

Yaşlılar arasında yaklaşık 1/3'ünden fazlasının sigara içtiği belirlenmiştir. Toplumda sigara içme yaygınlığının, yaşlılıkta yalnızlık, stres gibi nedenlerle daha da arttığı bilinmektedir (2). Yaygın sigara içme alışkanlığı kalp-damar hastalıkları sorunlarını da getireceğinden, yaşlıların bu zararlı alışkanlıktan vazgeçirilmesi için sağlık eğitimi programları uygulanması gerekmektedir. Yaşlıların 2/3'ünden fazlasının en azından

yürüyüş gibi egzersizler yapması; kalp-dolaşım, iskelet-kas sistemi açısından sorunların ortaya çıkmasında engelleyici yararlı davranışlar olarak değerlendirilmiştir (5,6). Dokuz yaşlı, dokuz genç gönüllü üzerinde yapılan araştırmaya göre; ayakta duran ve hareket eden gençlerde ortostatik hipotansiyon görülme oranı yaşlılara göre artmaktadır. Ayakta duran ve hareket etmeyen gençlerde ortostatik hipotansiyon oranı artarken, yaşlılarda ise azalmaktadır (12).

Kişinin başının ya da ayaklarının yastıkla yükseltilmesinin ortostatik hipotansiyonun önlenmesinde dolaylı olarak etkisi olduğu kaynaklarda yer almaktadır. Yaşlılarda yastık kullanma alışkanlığının bulunması bu nedenle yararlı olarak değerlendirilmiştir (5,9).

Bu araştırma kapsamındaki yaşlıların büyük çoğunluğunun antihipertansif, kardiyotonik, diüretik, antipsikotik/antidepresan ve narkotik analjezik gibi ilaçlar kullanıyor olmaları da hipotansiyonun kontrol altına alınmasında etkili olabilir. Alfa ve beta blokerleri, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler, insülin, opioidler, antidepresanlar, sedatifler, vazodilatörler ortostatik hipotansiyona neden olabilecek ilaç tedavileridir. Intravasküler hacmin azalması nedeniyle tek başına standart dozda diüretik ilaç tercih edilmelidir çünkü, belirgin dehidratasyona ve belirgin ortostatik hipotansiyona neden olmaktadır. Birçok antipsikotik ilaç dopamin antagonistidir. Sık görülen yan etkileri sedasyon, ortostatik hipotansiyon, ağız kuruluğu ve konstipasyondur. Başta trisiklikler olmak üzere antidepresan ilaçlar pek çok biyolojik sistemi etkilemektedirler. Bulanık görme, sedasyon, ortostatik hipotansiyon ve felç görülebilmektedir (13,14). Öte yandan, yaşlıların kurum içinde yaşıyor olmaları nedeniyle yeterli, dengeli ve gerekiyorsa diyet programlarıyla beslenerek, günlük yeterli sıvı almalarının da bu sorunun kontrolünü sağlamış olacağı varsayılabilir (6,15). Yaşlıların hemen hemen hepsinin vücut sıcaklıklarının normal olması, kurum içi yaşam ortamının, konfor alanının yeterli olduğunu düşündürmüştür (16).

Yaşlılar arasında ortostatik hipotansiyon görülme sıklığı % 12.1 olarak saptanmıştır. Fiziksel ve mental yetersizliği olan yaşlıların araştırma kapsamına alınmamış olmasının yaşlılarda ortostatik hipotansiyon görülme oranını etkilediği düşünülmektedir. Bu araştırmanın bir alan araştırması olmaması ve toplumu temsil eden bir örneklem üzerinde yürütülmemesi nedeniyle, sonuçlar ancak kuruma genellenebilir. Literatür bilgilerine göre, yürütülen değişik kurum ya da alan araştırmalarında yaşlılarda ortostatik hipotansiyon görülme sıklığının %6 ile %35 arasında değiştiği belirlenmiştir (5,6). Araştırmada elde edilen görülme sıklığı, literatür bilgilerine yansımış yaygınlık sınırları içindedir.

Ortostatik ya da postural hipotansiyon, yaşlıların yaklaşık %20.0'sinde görülür (3,4). Tan ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşlı bireylerin ortostatik hipotansiyon prevalansı 65-69 yaş arası kişilerde % 14.8, 69-85 yaş arası kişilerde %26 olarak bulunmuştur (17).

Huzurevinde yapılan bu çalışmada da yaş arttıkça ortostatik hipotansiyon görülme sıklığının arttığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına giren egzersiz yapmayan yaşlıların, pasif olarak, yatakta gün geçirmelerine bağlı olarak, venöz staz sonucu ortostatik hipotansiyon geliştirebilecekleri açıktır. Bu literatürde de belirtilmiştir (5,6) Kabızlık, Valsalva manevrasının yapılmasına, idrar inkontinansı, ishal ve aşırı terleme, sıvı-hacim kaybına ve dehidratasyona, bu sorunlar da sonuçta ortostatik hipotansiyona neden olur (11). Bu çalışmadan elde edilen oranlara bakıldığında da, yakınmaların sayısı arttıkça ortostatik hipotansiyon görülme sıklığı artmaktadır.

Araştırma kapsamına giren yaşlılar arasında antihipertansif ve diüretik kullanmayanlarda, kullananlara oranla ortostatik hipotansiyon görülme sıklığı daha fazladır. Buna karşın kardiyotonik, antipsikotik /antidepresan ve narkotik analjezik kullananlarda, kullanmayanlara oranla ortostatik hipotansiyon görülme sıklığı daha fazladır. Hipertansif ilaçlar, diüretikler, antipsikotikler / antidepresan ilaçlar ortostatik hipotansiyon nedenleridir. Bu tür ilaçlara ilk defa başlandığı zaman ortostatik hipotansiyon görülme riski yüksektir. Yaşlılarda da bu durum yaygın olarak görülmektedir (17). Kontrol ve deney grupları karşılaştırılarak yapılan bir çalışmada ise, antidepresan kullanımının aynı zamanda yaşlı bireyde görülen kalça kırıklarının artırdığı da görülmüştür (18). Sonuçta bu çalışmada, sürekli kullanılan ilaçlarla ortostatik hipotansiyon görülme sıklığının ilişkisi incelendiğinde anlamlı ilişkilerin bulunmamasında, fiziksel ve mental yetersizliği olan yaşlıların alınmamış olması, denek sayısının yetersizliğinin yanı sıra, tüm etkenlerin bileşik etkisinin varlığı düşünülebilir. Ancak her birinin potansiyel risk faktörü olduğu unutulmamalıdır.

Yastık kullanma ve günlük yeterli sıvı alım miktarı araştırma tarafından doğrudan ölçülmemiş, yaşlıların bildirimlerine dayalı toplanmıştır. Yaşlılarda bellek etmeninin etkisiyle unutma olasılığı göz önüne alınacak olursa, sonucun bu etmenlerden etkileneneği varsayılabilir.

Sonuç

Araştırma kapsamına giren yaşlıların % 12.1'inde ortostatik hipotansiyon saptanmıştır. Ortostatik hipotansiyon ile yaş, cinsiyet, sigara içme, egzersiz yapma, yastık kullanma, nabız karakteri (taşikardi), vücut sıcaklığı, kronik hastalıklar (Diyabet, hipertansiyon, kanser vb.), sıvı kaybına neden olan yakınmalar (ishal, kabızlık vb.), sürekli kullanılan ilaçlar (kardiyotonikler, diüretikler, analjezik vb.) gibi değişkenler arasında ayrı ayrı yapılan ki-kare önemlilik testinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kurumda yaşlıların nitelikli bakım ve sağaltım olanaklarının olması ve ortostatik hipotansiyona yol açan etmenlerin ortadan kaldırılması, bu ilişkilerin anlamlı bulunmamasının nedeni olarak düşünülmüştür. Ayrıca araştırma sınırlılıkları içinde yer alan, ağır fiziksel ve mental retardasyonu olan yaşlı hastaların bu çalışma kapsamına alınmamış olması, ortostatik hipotansiyonun tam olarak belirlenmesini olumsuz etkilemiş olabilir. Bu nedenle, bundan sonra ortostatik hipotansiyon üzerinde yürütülecek çalışmaların daha geniş bir örnekleme yapılmasının yararlı olabileceği düşünülmüştür. Araştırma sonuçları göz önüne alınarak, yaşlılarda ortostatik hipotansiyonun saptanması ve önlenmesi doğrultusunda öneriler geliştirilmiştir:

- Ortostatik hipotansiyonu hazırlayıcı etmenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar periyodik olarak yapılmalı, sağlık taramaları, rutin vital bulgular ve tansiyon izlemleri yapılmalı ve kaydedilmelidir.

