

# HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

CİLT 3 SAYI 3 YIL 2016



**SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ**  
**JOURNAL of HEALTH SCIENCES and PROFESSIONALS-HSP**

**ONURSAL EDİTÖR**  
Dr. Halil Koyuncu

**EDİTÖR**  
Dr. Neriman Zengin

**BÖLÜM EDİTÖRLERİ**  
Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik  
Dr. Reyhan Bahçıvan Saydam  
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu  
Dr. Selma Söyük

**YAYIN KURULU**  
Dr. Ahmet Akgül  
Dr. Ebru Kaya Mutlu  
Canser Boz  
Sevil Günaydın  
Tuğba Canbulut

**DERGİ SAHİBİ**  
Prof. Dr. Ahmet Akgül, İstanbul Üniversitesi

**SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ**  
Yrd. Doç. Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**DANIŞMA KURULU**

Dr. Abdulfaz Suleymanov  
Dr. Abdulhakim Beki  
Dr. Afsun Ezel Esatoğlu  
Dr. Ahmet Ataş  
Dr. Aklime Sankaya  
Dr. Ali Rıza Aba  
Dr. Arash Alaei  
Dr. Arzu Razak Özdiñçler  
Dr. Asiye Gül  
Dr. Ayden Çoban  
Dr. Ayla Bayık  
Dr. Ayla Ergin  
Dr. Ayşe Çil Akıncı  
Dr. Ayşe Ergün  
Dr. Ayşe Okanlı  
Dr. Ayşegül Oksay Şahin  
Dr. Aygül Yanık  
Dr. Ayten Diñç  
Dr. Besey Ören  
Dr. Birsen Karaca Saydam Dr.  
Birsen Mutlu  
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu  
Dr. Burcu Semin Bilgütay  
Dr. Candan Öztürk  
Dr. Çiğdem Öksüz  
Dr. Derya Çelik  
Dr. Dilek Aygin  
Dr. Doğaç N. Özüçelik  
Dr. Duygu Gözen  
Dr. Eda Yılmaz  
Dr. Ela Tarakçı  
Dr. Emine Kıyak  
Dr. Esin Çeber Turfan  
Dr. Esmâ Demirezen  
Dr. F. Deniz Sayıner  
Dr. Fatma Ay  
Dr. Gökşen Kuran Aslan  
Dr. Gonca Bumin  
Dr. Gülbahar Keskin  
Dr. Gülbeyaz Can  
Dr. Gülcan Kar  
Dr. Gülçin Bozkurt  
Dr. Gülnur Akkaya

Dr. Gülsün Özentürk  
Dr. Gülümser Dolgun  
Dr. Hacer Karanisoğlu  
Dr. Hacer Özgen Narıcı  
Dr. Hafize Öztürk Can  
Dr. Hakan Acar  
Dr. Hakan Topaçoğlu  
Dr. Halim İşsever  
Dr. Handan Güler  
Dr. Hasibe Kadioğlu  
Dr. Hatice Kaya  
Dr. Hatice Ulusoy  
Dr. Hatice Yıldız  
Dr. Hava Özkan  
Dr. Haydar Sur  
Dr. Hicran Yıldız  
Dr. Hülya Bilgin  
Dr. Hülya Kaya  
Dr. Hülya Kayihan  
Dr. Hülya Üstündağ  
Dr. Hüsnüye Diñç  
Dr. İpek Yeldan  
Dr. Işıl Işık Andsoy  
Dr. İsmet Galip Yolcuoğlu  
Dr. Leyla Erdim  
Dr. Leyla Küçük  
Dr. Mehmet Top  
Dr. Mehmet Yazıcı  
Dr. Mehveş Tarım  
Dr. Melahat Akgün Kostak  
Dr. Melike Dişsiz  
Dr. Meltem Kürtüncü  
Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç  
Dr. Mine Uyanık  
Dr. Mithat Kıyak  
Dr. N. Ekin Akalan  
Dr. Nazan Karahan  
Dr. Nazan Tuna Oran  
Dr. Necla Canbulut  
Dr. Neriman Soğukpınar Dr.  
Neriman Zengin  
Dr. Nermin Olgun  
Dr. Neslihan Keser Özcan