- Ülkemizde yaşlılarda ortostatik hipotansiyon görülme sıklığına ilişkin toplumu temsil eden araştırmalar yoktur. Daha geniş sayıda yaşlıları içeren ve bu durumu temsil eden araştırmaların planlanması ve uygulanması önemli bir eksik olduğu için gereklidir.

- Sürekli yatak istirahatinin organizmaya zararlı etkilerini ortadan kaldırmak ve dolaşımı düzenlemek amacıyla kişinin 24 saat boyunca iki saatte bir pozisyon değişikliğinin sağlanması, yatak içinde ve dışında aktif ve pasif egzersizler yapılmasının yararlı olduğu düşünülerek egzersiz programları planlanması ve uygulanması önerilebilir.

Kaynaklar

- 1- Akyol Durmaz A. Yaşlılığın tanımı ve toplumsal konumu, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1996; 12: 75-92.
- 2- Karadakovan A. Yaşlanma ve Yaşlı Bireyin Bakımı. İzmir, 1994.
- 3- Bragg F, Kumar NP. Orthostatic hypotension in an octogenarian-an unusual presentation, Age and Ageing 2005; 34:307-309.
- 4- Tabara Y, Kohara K, Azechi T, Ohnishi M, Ueki S, Yano H, Nakura J, Miki T. Effects of time standing up on orthostatic blood pressure change in the elderly: The J-SHIP study, Geriatr Gerontol Int 2005; 5:254-258.
- 5- Sahni M, Lowenthal DT, Meuleman J. A clinical, physiology and pharmacology evaluation of orthostatic hypotension in the elderly, International Urology and Nephrology 2005; 37:669-674.
- 6- Sclater A, Alagiakrishnan K. Orthostatic hypotension: a primary care primer for assessment and treatment, Geriatrics 2004; 59:22-27.
- 7- Atli T, Keven K. Orthostatic hypotension in healthy elderly, Archives of Gerontology and Geriatrics 2006; 43:313- 317.
- 8- Chambers JC. Should we screen hospice inpatients for orthostatic hypotension? Palliative Medicine 2005;19:314-318.
- 9- Pendrak T. Orthostatic hypotension: catching the fall in BP, LPN 2005; 1:4-7.
- 10- Vloet LCM, Smits R, Frederiks WHL. Evaluation of skills and knowledge on orthostatic blood pressure measurements in the elderly patients, Age and Ageing 2002; 31:211-216.
- 11- Köşgeroğlu N, Aksoy F, Özkaya G. Huzurevlerinde ve Evde Yaşayan Yaşlıların Karşılaştıkları Sorunlar ve Baş etme Yollarının Değerlendirilmesi. Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği, 1992 Sempozyum Kitabı, Ankara, 338-350.
- 12- Kawaguchi T, Uyama O, Konishi M. Orthostatic hypotension in elderly persons during passive standing: a comparison with young persons, J Gerontol A. Biol. Sci. Med. Sci 2001; 56: 273-280.
- 13- Türk G, Eşer İ. Ortostatik hipotansiyonun önlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;11:32-36.
- 14- Akan P, Erdinçler D, Tezcan V, Beğler T. Yaşlıda ilaç kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics 1999; 2:33-38.
- 15- Bradley J, Davis KA. Orthostatic hypotension. American Family Physician 2003; 8:2393-2398.
- 16- Pekus M. Geriatrik Tıp. The Merck Manual, Teşhis ve Tedavi Kitabı, İstanbul, 1985, 1635-1639.
- 17- Tan RS, Philip P. Orthostatic hypotension in the elderly. part I: Role of drugs in etiology, Clinical Geriatrics Magazine Online,2001.
- 18- Walling A. Antidepressants and risk of hip fractures in the elderly, American Family Physician 1998.

İletişim: Dr. Melek Ardahan

E-posta: melekardahan@hotmail.com

Bir Yaşlılar Evinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlıklı Uyku Konusunda Bilgi Düzeylerinin Artırılmasına Yönelik Müdahale Araştırması

An Intervention Study On Promoting Level of Knowledge on Healthy Sleep Among Elderly Residents Living In a Nursing Home



*Dr. Ayşegül Satar**, *Dr. Emrah Şeyhoğlu***, *Dr. Şevin Yardımcı****,
*Dr. Yılmaz Yıldız*****, *Dr. Şerife Yoldaş******, *Dr. Dilek Aslan******

Öz

Amaç: Araştırmanın niceliksel kısmının amacı Ankara'da bir yaşlılar evinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin uyku sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin artırılması için uygulanan bir eğitim müdahalesinin değerlendirilmesidir. Çalışmanın niteliksel bileşeninde ise sağlık çalışanlarının yaşlıların uyku sağlığını geliştirici yönde görüş ve yaklaşımlarının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya kurumda kalan 53 kişi katılmıştır. Çalışmanın niceliksel bölümü yapılandırılmış bir eğitim programının uygulandığı müdahale çalışmasıdır. Eğitim öncesi katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir anket uygulanmıştır. Anket uygulamasından sonra eğitim müdahalesi uyku sağlığı konusunda eksik bilgilerin giderilmesi amacıyla yapılmıştır. Eğitimden üç gün sonra daha önce uygulanmış olan anket formu yeniden uygulanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin uygulandığı araştırmanın niteliksel bölümünde ise, sağlık çalışanlarının görüşlerinin alınması ve sürece katkılarının sağlanabilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: Katılımcıları çoğunluğu kadındır ve hiç çalışmamıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $77,08 \pm 5,80$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların uyku sağlığı konusundaki bilgileri, müdahale (eğitim) sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmıştır.

Sonuç: Sağlıklı uyku konusundaki sağlık eğitimlerinin yaşlı bakımevlerinde yaygınlaştırılması önerilmektedir. Eğitim verilirken küçük grupların oluşturulması, eğitim yönteminin belirlenmesinde kişilerin sosyokültürel ve öğrenim durumlarının göz önünde bulundurulması, katılımcıların uyku sağlığı ile ilgili bilgi düzeyindeki pozitif ve istendik yöndeki artışa katkı sağladığı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı sağlığı; Sağlıklı uyku, Müdahale; Sağlık eğitimi

Abstract

Aim: Aim of the quantitative part of this research is to assess the education intervention which was conducted to increase the level of knowledge on sleep quality and hygiene among 65 years of age and older individuals living in a nursing home in Ankara. The qualitative part aimed to contribute elderly residents' healthy sleeping through the views and approaches of the health professionals working in the nursing home.

Material and method: Fifty-three elderly residents participated in the study. The quantitative part of the study was an intervention study in which a structured education model has been conducted. A questionnaire prepared by the researchers was applied before the training. After the first questionnaire, researchers trained the elderly residents in order to increase their level of knowledge on sleep quality and hygiene (healthy sleep). The same questionnaire used before was applied three days after the education. In the qualitative part, views and approaches of the health professionals working in the nursing were determined home via "semi-constructed interview" technique.

Findings: Majority of the participants were females who had never worked. Mean age of the participants was $77,08 \pm 5,80$. Participants' knowledge on healthy sleep statistically significantly increased after the intervention (education) program.

Conclusion: Education on healthy sleep is recommended to become prevalent in nursing homes. Organizing training in smaller groups, taking into consideration of the participants' socio-cultural and education status could have contributed to the positive and intended changes in level of knowledge among elderly residents.

Key words: Elderly health; Healthy sleep; Intervention; Health education

*Çalışmıyor

** Bursa Muammer Ağım Gemlik Devlet Hastanesi, Bursa

***3 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Ağrı

****Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. AD, Ankara

****Arş. Gör.; Atatürk Eğitim ve Arş. Hast. Kadın Hast. ve Doğum Kliniği, Ankara

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

Giriş

Uyku, her bireyin günlük yaşamının normal ve önemli bir parçasıdır. İnsanlar, genellikle uykuda fiziksel olarak aktif olmadıklarını düşünürler; ancak uykunun kişiyi uyanık durumdaki daha düzenli ve aktif işlevlere hazırlayan bir bedensel işlev süreci olduğu bilinmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık ve iyilik hali için kaliteli uykunun gerekli olduğunu belirtmektedir (2). Kaliteli bir uyku, yeterli sürede olmalı ve kişinin sirkadiyen ritmiyle uyum göstermelidir (3). Uyku kalitesinin gerilemesi, tüm yaşlarda sağlığın bozulması ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olur (2,4,5). Uyku kalitesindeki düşme ise yorgunluk, gün içinde uyuklama, bağışıklık sisteminde bozulma, hipertansiyon ve diğer kardiyovasküler hastalıklar, iş ve araç kazalarında artış, dikkat, güdülenme ve başarımda bozulma, bilişsel kapasite ve zihinsel yoğunlaşma yeteneğinde azalma, stresle baş edememe, duygudurum bozuklukları gibi sorun yol açabilir (2).

Uyku bozuklukları toplumda çok yaygın olup birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranların yaklaşık %20'sinde saptanmaktadır. Uyku bozukluğu sıklığı yaşla birlikte artış göstermekte, 65 yaş üzeri bireyler arasında %50'ye ulaşmaktadır (1). Bu sıklık, huzurevi gibi uzun süreli bakım evlerinde kalan yaşlılarda %65'e yükselmektedir (3). Ancak; çalışmalar, yaş etmeninin kalitesiz uykuya tek başına neden olmadığını, uyku sorunlarının yaşlıların uykuyu sürdürme becerilerindeki azalmanın sonucu olduğunu göstermektedir. Uykuyu sürdürme becerisindeki azalmanın yaygın nedenleri arasında, sirkadiyen ritimlerinin bozulmasına ek olarak, eşlik eden sağlık sorunları ve bu sorunların tedavilerinde kullanılan ilaçlar yer almaktadır (6).

Uyku ile ilgili davranışların değişebilmesi için bilgi düzeyinin değişimi önemli bir adımdır. Uyku ve sağlık arasındaki ilişkinin yaşlılar tarafından kavranabilmesi için eksik ve yanlış bilgilerin giderilmesi, doğru bilgilerin yaygınlaştırılması önemlidir. Bilgilerin artmasının da belirli bir zaman sonra davranışların istedik yönde gelişmesine katkı sağlaması beklenir. Bu konuda Japonya'da 2002-2003 yıllarında Yamaguchi Üniversitesi intern öğrencileri üzerinde yapılan bir

çalışmada, uyku hijyeni konusunda basit bir eğitimin internlerin uyku sağlığı üzerinde etkili olup olmadığı araştırılmıştır. Uyku hijyeni konusunda temel bilgileri içeren 90 dakikalık bir eğitim sonrasında, bireylerin uyku hakkında bilgi düzeylerinde, uykusuzlukla başa çıkma becerilerinde ve uykularında bir iyileşme görülmüştür (7). Öte yandan 2004 yılında Sivagnanam ve arkadaşları tarafından Chengalpattu tıp okulu 600 son sınıf öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin uyku ile ilgili bilgi düzeyleri ölçülmüş ve uyku alışkanlıkları belirlenmiştir. Bilgi düzeyi ile uyku alışkanlıkları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Uyku bilgi düzeylerinde yetersizlik saptanan öğrencilere uyku sağlığı konusunda eğitim verilmemiştir. Ancak uyku sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini artırmak için eğitim stratejileri geliştirilmesinin gerekli olduğu vurgulanmıştır (8). Bütün bu veriler uyku özelinde sağlık eğitimine gereksinimin önemini vurgulamaktadır. Sağlık eğitimi, sağlığı geliştirmek için, insanların karşılaştıkları sağlık riskleri ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmalarını, doğru davranışı istemelerini ve bunu yapabilmelerini sağlayan, amaç ve hedeflerin belirlendiği eğitim programları ile toplumsal davranış geliştirme yollarıdır. Sağlık eğitimi, insanların sağlıkla ilgili davranışlarında değişiklik yapmak, alışmadıkları iyi uygulamalara alıştırmaktır. Kısaca iyi davranışları alışkanlık haline getirmektir (9,10). Kısa dönemde bireylerin gereksinim duyulan konuyla ilgili bilgi düzeylerini artırmayı amaçlayan sağlık eğitimi, uzun dönemde bireylerin davranışlarında değişiklik oluşturmayı amaçlar. Bireylerin gereksinimleri doğrultusunda belirlenen sağlık eğitimi konuları kapsamında yer alan uyku sağlığı eğitiminin yararı literatür bilgilerince de desteklenmektedir (7).

Niceliksel ve niteliksel bileşenleri olan bu çalışmanın niceliksel kısmının amacı Ankara'da bir yaşlılar evinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin uyku sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin saptanması, yapılan eğitim girişimi aracılığı ile var olan eksik ve yanlış bilgilerin giderilmesine katkı sağlanması olmuştur. Araştırmanın niteliksel bileşeninde ise, sağlık çalışanlarının yaşlıların uyku sağlığını geliştirici yönde görüş ve yaklaşımlarının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın yeri, evreni ve örnekleme

Araştırma, Ankara'da bir ilçe belediyesine ait yaşlılar evinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 01.06.09 tarihinde kurumda kalan 79 sakin oluşturmuştur. Bunlardan 18'i veri toplama formunu doldurmaya engel oluşturacak nöropsikiyatrik hastalık nedeniyle; kalanların da dördü 65 yaşın altında olduğu için çalışma dışı bırakılmıştır. Kalan 57 kişiden dördü veri toplama formunun uygulanmasını kabul etmemiş, 53 kişi araştırmaya katılmıştır.

Araştırmanın tipi

Araştırmanın iki bileşeni bulunmaktadır. Niceliksel bölüm bir müdahale çalışmasıdır. 01.06.2009 tarihinde katılımcılara uyku ve sağlık arasındaki ilişkiye dair bilgi düzeyini değerlendiren veri toplama formu uygulanmıştır. 04.06.2009 tarihinde katılımcılara beşer kişilik gruplar şeklinde 30 dakikalık bir eğitim verilmiştir. 08.06.2009 tarihinde bilgi düzeyini değerlendiren form ikinci kez uygulanmıştır.

Araştırmada; öneriler geliştirilirken sağlık çalışanlarının görüşlerinin alınması ve süreç katkılarının sağlanabilmesi için niteliksel bir bölüm kurgulanmıştır. Bu bölümde "Yarı Yapılandırılmış Görüşme" tekniği 18 Haziran 2009 tarihinde saat 14.00-14.40 arasında yapılmıştır. Görüşmeye yaşlılar evinde sağlık hizmeti sunan hekim, psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanı katılmıştır. Önceden kararlaştırılmış soruların sorulup yanıtların alındığı görüşme 40 dakika sürmüştür. Görüşme, katılımcıların izniyle ses kayıt cihazına kaydedilmiş (Sony M-570U Microcassette Recorder); görüşme sonrası çözümlenmeler tamamlanmıştır.

Araştırmanın veri kaynakları ve verilerin toplanması ve değerlendirilmesi

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından, hazırlanan veri toplama formu rehberliğinde yüz yüze görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Formda katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, kronik hastalık varlığını, ilaç kullanımını, yaşam ve uyku alışkanlıklarını ve uyku sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendiren sorulara yer verilmiştir.