Dr. Nevin Hotun Şahin  
Dr. Nilgün Sarp  
Dr. Nilgün Ulutaşdemir  
Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu  
Dr. Nuran Gençtürk  
Dr. Nurdan Demirci  
Dr. Nurten Kaya  
Dr. Osman Hayran  
Dr. Özgür Alparslan  
Dr. Özlem Akman  
Dr. Özlem Öztürk  
Dr. Panagiotis V. Tsaklis  
Dr. Rabia Etki Genç  
Dr. S. Haluk Özsanı  
Dr. Saadet Yazıcı  
Dr. Saime Erol  
Dr. Selma Söyük  
Dr. Serap Balcı  
Dr. Serap Ejder Apay  
Dr. Sevil Inal  
Dr. Sevim Çelik  
Dr. Sevim Ulupınar  
Dr. Sezgin Sarıkaya  
Dr. Sibel Öztürk  
Dr. Sıdika Kaya  
Dr. Sıdika Oğuz  
Dr. Şule Alpar Ecevit  
Dr. Sultan Alan  
Dr. Tülay Yılmaz  
Dr. Tümer Ulus  
Dr. Veli Duyan  
Dr. Vesile Ünver  
Dr. Zekiye Karaçam  
Dr. Zeliha Tülek  
Dr. Zeynep Erdoğan  
Dr. Zeynep Kurtuluş Tosun

\*İlk isme göre alfabetik sıralama yapılmıştır.

## YAYIN KURALLARI

- SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ'nde daha önce başka bir yerde yayınlanmamış ve başka bir derginin hakem değerlendirmesinde olmayan, Dergi Yazı Kurulu (Editorial Board) ve Yayın Danışma (Hakem) Kurulu tarafından değerlendirilerek HSP dergisinde yayınlanmaya uygun bulunan yazılar basılır.
- Basılması uygun görülmeyen yazılar geri iade edilmez.
- Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir.
- Dergiden alıntı yapıldığı takdirde dergi kaynak olarak belirtilmelidir.

## YAYIN KURALLARI BİLİMSEL SORUMLULUK

- Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.
- Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır.
- Yazar olarak belirlenen isim makaledeki çalışmayı planlamalı veya yapmalı, makaleyi yazmalı veya revize etmeli ve son halini kabul etmelidir.

## ETİK SORUMLULUK

Dergi, "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan "Bilgilendirilmiş Olur" (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Çalışmada "Hayvan" ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals ([www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan "Bilgilendirilmiş Olur" (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

**Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Makalede "Etik Kurul Onayı" alınması gerekli ise; alınan belge online olarak, Makale Gönderim" linkindeki ek dosyalar bölümünden, gönderilmelidir. Makalenin değerlendirilmesi aşamasında, yayın kurulunun gerek görmesi halinde, makale ile ilgili araştırma verilerinin ve/veya etik kurul onayı belgesinin sunulması yazarlardan talep edilebilir.**

## BİYOİSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

**Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.** Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel araştırma makaleleri biyoistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve raporlama ile belirtilmelidir. Makalelerde p değerleri açık olarak verilmelidir (p= 0.025; p= 0.524 gibi). Araştırma makaleleri dergiye gönderilmeden önce, biyoistatistik uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzmanın ismi yazarlar arasında ya da makalenin sonunda yer almalıdır.

## YAZIM DİLİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRME

**Makalelerin yazım ve dil bilgisi kurallarına uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.** Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir. Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr) adresi esas alınmalıdır. İngilizce makaleler ve İngilizce özetler, dergiye gönderilmeden önce dil uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzman onayı editöre sunum sayfasında özellikle belirtilmelidir. Makaleyi, İngilizce yönünden değerlendiren, yazarlardan biri değil ise bu kişinin ismi makalenin sonunda bulunan TEŞEKKÜR (Acknowledgement) bölümünde belirtilmelidir.

## YAYIN HAKKI

**Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiye yayımlayan kuruma aittir. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır.** Makale yazarlarına, yazıları karşılığında herhangi bir ücret ödenmez. Yayın Hakları Devir Formu "nu doldurup, makale gönderim" linkindeki bölümden makale ile birlikte göndermelidirler.

## YAZI ÇEŞİTLERİ

- Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlığında (\*) işareti ile belirtilmeli ve işarete (\*), metnin ilk sayfası sonunda toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir.
- Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlıkta (\*) işareti ile belirtilmeli ve metnin ilk sayfası sonunda (\*) işaretinden sonra Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
- Yazılar A4 boyutlarında 1,5 Aralıklı olarak, Times New Roman yazı karakterinde, ÖZET ve ABSTRACT 10, YAZI METNİ 11 punto ile yazılmalıdır. Sayfanın alt ve sağ yanında 2,5 cm' lik, üst ve sol yanından 2,5 cm' lik boşluk bırakılmalıdır.
- Ana ve alt başlıklardan sonra gelen ilk cümle paragraf başı olarak başlamamalıdır.

- **SAYFA SAYISI KAYNAKLAR DIŞINDA DERLEMELER İÇİN EN FAZLA 10, ARAŞTIRMA RAPORLARI İÇİN EN FAZLA 12 OLMALIDIR.**

**ORİJİNAL ARAŞTIRMA:** Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalar yayınlanabilmektedir.

Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir. Çalışmanın metni içinde yazarların kimlik bilgisini, belirten herhangi bir yazı olmamalıdır.
2. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe Başlığı ve Özet makale metni içinde yer almalı. Özet 10 punto, makale metni 11 punto olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümlede paragraf olmamalı, başlıklarla aynı hizada bulunmalıdır.
3. Özet (Ortalama 200-250 kelime, 10 punto amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşan, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
4. Giriş (11 punto)
5. Gereç ve Yöntemler
6. Bulgular
7. Tartışma
8. Sonuç
9. Teşekkür
10. Kaynaklar

#### **DERLEME:**

Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanır. Tıbbi özellik gösteren her türlü konu için son tıp literatürünü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 10 olmalıdır.

Yapısı:

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir. Yazı metni içinde yazarların kimlik bilgisini, belirten herhangi bir yazı olmamalıdır.
2. Derlemenin İngilizce ve Türkçe Başlığı ve Özet makale metni içinde yer almalı. Özet 10 punto, makale metni 11 punto olmalıdır. Ana ve alt başlıklardan sonra gelen cümlede paragraf olmamalı, başlıklarla aynı hizada bulunmalıdır.
3. Özet (Ortalama 200-250 kelime, 10 punto, derlemenin içeriğini yansıtmalı, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
4. Konu ile ilgili başlıklar
5. Kaynaklar
6. Konu ile ilgili alt başlıklar, kaynaklar 11 punto ile yapılmalıdır.

#### **OLGU SUNUMU:**

Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır. Kaynaklar dışında en fazla 8 sayfa olmalı

1. Başlık sayfası: Makaleden ayrı gönderilmeli. Çalışmanın İngilizce ve Türkçe başlığı, yazarların adı, soyadı, unvanları ve iletişim bilgilerini içermelidir ve yazı metninden ayrı olarak ek dosya olarak sisteme yüklenmelidir.
2. Özet (Ortalama 150-200 kelime, 10 punto, yazının içeriğini yansıtmalı, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
3. Giriş
4. Olgu Sunumu
5. Tartışma
6. Kaynaklar

#### **EDİTÖRYEL YORUM/TARTIŞMA**

- Yayınlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

#### **EDİTÖRE MEKTUP**

1. Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.
2. Başlık ve özet bölümleri yoktur.
3. Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
4. Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olunduğı belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

## BİLİMSEL MEKTUP

1. Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.
2. Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
3. Konu ile ilgili başlıklar
4. Kaynaklar