Veri toplama aşamasından sonra "uyku sağlığı eğitimi" de aynı kişilerce verilmiştir. Eğitim; beşer kişilik gruplara aynı gün içinde sözel olarak verilmiş, uyku ile ilgili genel

bilgileri ve kaliteli uykunun sağlanmasına yönelik bireylerin uygulayabileceği önerileri kapsamıştır. Eğitim sonrasında, veri toplama formunun bilgi düzeyini ölçen bölümü yinelenmiştir.

Katılımcıların bilgi düzeyini değerlendirmek için ilgili 18 sorunun kaç tanesinin doğru olarak yanıtlandığı hesaplanmıştır. Formda yer alan bilgi sorularına verilen doğru yanıtlar için "1 puan", yanlış ya da fikrim yok yanıtı için "0 puan" verilmiştir. Alınması beklenen maksimum puan 18 olmuştur. Değişkenlerin analizinde McNemar testi ve bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır.

Araştırmanın niceliksel bölümünün verilerinin girişi ve analizi için SPSS 15.0 (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) kullanılmıştır (11).

Araştırmanın niteliksel kısmı (yarı yapılandırılmış görüşme) için yaşlılar evinde sağlık hizmeti sunan hekim, psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanına aşağıdaki sorular sorulmuştur:

1. Size göre burada yaşayan yaşlıların uyku durumu ile genel sağlık durumları arasında bir ilişki var mı? Nasıl?

2. Size göre genel olarak yaşlılar neden uyku sorunu yaşıyor?

3. Burada yaşayan yaşlılar uyku sorunu yaşadıkları zaman ne yapmaktadırlar? Size hiç başvuruyorlar mı?

Görüşmede bir araştırmacı moderatör, diğer görüşmeciler de kayıt tutma görevlerini tamamlamışlardır.

Etik konular

Araştırmanın yapıldığı kurumun bağlı olduğu belediyeden yazılı, yaşlılar evi müdürlüğünden sözlü izin alınmıştır. Araştırmacılar, uygulama öncesi kendilerini ve çalışmayı tanıtmış, katılımcılardan sözlü onamları almışlardır. Katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır.

Ön deneme

Veri toplama formunun ön denemesi 29.05.2009 tarihinde araştırmacıların staj yaptığı birinci basamak sağlık kurumuna başvuran 65 yaş ve üzeri 20 kişide uygulanmıştır. Uygulama sonrası gerekli görülen değişiklikler yapılmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri (Haziran 2009)

	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	18	34,00
Kadın	35	66,00
Yaş		
65-69	4	7,50
70-74	11	20,80
75-79	18	34,00
80-84	16	30,20
85 ve üzeri	4	7,50
Ortalama±ss	77,08±5,80	
Ortanca	77	
Çalışma durumu		
Hiç çalışmamış	30	56,60
Esnaf emeklisi	6	11,30
Çiftçi emeklisi	5	9,40
Memur emeklisi	5	9,40
İşçi emeklisi	4	7,50
Diğer*	3	5,70
Medeni durumu		
Evli	3	5,70
Hiç evlenmemiş	8	15,10
Eşi ölmüş / eşinden ayrı	42	79,20
Öğrenim durumu		
Hiç okula gitmeyen	27	50,90
İlkokuldan terk	7	13,20
İlkokul mezunu	13	24,50
Ortaokul mezunu	4	7,50
Lise mezunu	2	3,80
Çocuk sayısı		
Çocuğu yok	23	43,40
Çocuğu var	30	56,60
1-2 çocuk	9	30,00
3-4 çocuk	12	40,00
5 çocuk ve üzeri	9	30,00
Ortalama	3,50	
Ekonomik durumu		
İyi	9	17,00
Orta	30	56,60
Kötü	14	26,40
Toplam	53	100,00

Bulgular

Araştırmanın bulguları, "Niceliksel Bulgular" ve "Niteliksel Bulgular" başlıkları altında sunulmuştur. "Niceliksel Bulgular" kapsamında sırasıyla sosyodemografik özellikler, sağlık davranışları ve hastalık varlığı, uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve uyku sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri konuları yer alırken "Niteliksel Bulgular" başlığı altında ise Keçiören Yaşlılar Köşkü'nde görevli bazı sağlık çalışanları ile yapılan yarı-yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

A. Niceliksel bulgular

Yaşlılar evinde yaşayan ve araştırmaya katılan bireylerin 35'i kadın (%66,00) ve 18'i

erkektir (%34,00). Katılımcıların yaş ortalaması $77,08 \pm 5,80$ olarak hesaplanmıştır. Grubun çoğunluğu (30 kişi; %56,60) hiç çalışmamıştır. Yaşlıların %79,20'si (42 kişi) eşinden ayrılmış ya da eşini kaybetmiştir. Öğrenim durumu açısından ise yaklaşık her iki katılımcıdan birisi (27 kişi; %50,90) hiç okula gitmediğini bildirmiştir. Grup içinde 30 kişinin (%56,60) çocuğu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğu (30 kişi; %56,60) ekonomik durumunu "orta" olarak değerlendirmiştir (Tablo 1).

Katılımcıların yaklaşık yarısı (24 kişi, %45,30) kurumda 1-4 yıldır yaşamakta iken burada kalma sürelerinin ortalaması $65,58 \pm 58,36$ ay olarak hesaplanmıştır. Yaşlıların neredeyse tamamı (51 kişi, %96,20) buraya gelmeden önce bir ev ortamında yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kuruma gelmeden önce katılımcıların %34,00'ü (18 kişi) eşiyile, %28,30'u (15 kişi) yalnız yaşamakta olup buraya gelme nedenleri arasında birlikte yaşamakta olduğu kişinin ölmesi ya da bu kişiden ayrılma ilk sırayı almaktadır (19 kişi, %35,80) (Tablo 2).

Uyuyamayınca farklı bir şey yapıp yapmadıkları sorulduğunda, katılımcıların %66,00'ü (35 kişi) uyuyamadıkları süre zarfında başka hiçbir şey yapamadıklarını belirtmişlerdir. Yataktan kalkmak, oturmak, dolaşmak uyuyamayınca katılımcıların davranışlarıdır. Beş katılımcı (%9,40) son 6 ay içinde uyku sorunu nedeniyle bir hekime başvurmuştur. Bu başvuruların dördünü (%80,00) kurum hekimine olan başvurular oluşturmakta iken, beş hastanın dördüne uyku ilacı önerilmiş ve bunlardan ikisi ilacı düzenli kullanmıştır. Beş hastanın biri sorunun tümüyle geçtiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Çalışmaya katılan yaşlılara uyku sağlığı ile bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla kaliteli uykunun ne anlama geldiği sorulmuştur. Kaliteli bir uykunun hem rahat, hem canlandırıcı olması gerektiğini belirtenlerin yanıtları doğru, bunlardan birini söyleyenlerin yanıtları eksik, diğer yanıtlar yanlış kabul edilmiştir. Buna göre, eğitim öncesinde bu soruya katılımcıların ikisi (%3,70) doğru, 30'u (%56,60) eksik, 21'i (%39,60) yanlış yanıt verirken; eğitim sonrasında 16'sı (%30,20) doğru, 32'si (%60,40) eksik, beşi (%9,40) yanlış yanıt vermiştir. Uyku ile genel sağlık durumu

Tablo 2. Katılımcıların YK'de bulunmaları ile ilgili bazı bilgiler (Haziran 2009)

	Sayı	%
YK'de kalma süresi (yıl)		
1 yıldan az	2	3,80
1-4	24	45,30
5-9	21	39,60
10 ve üzeri	6	11,30
Ortalama (ay)±ss	65,58±58,36	
Ortanca (ay)	60	
YK'ye gelmeden önce nerede yaşadığı		
Evde	51	96,20
Başka bir kurumda	1	1,90
Otelde	1	1,90
YK'ye gelmeden önce kiminle birlikte yaşadığı		
Eşiyile	18	34,00
Yalnız	15	28,30
Çocukları ile	14	26,40
Diğer akrabaları ile	3	5,70
Arkadaşları ile	1	1,90
Hemşire ile	1	1,90
Başka bir kurumda	1	1,90
YK'ye yerleşme nedeni		
Birlikte yaşadığı kişinin ölmesi / ayrılma	19	35,80
Başka seçenek olmadığı için kendi tercihi	11	20,80
Yalnız kalmak istememesi	10	18,90
Gidecek başka bir yerinin olmaması	7	13,20
Kendine bakacak durumda olmaması	6	11,30
Toplam	53	100,00

arasında bir ilişki olup olmadığı da değerlendirilmiştir. Eğitim öncesinde katılımcıların 11'i (%20,80) ilişki olduğunu, 35'i (%66,00) ilişki olmadığını belirtirken, yedisi (%12,20) fikri olmadığını söylemiştir. Eğitim sonrasında ise katılımcıların 48'i (%90,60) ilişki olduğunu açıklamış, beşi (%9,40) fikir belirtmemiş, ilişki olmadığını söyleyen olmamıştır (Tablo 4).