## TIBBİ KİTAP DEĞERLENDİRMELERİ

Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

## YAZIM KURALLARI

### DERGİYE YAYIMLANMASI İÇİN GÖNDERİLEN MAKALELERDE BİÇİMSEL ESASLAR

1. Ana metin içinde yazarların kimliklerini belirten herhangi bir yazı olmamalıdır.
2. Makale, PC uyumlu bilgisayarlarda Microsoft Word programı, The Times Roman karakterinde yazılmalıdır.
3. Özetle kısaltma kullanılmamalı, 10 punto ile yazılmalıdır
4. Ana metin 11 punto ile yazılmalı, ana ve alt başlıklardan sonra paragraf ile başlanmamalıdır.
5. Ana metin içinde kısaltmalar kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilir ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için “Bilimsel Yazım Kurallarına” başvurulabilir.
6. Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler metin içine yerleştirilmeli ve yazı içinde ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir.
7. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
8. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
9. Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.
10. Editöre Sunum Sayfası: Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri belirtilmelidir.
11. Başlık sayfası makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce), tüm yazarların ad-soyadları, akademik ünvanları, kurumları, iş telefonu-GSM, e-posta ve yazışma adresleri belirtilmelidir. Makale daha önce bildiri olarak sunulmuş ise bildiri yeri ve tarihi belirtilmelidir. Bu bölüm makaleden ayrı bir dosya olarak sisteme yüklenmelidir.
12. Özetler yazı çeşitleri bölümünde belirtilen özelliklere uygun hazırlanarak, makale metni içerisine yerleştirilmelidir.
13. Anahtar Kelimeler eaz 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (,) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com)).
14. Teşekkür: Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.
15. Kaynaklar makalede geçiş sırasına göre rakamla yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra “Üst Simge” olarak belirtilmelidir. Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp “et al.” eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus’ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)).
16. Orijinal basımı Türkçe olan kaynakların başlığı [ ] içinde ve İngilizce olarak yazılmalıdır.
  - a. Örnek: Yazar(lar). Türkçe İsim [İngilizce İsim]. Türkçe Dergi İsmi [İngilizce Dergi ismi] yıl;cilt(sayı):sayfa numarası.
17. Yazının Sisteme Yüklenmesi: [Açık Dergi Sistemleri Elektronik Yayıncılık Rehberinden \(ADS\)](#) yararlanabilirsiniz.
18. Yazının Takibi: Kullanıcı adı ve şifrenizle sisteme giriş yaptıktan sonra ÖZET bölümünde yazınızın hangi aşamada olduğunu, DEĞERLENDİRME bölümünden HAKEM eleştirilerini görebilirsiniz.

## KAYNAKLARIN YAZIMI İÇİN ÖRNEKLER (NOKTALAMA İŞARETLERİNE LÜTFEN DİKKAT EDİNİZ)

| Yazı türü  | Örnek   |
|--|---|
| <b>• Makale</b><br>Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı; sayfa no’su belirtilmelidir  | Avşar G, Atabek Armutçu A, Karaman Özlü Z. Determining the level of tendency in malpractice of nurses: a hospital sample. HSP 2016 3(2):115-122.<br>Zengin N, Üstündağ H. İnfüzyon setleri değişim süreleri ile ilgili yapılan çalışmalar ve öneriler [The change period of administration sets and the studies about this subject and suggestion ]. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [ournal of Anatolia Nursing and Health Sciences ] 2004;7(3):83-90 |
| <b>• Elektronik Makale</b><br>Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi[serial on the Internet] yıl (erişim yılı) cilt, sayı; sayfa no’su. Erişim adresi: | Perneger TV, Giner F. Randomized trial of heroin maintenance programme for adults who fail in convential drug treatments. BMJ [serial on the Internet]. 1998 [cited 2005 Aug 12];317(2):[about 3 p.]. Available from: <a href="http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7150/1">http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7150/1</a> .   |