Çalışmaya katılan yaşlılara, uykuyu etkileyen bazı etmenlerin uyku kalitesini bozup bozmadığı sorulmuş, yanıtları "Bozar", "Bozmaz", "Fikrim yok" başlıkları altında sınıflandırılmıştır. Örneğin, eğitim öncesinde katılımcıların %75,50'ü düzenli spor yapmanın uykuyu bozmadığını belirtirken bu değer eğitim sonrasında %98,0'dır. Benzer biçimde, katılımcıların %47,20'ü eğitim öncesinde sigara içmenin uykuyu bozduğunu ifade ederken, eğitim sonrasında bu değer %75,50 olmuştur. Eğitim sonrası verilen doğru yanıtların sıklığının eğitim öncesinde verilen doğru yanıtların sıklığından fazla olduğu görülmüş ve bu değişimin bahsi geçen tüm sorular için istatistiksel olarak anlamlı olduğu hesaplanmıştır (Tablo 5).

Katılımcılara uyku hijyenine ilişkin bazı önermeler okunmuş ve bunların doğru ya da

yanlış olduğunu belirtmeleri istenmiştir. Yaşlıların uyku hijyeni ile ilgili verdikleri doğru yanıtlar yapılan eğitim sonrasında artmıştır. Örneğin, "uyku tutmayınca uykuya dalmak için yataktan çıkmadan uyumaya çalışmak gerekir" önermesinin yanlış olduğunu bilenlerin sayısı 13'ten 46'ya, "uyku sorunu yaşayanların şişman olma riski vardır" önermesinin doğru olduğunu bilenlerin sayısı 8'den 38'e yükselmiştir. Eğitim sonrasında doğru yanıtlardaki bu artışlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 6).

Katılımcıların uyku hijyeni ile bilgilerinin eğitim öncesi ve sonrasındaki ortalama düzeylerini incelemek amacıyla sorulan 18 sorunun kaç tanesinin doğru olarak yanıtladığı hesaplanmıştır. Buna göre katılımcılar eğitim öncesinde soruların ortalama 9,11±2,51'ini doğru olarak yanıtlarken; eğitim sonrasında soruların ortalama 14,64±2,05'i doğru olarak yanıtlanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası ortalamalar arasındaki 5,53 doğru yanıtlık bu değişim, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,0001) (Tablo 7).

B. Niteliksel bulgular

Araştırmanın niteliksel bulguları, yaşlılar evinde çalışan sağlık personelinin sunulan hizmete, sorunların boyutuna ve geliştirilmesine yönelik görüş ve katkılarının alınması kapsamında sorulan sorulara alınan yanıtlar üzerinden kurgulanmıştır.

Katılımcılara sorulmuş olan ilk soru kurumda yaşayanların uyku durumu ile genel sağlık durumu arasında bir ilişki olup olmadığıdır. Bu soruya verilen yanıtlar sağlık çalışanlarının konu ile ilgili görüşlerinin olduğunu ortaya koymuştur.

"Uyku bir dinlenme hali; genel, yorulmuş bir vücudun gereksinimi olan bir dinlenme hali ve rahatlama halidir aslında. Vücudun kendini rahatlatmak için yaptığı bir işlemdir. Dolayısıyla bu eyleme geçebilmesi için tabii ki kişinin kendisini huzurlu ve rahat hissetmesi lazım. Eğer insanın vücuduyla ilgili var olan değişik hastalıkları varsa, bu durum uykuya dalmakta muhakkak sorun yaratacaktır. Mesela kronik bir bronşit, KOAH hastanın yatağa yattığı zaman uyumasını daha da zorlaştıran bir unsur olabilir. Osteoartritte ağrılar gece saatlerinde arttığı için uyku sağlığını bozabilir. Psikozlar, depresyonlar;

Tablo 3. Katılımcıların uyku sorunları ile ilgili bazı davranışları (Haziran 2009)

	Sayı	%
Uyuyamama durumunda yapılanlar		
Hiçbir şey	35	66,00
Bazı davranışlar	18	34,00
Kalkıp oturur / dolaşır	9	50,00
Bir şeyler yer/ içer	3	16,70
Uyku ilacı alır	3	16,70
Okur	2	11,10
Duş alır	1	5,60
Uyku sorunu nedeniyle son 6 ayda herhangi bir hekime başvurma durumu		
Hayır	48	90,60
Evet	5	9,40
Başvuru zamanı		
Son 2 ay içinde	2	40,00
Son >2-4 ay içinde	2	40,00
Son >4-6 ay içinde	1	20,00
Başvurulan kişi		
Kurum hekimine	4	80,00
Hastaneye	1	20,00
Başvuruda öneriler		
Uyku ilacı	4	80,00
Hiçbir şey önerilmedi	1	20,00
Başvuru sonrası öneriler		
İlacı düzenli kullandı	2	40,00
İlacı düzensiz kullandı	2	40,00
Hiçbir şey yapmadı	1	20,00
Sorunun geçip geçmediği		
Tümden geçti	1	20,00
Kısmen geçti	2	40,00
Geçmedi	2	40,00
Toplam	53	100,00

bunlar insanın uykuya dalmasını zorlaştırabilir. Ruh sağlığıyla ilgili, eğer insanın kafasında birtakım sorunlar, huzursuzluk hisleri varsa, bunlar uykuya dalmayı geciktirebilir ya da geceleri nedensiz yere uyanmalara ağır ilaç

kullanıyor olmaları sebep olabilir. Bu yüzden uyku, insanda iyilik halinin varlığını gösteren bir durumdur. İnsanın iyi uyuyabilmesi için ilk etapta vücutsal ve ruhsal sağlığının yerinde olması gerekir. Şimdi ne yazık ki yaşla birlikte vücutta uykuya geçerken gevşeyememe, kas tonusunun azalmasında sıkıntı olabiliyor ve bunlardan biri de çene kaslarıdır. Artı, yaşla birlikte ortaya çıkan obezite, bunlar yatağa yattığı zaman rahat nefes alıp vermelerini engelliyor mesela. Bunlar da uyku sağlığını bozuyor. Dili, çenesi geriye doğru kaçan bir insan, geceleri çok fazla horladığı için iyi uyku uyuyamayabiliyor. Uyandığı zaman en azından kendini daha çok dinlenmiş, daha rahatlamış hissetmiyor. Sonuç olarak şunu söylemek lazım ki evet uyku hali insanın genel vücut sağlığıyla çok alakalı bir durum. İyi bir uyku için iyi bir vücut sağlığı muhakkak şart" (Erkek, 43 yaşında)

Yapılan görüşmede, sağlıklı uyku ile ilgili net bir tanıma gereksinim duyulduğu ifade edilmiştir.

".....Yaşlılıkta normal uykuyu tanımlayabilir miyiz, nedir? Normal uykuyu, en azından süre olarak?..." (Erkek, 43 yaşında)

Katılımcılara "Size göre genel olarak yaşlılar neden uyku sorunu yaşıyor?" sorusu görüşmenin ikinci sorusu olarak yöneltilmiştir. Katılımcılar yaşlıların yaşadıkları uyku sorununun birden fazla nedeni olduğunu belirtmişlerdir. Belirtilen durumlar, uyku sorunlarının genel nedenlerinin kapsamıyla uyumlu başlıklar olmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrasında uyku ve sağlık arasındaki ilişki konusunda bazı bilgilerinin değişimi (Haziran 2009)*

		Eğitim Sonrası, Sayı (%)			
		Kaliteli (nitelikli) uykunun anlamını bilme			
		Doğru	Eksik	Yanlış	Toplam
Eğitim öncesi sayı %	Doğru	2 (100,00)	-	-	2 (3,70)
	Eksik	12 (40,00)	17 (56,70)	1 (3,30)	30 (56,60)
	Yanlış	2 (9,50)	15 (71,40)	4 (19,00)	21 (39,60)
	Toplam	16 (30,20)	32 (60,40)	5 (9,40)	53 (100,00)
		Uyku ile genel sağlık durumu arasındaki ilişkiyi bilme			
		Vardır	Yoktur	Fikrim yok	Toplam
	Doğru	8 (72,70)	-	3 (27,30)	11 (20,80)
	Eksik	33 (94,30)	-	2 (5,70)	35 (66,00)
	Yanlış	7 (100,00)	-	-	7 (12,20)
	Toplam	48 (90,60)	-	5 (9,40)	53 (100,00)

*Yüzdeler, eğitim öncesi verilen yanıtla göre hesaplanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların uykuyu etkileyen bazı durumlara ilişkin verdikleri yanıtların doğruluğunun eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesi (Haziran 2009)

	Eğitim öncesi Doğru yanıt		Diğer*		Eğitim sonrası Doğru yanıt		Diğer*		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Düzenli spor yapmak uykuyu bozmaz	40	75,50	13	24,50	52	98,10	1	1,90	0,002
Akşam ağır yemek yemek uykuyu bozar	42	79,20	11	20,80	52	98,10	1	1,90	0,006
Aç yatmak uykuyu bozar	40	75,50	13	24,50	49	92,50	4	7,50	0,004
Akşam yemekten sonra çay, kahve, kola içmek uykuyu bozar	42	79,20	11	20,80	52	98,10	1	1,90	0,002
Sigara içmek uykuyu bozar	25	47,20	28	52,80	40	75,50	13	24,50	<0,0001

*Yanlış yanıtları ve fikir belirtmeyenleri kapsamaktadır.
**McNemar testi p değeri

Tablo 6. Katılımcıların uyku hijyenine ilişkin bazı durumlara ilişkin görüşlerinin doğruluğunun eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesi (Haziran 2009)

	Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				p
	Doğru yanıt		Diğer*		Doğru yanıt		Diğer*		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gece geç yatılırsa sabah yine de erken kalkılmadığıdır.	33	62,30	20	37,70	48	90,60	5	9,40	<0,0001
Uyku tutmayınca uykuya dalmak için yataktan çıkmadan uyumaya çalışmak gerekir.	13	24,50	40	75,50	46	86,80	7	13,20	<0,0001
Uykuya dalamayınca hemen uyku ilacı alınmalıdır.	37	69,80	16	30,20	48	90,60	5	9,40	0,003
Yatak odasında televizyon olmamalıdır.	13	24,50	40	75,50	34	64,20	19	35,80	<0,0001
Gece kötü uyuyunca gündüz en az 2 saat uyunmalıdır.	3	5,70	50	94,30	31	58,50	22	41,50	<0,0001
Yattığınız odanın sessiz ve karanlık olması önemlidir.	48	90,60	5	9,40	53	100,00	-	-	***
Düzenli yaşayan insanlar daha rahat uyurlar.	51	96,20	2	3,80	53	100,00	-	-	***
Uyku sorunu ilaç kullanmadan çözülemez.	30	56,60	23	43,40	48	90,60	5	9,40	<0,0001
Uykusuzluk çekenlerde kalp hastalığı daha çok görülür.	14	26,40	39	73,60	31	58,50	22	41,50	0,001
Uykusuzluk ile kan şekeri arasında bir ilişki yoktur.	3	5,70	50	94,30	21	39,60	32	60,40	<0,0001
Uyku sorunu yaşayanların şişman olma riski vardır.	8	15,10	45	84,90	38	71,70	15	28,30	<0,0001
Düzensiz uyku ile tansiyon arasında bir ilişki yoktur.	6	11,30	47	88,70	32	60,40	21	39,60	<0,0001

*Yanlış yanıtları ve fikir belirtmeyenleri kapsamaktadır.,
**McNemar testi p değeri,
***Katılımcıların tamamı (% 100,0) doğru yanıt verdiği için McNemar testi ile istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Tablo 7. Uyku sağlığı konusunda bilgi düzeyine ilişkin sorulara verilen doğru yanıtların eğitim öncesi ve sonrası sayısal dağılımı* (Haziran 2009)

Doğru yanıt durumu	Eğitim öncesi	Eğitim sonrası
Ortalama	9,11	14,64
Standart Sapma	2,51	2,05
Minimum Değer	3	9
Maksimum Değer	16	18
Ortanca	9	15

*t testi p<0,0001

"....Burada en büyük sorunlardan biri mobilizasyon eksikliği. Hastanın gününün büyük bir kısmı yalnızca yatağa bağlı olarak geçiyor. Zaten uykuda beyinsel olarak dinlenmeseler de fiziksel olarak yorgunluk hissetmedikleri için uykuya meyil biraz daha azalıyor. Bunun dışında sürekli yatakta olmaktan kaynaklanacak biçimde ufak şekerlemeler var. Mesela hasta yatakta olduğundan şekerliyor, şekerlemeler de gece daha az uyumaya neden oluyor. Aslında hasta

günün değişik saatlerinde uyumuş oluyor. Ama bizim istediğimiz biçimde, gece sürekli bir uykuyu yaşamıyor. Ayrıca birden fazla kişinin kaldığı, kalabalık odalarda yaşlılar birbirlerinin seslerinden hareketlerinden çok etkileniyorlar. Öksürüklerinden, tuvalete girip çıkmalarından, kapıyı pencereyi açmalarından, ışıkların yanmasından. Bunlar da uykularıyla alakalı. Düzenli bir beslenme alışkanlıkları olmamasıyla ilgili sorunlar yaşıyoruz. Ayrıca, burada yaş ortalaması çok yüksek. Bazı yaşlılar gece çok fazla artan ağrılar yaşıyorlar. Çok fazla KOAH'lı hastamız var. Rahat nefes alamamak, buradaki yaşlılarda uyku sorunu yaratan, uyku kalitesini bozan en büyük nedenlerden biri. Toparlarsak, birincisi mobilizasyon eksikliği, ikincisi gün içinde şekerlemeler, üçüncüsü yaşlılıktan kaynaklanan osteoartrit ve ağrılar" (Erkek, 43 yaşında)

"....Buna ben de bir katkıda bulunabilirim. Odalarını havalandırmadıkları için, özellikle gece saatlerinde odalarındaki oksijen miktarının azalması sık sık uyanmalarına, uyku neden olabiliyor." (Kadın, 43 yaşında)

"Bunlara ek olarak gündüz ve gece sık sık idrara çıkmaları uykularını bozabiliyor." (Erkek, 45 yaşında)

Son olarak katılımcılara "Burada yaşayan yaşlılar uyku sorunu yaşadıkları zaman ne yapmaktadırlar? Size hiç başvuruyorlar mı?" soruları yöneltilmiştir. Bu sorunun ardından yaşlıların uyku sorununun çözülebilmesi için bazı öneriler alınmıştır. Bedensel aktivitelerin artırılması, günlük yaşamda yaşlıların sosyal aktivitelerinin artırılması, oda koşullarının değerlendirilip gereksinimlere göre düzenlemeler yapılması gibi görüşler alınmıştır.