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bölüm yazarları farklı olan kitaplar;</b><br/>Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir</li> </ul> | <p><b>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138.</li> <li>Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.</li> <li>Baselt RC, Cravey, RH. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 4th ed. Foster City, CA: Chemical Toxicology Institute; 1995.p.140-150.</li> </ul> <p><b>Türkçe kitaplar için;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tür A. [Emergency airway management and endotracheal intubation]. Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2003. p.9-16.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için;</b><br/>Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir</li> </ul>       | <p><b>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pan creas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210.</li> </ul> <p><b>Türkçe kitaplar için;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eken A. Kozmesötik Etken Maddeler [Cosmeceutical ingredients: drugs to cosmetics products]. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>On-line yayınlar</b></li> <li><b>DOI kabul edilebilir online referanstır</b></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'Gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2010 Apr 15]; 93(3):227-232. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024</a>.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Yazarı Belirsiz Kitaplar</b></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>The 1995 NEA almanac of higher education. Washington DC: National Education Association;1995.p.150-155.</li> <li>Ministry of Health and Social Welfare: Health Statistics Yearbook, Ankara Publications of Ministry of Health, 2010.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tezler</b></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kay JG. Intracellular cytokine trafficking and phagocytosis in macrophages [PhD thesis]. University of Queensland, StLucia, 2007.</li> <li>Zengin N. Antikoagulan tedavinin izlenmesinde iki farklı kan alma yönteminin karşılaştırılması: Vena ponksiyon ve periferik venöz kateter [Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter][Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, İstanbul University ], İstanbul, Türkiye, 1999</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Yazarlı Web Sayfası</b><br/>Yazar. Yayın başlığı. Yayın yeri (Varsa): Yayın kuruluşu/yayıncı (varsa); Yayınlanma tarihi (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi ). Erişim adresi</li> </ul>  | <p>Atherton J. Behaviour modification 2010 [updated 2010 Feb 10; cited 2010 Apr 10]. Available from: <a href="http://www.learningandteaching.info/learn/Yayın_yeri(Varsa):ng/b_ehaviour_mod.htm">http://www.learningandteaching.info/learn/Yayın_yeri(Varsa):ng/b_ehaviour_mod.htm</a></p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Yazarsız Web</b><br/>Yazar/organizasyonun adı. Sayfanın başlığı [Internet], Yayının Sayfası tarihi, Güncelleme tarihi. Erişim adresi:</li> </ul>   | <p>Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yeterli ve Dengeli Beslenme 2014. (Güncelleme tarihi .....; Erişim tarihi: ..... ) Erişim adresi: <a href="http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&amp;page=47">http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&amp;page=47</a></p> <p>Diabetes Australia. Diabetes globally 2012 [updated 2013 Dec 20; cited 2014 Jun 30]. Available from: <a href="http://www.diabetesaustralia.com.au/en/Understanding-Diabetes/Diabetes-Globally">http://www.diabetesaustralia.com.au/en/Understanding-Diabetes-Diabetes-Globally</a></p>  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Metin içinde kaynaklar</b>                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• .....in his research, Jone</li><li>• .....as evidenced from a</li><li>• Scholtz 1 has argued</li></ul>   |
| <b>Metin içinde sayfa numarası içeriyorsa</b> | ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". <sup>1(p23)</sup><br>...as one author has put it "the darkest days were still ahead". <sup>1(p23)</sup><br>...as one author has put it "the darkest days were still ahead". <sup>(1 p23)</sup><br>Scholtz ( <sup>1 pp16-18</sup> ) has argued that..... |
| <b>Aynı anda birçok kaynak kullanılacaksa</b> | Her bir kaynak numarasından sonra virgül konulmalı , ardışık kaynak numaralarında araya “-“ konularak ilk ve son kaynak numarası yazılmalıdır.<br><ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/> örnek:.....<sup>1,5,6-8</sup></li></ul>   |

## Gebelikte Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler\*

## Smoking During Pregnancy and the Effecting Factors

Pınar TARHAN<sup>a</sup>, Tülay YILMAZ<sup>b</sup>

**ÖZET Amaç:** Araştırma gebelikte sigara kullanma oranını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı. **Materyal Metod:** Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir araştırma hastanesi ile İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı bir aile sağlığı merkezinde 17 Aralık 2012-17 Aralık 2013 tarihleri arasında çalışmaya katılan toplam 815 gebe oluşturdu. Verilerin toplanmasında gebelerin Sosyo-Demografik, Obstetrik-Jinekolojik ve Sigara İçme Özelliklerini içeren soru formu kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede yüzde dağılımı ve nitel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. **Bulgular:** Gebelikte sigara kullanma oranı %11,9 olarak bulundu. Gebelikte sigara kullanımını etkileyen faktörler gebelik sayısı, gebelik haftası, gebeliğin planlanma durumu, yaşayan çocuk olması, doğum öncesi bakım alma sıklığı, gebenin eşinin sigara kullanma durumu ve pasif içicilik olarak belirlendi. Multigravidalarda, gebeliğinin birinci trimesterinde olanlarda, gebeliği plansız olanlarda, yaşayan çocuğu olanlarda, doğum öncesi bakım alma sıklığı dört ve altında olanlarda, eşi sigara içenler ile pasif içici gebelerde sigara kullanma oranı diğer kadınlara oranla daha yüksekti ( $p<0,05$ ). **Sonuç:** Gebelik takiplerinde sigara kullanımını etkileyen faktörler belirlenip danışmanlık hizmeti ve eğitimler verilerek, gebelikte sigara kullanımının ve pasif içiciliğin önüne geçilebilir. Bu sayede sigaranın anneye, bebeğe ve gebeliğe olan etkileri azaltılabilir. **Anahtar kelimeler:** Gebelik, sigara, sigara içme

**ABSTRACT Aim:** The research is planned to determine the rate of smoking during pregnancy and the effecting factors. **Material and Method:** The research is descriptive and cross-sectional design. It was conducted at the Public Hospitals Association a research hospital with at the Public Health Directorate a family health center over the period December 17, 2012 and December 17, 2013 with a total of 815 pregnant women. A questionnaire which contains socio-demographic, obstetric-gynecologic and the smoking characteristics of women is used in collecting data for this study. The percentage distribution is used in statistical evaluation and chi-square test was used in comparison of the qualitative data. **Results:** The rate of smoking during pregnancy was found to be 11.9%. The factors effecting smoking status during pregnancy are the number of pregnancies experienced, the gestational age, the planning status of the pregnancy, living children, to be the frequency of antenatal check-ups, the spouse smoking status, and passive smoking respectively. Multigravida, during the first trimester of pregnancy, unplanned pregnancy ones, those with living children, pre-natal care receiving with the frequency of under four, and those with her husband in smokers and passive smokers are more likely than other women for rate of smoking in pregnant women ( $p<0,05$ ). **Conclusion:** In pregnancy follow-ups, by determining the factors effecting smoking status, smoking during pregnancy and passive smoking can be reduced through counselling and education services. By this way, the effects of smoking on mother, baby and pregnancy can be reduced.

**Key words:** Cigarette, pregnancy, smoking

## Giriş

Sigara tüketimi dünyada pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkenin sorunu olduğu gibi ülkemizde de önemli sağlık sorunlarından biridir.<sup>1</sup> Sigara nedeniyle meydana gelen ölümler; terör, Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği

Sendromu (AIDS-Acquired Immune Deficiency Syndrome), trafik kazası gibi nedenlerle meydana gelen ölümlerin 5-10 katıdır.<sup>2</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2010 raporuna göre;

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Tezi

Geliş Tarihi/Received:19-02-2016 / Kabul Tarihi/Accepted:28-09-2016

<sup>a</sup> İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Ümraniye Toplum Sağlığı Merkezi

<sup>b</sup>Yard. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Email:tulaymert@hotmail.com

Sorumlu yazar /Correspondence: Yard. Doç. Dr. Tülay Yılmaz, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Fakültesi, Ebelik Bölümü, e-mail:tulaymert@hotmail.com

**Atif: Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. HSP 2016;3(3):140-147**

**To cite this article: Tarhan P, Yılmaz T. Smoking During Pregnancy and the Effecting Factors. HSP 2016;3(3):140-147**



akciğer kanserlerinin %71'i, kronik solunum yolu hastalıklarının %42'si, kalp damar hastalıklarının %10'u sigaraya bağlı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2011 raporuna göre 15 yaş üstü dünya nüfusunun %22'si tütün kullanmaktadır. Bunların %36'sının erkek, %8'inin kadın olduğu bildirilmiştir.<sup>3</sup>

Sigara alışkanlığı bireylerin birbirlerini etkilemesiyle bir sosyal zehirlenme ve ortaya çıkardığı tolerans hali, aynı zamanda fizik ve psikolojik bağımlılık yapma özelliği ile de psikolojik bir zehirlenme durumu olarak tanımlanmaktadır.<sup>4</sup>

Gebelerin tütün kullanması ise fetusa verdiği zarardan dolayı daha da önemli bir sağlık sorunudur.<sup>5</sup> Gebelik döneminde sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması; fertilitiyi, fetüsün gelişimini, gebeliğin her safhasını ve doğumu olumsuz etkilemekte ve düşük tartılı doğum, erken doğum, ölü doğum, riskli doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarına neden olmaktadır. Ayrıca gebelikte içilen sigaranın uzun vadede çocukta bilişsel fonksiyon, genel zeka, akademik başarı, psikiyatrik sorunlar, alkol-uyuşturucu kullanımı, duyu durum bozukluğu, ergenlik döneminde kriminal suç işleme, Tip 2 diyabet ve obezite, çocukluk dönemi kanserleri ve göğüs hastalıkları ile ilişkili olduğu bilinmektedir.<sup>4-14</sup>