"Bence ilk etapta bedensel aktiviteleri artıracak şeyler bulunabilir." (Erkek, 43 yaşında)

".....Yaşlıları gün içinde yataktan koparmak lazım. Yaşlıyı hem yataktan çıkarmayı, hem de sosyal açıdan deşarj etmeyi sağlamak için sosyal aktiviteler olabilir." (Erkek, 43 yaşında)

"....Oda şartları ayarlanabilir, tek kişilik oda sayısı artırılabilir. Çok kişilik odalarda birbirlerinden etkileniyorlar." (Kadın, 43 yaşında)

Tartışma

Bu çalışmada yaşlıların uyku sağlığını geliştirmek için öncelikle bu konu hakkındaki

bilgi düzeylerini geliştirmenin; yanlış bilgi, inanç ve alışkanlıklarını değiştirmenin esas olduğu düşünülerek yaşlılara uyku sağlığı ile ilgili eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmede, kurumda yaşayan bireylerin uyku hijyeni ve sağlıklı uyku konusunda yanlış inanç ve tutumlarının olduğu daha sonra sağlık çalışanlarınca da desteklenmiştir (bkz: Niteliksel Bulgular).

Uyku hijyeni ile ilgili önerilere uyum sağlığı açısından oldukça önemlidir (12). Katılımcılar, eğitim öncesinde uyku hijyeni ve uyku sağlığı hakkındaki soruların ortalama $9,11 \pm 2,51$ 'ini doğru olarak yanıtlarken, eğitim sonrasında soruların ortalama $14,64 \pm 2,05$ 'ini doğru olarak yanıtlamıştır. Eğitim öncesi ve sonrası ortalamalar arasındaki $5,53$ doğru yanıtlık artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Yaşlılara sorulan kapalı uçlu 18 sorunun her birinde doğru yanıt veren sayısı, eğitim sonrasında eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde artış göstermiştir ($p < 0,001$) (Tablo 7). Bu bulgular ışığında araştırmacıların, eğitim sonrasında yaşlıların bilgi düzeylerindeki artış beklentisinin gerçekleştiği söylenebilir. Eğitimin beşer kişilik küçük gruplara verilmesi; eğitim yönteminin belirlenmesinde kişilerin sosyokültürel ve öğrenim durumlarının göz önünde bulundurulması; bu nedenle yazılı gereç (broşür, yazılı sunum gibi) yerine küçük gruplara sözel, interaktif eğitim verilmesi; iletilmek istenen mesajların basitleştirilerek ve örneklerle somutlaştırılarak verilmesi eğitim sonrası uyku sağlığı bilgi düzeyindeki anlamlı artışı açıklamaktadır. Ayrıca eğitim sonrası bilgi düzeyindeki bu artışa nöropsikiyatrik hastalık (demans, şizofreni, mental retardasyon gibi) tanısı almış yaşlıların araştırma dışında tutulması katkı sağlamış olabilir. Buna ek olarak, literatür bilgilerine bakıldığında eğitim sonrası anketin en az bir hafta sonra yapılması sonucu daha güvenilir kılmaktadır. Ancak zaman kısıtlılığı nedeniyle eğitim sonrası anketin eğitimden üç gün sonra yapılması gerekmiştir. Bu durum, bilgi düzeylerindeki artışa katkıda bulunan etmenlerden biri olabilir.

Eğitim sonrası yalnız iki soruya katılımcıların tamamı doğru yanıt vermiş, kalan sorularda doğru yanıt veren sayısında anlamlı bir artış olsa da, istenilen düzeye ulaşılmasının nedenleri olarak bireylerin öğrenim düzeylerinin düşük olması, katılımcılar arasında işitme sorunu yaşayıp işitme cihazı

kullanmayan kişilerin olması, bu yaş grubunda beklenen demans, depresyon gibi tanı konmamış nöropsikiyatrik hastalıkların olma olasılığı, uyku sorunu yaşamayan bireylerin eğitimi diğer bireylere göre daha dikkatsiz dinlemeleri olabilir. Ayrıca bireylerden bazılarının ileri yaş nedeniyle unutkanlık sorunları yaşayıp verilen bilgileri doğru anımsamama olasılıkları da bulunmaktadır. Nitekim araştırmanın yapıldığı kurumda anket uygulanan yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalamalarının $77,08 \pm 5,80$ olduğu görülmüştür. Yaşlıların çoğunluğu 75-84 yaş aralığındadır. Bu bulgu, yaşlılar köşkünde yaşlılık sınıflandırmasında orta yaşlıların (75-84) çoğunlukta olduğunu göstermektedir.



Fotoğraf: "İpek Kozaları" Dr. Esat Ünlü, Nazilli
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2010 Sergi Ödülü

Katılımcıların kaliteli uykuyu doğru tanımlama durumunda, eğitim sonrasında (%30,20) eğitim öncesine göre (%3,70) istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmüştür ($p < 0,001$). Ancak eğitim sonrasında katılımcıların çoğunluğu kaliteli uykuyu hala eksik ya da yanlış tanımlamaktadır. Bu yüzden eğitim sonrasında da yüksek bulunması; katılımcıların eğitim düzeylerinin düşük olmasıyla ilişkilendirilebilir. Benzer yorumu; açık uçlu, uyku ile genel sağlık durumu arasındaki ilişki sorusuna verilen yanıtlarda da yapmak olanaklıdır. Eğitim öncesi katılımcıların %5,70'i bu ilişkiyi doğru tanımlamışken, eğitim sonrası bu %9,40'tır. Katılımcıların büyük çoğunluğu eğitim sonrasında bile uyku-sağlık ilişkisini tek yönlü kurabilmişlerdir. Sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmede, çalışanların da uyku ile sağlık durumu arasındaki ilişkiyi eksik, tek yönlü tanımladıkları görülmüştür.

Yapılan çalışmada yaşlıların uykusuzluk durumu ile karşılaştıklarını ortaya koymaktadır (Tablo 3). Uykuyu sürdürme becerilerinde bozukluk olmasının altında yatan nedenlerden bazıları, genel sağlık sorunları ve ileri yaş olabilir. Sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmede bir sağlık çalışanı KOAH, bronşit, enkontinans gibi genel sağlık sorunları olan katılımcıların uyku sorunu çektiğini belirtmiştir. Literatür bilgisi de bu durumu desteklemektedir (6). Ayrıca sağlık çalışanları; yaşlıların yataklarında çok zaman geçirdiklerini, saate göre hareket etmeyip gün ışığına göre uyuma zamanına karar verdiklerini, uykuları gelmediği halde hava karardıktan sonra yatağa girdiklerini belirtmişlerdir. Bu durum, yaşlılarda sirkadiyen ritimlerinde bozulmaya ve uyku bozukluklarına yol açmaktadır.

Araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Uyku sağlığı bilgi düzeyini ölçen bir ölçek kullanılmamıştır. Uyku sağlığı hakkındaki bilgi düzeyini belirlemek için sorulan sorular, literatür taraması eşliğinde araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Araştırmanın 79 sakinle yapılması planlanmışken, 18 sakin nöropsikiyatrik hastalıklarının olması ve sorulara sağlıklı yanıt verememeleri; dört kişi de araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri nedeniyle araştırma dışı kalmıştır. Anket yapılan 57 kişiden 4'ü 65 yaş altında olduğundan değerlendirme dışı tutulmuştur.

Çalışmada eğitim sonrası değerlendirme



Fotoğraf: "Bebek Bakıcısı Akkız" Dr. Esat Ünlü, Nazilli TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2010 Sergi Ödülü

eğitimden bir hafta gibi kısa bir süre sonra gerçekleştirilmiştir. Bilginin kalıcılığının değerlendirilmesi için bu sürenin daha uzun olması daha uygun olabilir. Niteliksel araştırma yalnızca hizmet sunanlarla sınırlıdır.

Sağlık çalışanlarının kendilerinin de belirttiği gibi mesai saatlerinden sonra çalışanların yaşlı bireyleri gözlemleyememesi, bu konuda onlara yöneltilen sorulara verdikleri yanıtları sınırlayabilmektedir.

Sonuç

Araştırmada uyku sağlığı ile ilgili verilen eğitimin yaşlıların bilgi düzeyini artırdığı görülmüştür. Bu tür sağlık eğitimleri yaşlı bakımevlerinde ve huzurevlerinde yaygınlaştırılmalıdır. Yaşlıların kaldığı bakımevlerinde yürütülen sağlık eğitimlerine görevli sağlık çalışanlarının da katılabilmesi, eğitimin yaşlıların davranışlarına yansımaya katkısı olabilir. Yaşlıların uyku sağlığını olumlu yönde etkileyebileceğinden dolayı yaşlıların kaldığı bu tür bakımevlerinde düzenli egzersiz programları uygulanabilir. Yapılan müdahale çalışması kısa süreli olup davranış değişikliği yaratılıp yaratılmadığı değerlendirilememiştir. Yaşlılar Köşkü sakinlerinin uyku sağlığı ile ilgili artan bilgi düzeylerinin davranışlara yansıyor yansımadığı ileriki araştırmalara konu olabilir. Ayrıca; niteliksel araştırmaların olanaklı ise homojen bir grupta yapılması, eğer homojen bir grup söz konusu değilse, bireylerle bire bir görüşülmesi çalışmadan en verimli sonucun alınabilmesi için daha uygun olacaktır.

Yapılan müdahale çalışması kısa dönemli olup uyku sağlığı bilgi düzeyini artırmayı amaçlamıştır. Uzun dönemde davranış değişikliği yaratmak amaçlansa da, bu davranış değişikliğini kısa dönemde ölçmek olanaksızdır. Uzun dönemde davranış değişikliği yaratılıp yaratılmadığı ileriki çalışmalara konu olabilir.

İletişim: Dr. Dilek Aslan

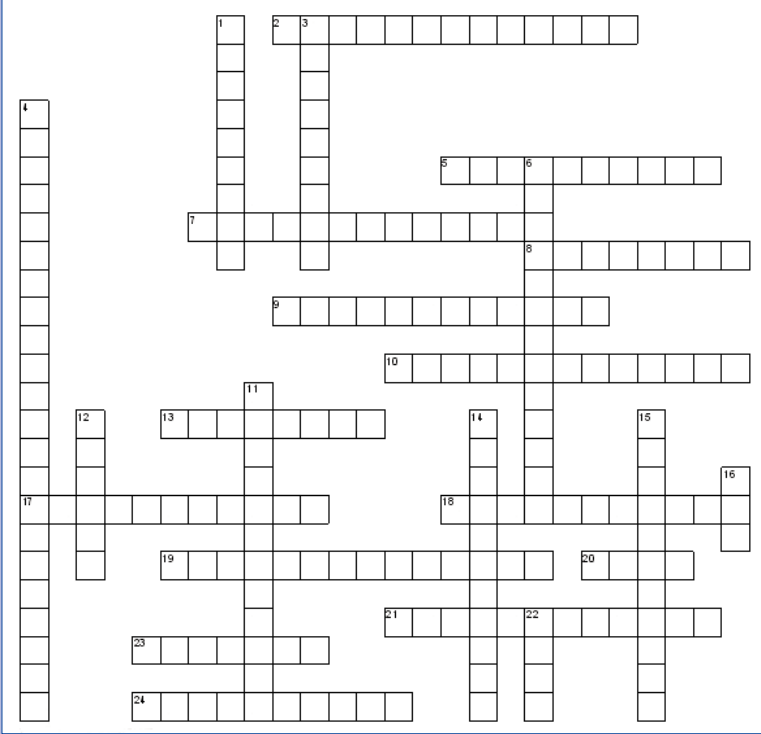
E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

1. Williams JR. Gerontologic Nurse Practitioner Care Guidelines: Sleep Management in Elderly Patients. Geriatric Nursing 2004; 25(5): 310-2.
2. World Health Organization Regional Office for Europe European Centre for Environment and Health Bonn Office. WHO technical meeting on sleep and health. Bonn, 2004. http://www.oit.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_118388.pdf. Erişim: 10 Mart 2011.
3. Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. American Family Physician, 1999. <http://www.aafp.org/afp/990501ap/2551.html>. 23 Haziran 2009. Erişim: 10 Mart 2011.
4. Riegel B, Glaser D, Richards K, Sayers SL, Marzolf A, Weintraub WS, Goldberg LR. Modifiable factors associated with sleep dysfunction in adults with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011 Feb 23. (PMID: 21353642).
5. Fadiloğlu Ç, İlkbay Y, Kuzeyli Yıldırım Y. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Uyku Kalitesi. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9(3): 165-9.
6. Ancoli-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the Elderly: Normal Variations and Common Sleep Disorders. Harvard Review of Psychiatry 2008; 16(5): 279-86.
7. Ueda M, Adachi Y, Hayama J, Yamagami T. Preparation and effect of a behavioral science-based education program for sleep improvement among medical students. Nippon Koshu Eisei Zasshi 2008; 55(1): 3-10.
8. Sivagnanam G, Thirumalaikolundusubramanian P, Sugirda P, Rajeswari J, Namasivayam K, Gitanjali B. Study of the knowledge, beliefs, and practice of sleep among medical undergraduates of Tamilnadu, India. MedGenMed 2004; 6(4): 5.
9. Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, HHV Yayınları, Ankara, 2001.
10. Tabak RS: Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık, Ank. 2000.
11. SPSS Inc: SPSS Base 16.0 User's Guide. SPSS Inc., Amerika Birleşik Devletleri, 2007.
12. American Academy of Sleep Medicine. Sleep Hygiene -The Healthy Habits of Good Sleep. <http://www.sleepeducation.com/Hygiene.aspx>. Erişim: 23 Mayıs 2009.



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi'nin hazırladığı "**Geriatri ve Gerontoloji II**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Kasım Aralık 2010** sayımızda yayımlayacağız.



Fransızların verdiği ad, **4-** Huzurevinde kalan yaşlılarda görülen bir rahatsızlık, **5-** Yaşlı nüfus için önemli sağlık sorunlarından biri, **6-** Kan transfüzyonu gerektirebilen bir hastalık, **7-** Bacak ülserlerinin görüldüğü bir kemik yapısı, **8-** Dünya Sağlık Örgütüne göre 10-19 yaş grubu, **9-** Obezitenin belirlenmesinde kullanılan bir teknik, **10-** Arteriyel ülserde kullanılan bir ilaç, **11-** Yara bakımının dördüncü ilkesi, **12-** Bilinen en önemli teratojenlerden biri, **13-** Antidepresan ilaçların bir komplikasyonu, **14-** Sigara içen gebelerde görülen bir komplikasyon, **15-** Yarada eksudayı emen bir madde, **16-** Obezite taranmasında kullanılan bir teknik (kısaltma), **17-** Kan ya da kan ürünlerinin kan dolaşımına uygun şekilde verilmesi, **18-** Obezite belirlenmesinde kullanılan alternatif bir değişken, **19-** Yaşlılık döneminde en sık görülen yara grubu, **20-** Her bireyin günlük yaşamının önemli bir parçası, **21-** Kanı oluşturan maddelerden biri, **22-** Dünya nüfusunda gençlerin yüzdesi(yazı ile). **23-** Vücutta lokalize ya da yaygın yağ bulunması hastalığı, **24-** Arteriyel ülserli hastalarda görülen bir komplikasyon.

1- Ortostatik hipotansiyon yapabilen bir ilaç grubu, **2-** Obezite belirlenmesinde kullanılan antropometrik değişkenlerden biri, **3-** Yaşlılığa

STED Temmuz - Ağustos 2010 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Hemanjiom, 2- Valsalva, 3- Lenfoma, 4- Benzopironlar, 5- Hipokondriasis, 6- Globushisterikus, 7- Konversiyon, 8- Lenfovenözanastomoz, 9- Kol, 10- Epsteinbarr, 11- Karaciğer, 12- Laringosel, 13- Elevasyon, 14- Benzodiazepinler, 15- Servikallenfadenopati, 16- EKT, 17- Radyoterapi, 18- Okul Reddi, 19- Kazalar, 20- Meme kanseri, 21- Paralizi, 22- Travma, 23- Somatoform Bozukluklar, 24- Lenfödem, 25- Benzimidazoller.