TNSA 2008 verilerine göre sigara içme oranı gebelerde %11 olarak belirtilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda gebe kadınların gebelikte sigara içme oranları %6,8-%28 arasında değişmektedir.<sup>4,10,14-23</sup>

Yurt dışına bakıldığında ise Amerika Birleşik Devletleri'nde prenatal sigara içme oranı %10,4, Birleşik Krallık'ta 2012'de yapılan bir çalışmada %20,5, Kanada'da 2001-2006 yılları arasında yapılan bir çalışmada da %11,2 olarak bulunmuştur.<sup>24-26</sup> Avustralya'da yapılan bir çalışmada ise gebe aborjin kadınlarda sigara bağımlılığının ortalama %69 olduğu görülmüştür.<sup>27</sup>

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Halk Sağlığı Servisi'ne göre ABD'deki bütün gebe kadınların sigarayı bırakması durumunda ölü doğumlarda %11 ve yenidoğan ölümlerinde %5 azalma olacağı tahmin edilmektedir.<sup>4</sup>

Bu çalışmada gebe kadınlarda sigara kullanımı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma sonuçlarının, gebelikte sigara kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile, kadınların gebelikte sigara kullanımının değerlendirilmesinde ve bu kapsamda gebelerin takibinde önemli görevleri

olan ebelerin rol ve sorumluluklarını yerine getirmelerine ışık tutması hedeflenmektedir.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma, kadınlarda gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte planlandı. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kadın doğum hizmeti veren bir araştırma hastanesi ile İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı bir aile sağlığı merkezine 17 Aralık 2012 -17 Aralık 2013 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, sorulacak soruları anlayıp kavrayabilecek olan ve Türkçe bilen 815 gebe ile yapıldı.

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırma hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan ve İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Birimi'nden yazılı izin alındı.

Verilerin toplanmasında, literatür taraması sonucu oluşturulan, gebelerin sosyo-demografik, obstetrik-jinekolojik ve sigara kullanımına ilişkin özelliklerini kapsayan, 45 sorudan oluşan soru formu kullanıldı.<sup>1,17,24,28-35</sup> Soru formu yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu ve uygulanması her bir gebe için ortalama 10 dakika sürdü.

Bu çalışmada istatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 IBM paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde dağılımı ve nitel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

### Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %35,9'u 25-29 yaşlar arasında, %30,9'u ilkökul mezunu, %99,4'ü evli, %73,5'i ev hanımı, %76,1'i gelir giderine denk/yetersiz, %86'sı sosyal güvencesiz ve %84,9'u çekirdek aile yapısındaydı.

Çalışmamızda gebelikte sigara kullanma oranı %11,9 olarak bulundu. Gebelerin %47,9'u eşinin de sigara içtiğini belirtti. Gebelik öncesi dönemde sigara içme oranı %26,6 olarak belirlendi. Kadınların %2,7'si gebelikten önce içtiği sigara adedinde hiç bir değişiklik olmadan gebelikte de sigara içmeye devam ettiğini belirtti. Gebelerin % 63,9'unun ise pasif içici olduğu bulundu (Tablo 1).

Çalışmadaki sigara içen gebe kadınların %59,8'inin 30 yaş ve altında olduğu, %59,8'inin 8 yıl ve altında eğitim aldığı, %77,3'ünün geliri

gidere denk-yetersiz olduğu, %76,3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlendi. Gebelikte sigara içen ve içmeyen kadınların yaş, eğitim süresi

ekonomik ve çalışma durumuna göre aralarında anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ).

Tablo 1. Gebelikte ve gebelik öncesi dönemde sigara kullanma durumuna ilişkin özellikler

| Özellikler  | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Gebelikte Sigara Kullanma Durumu</b>           |     |      |
| Evet  | 97  | 11,9 |
| Hayır   | 718 | 88,1 |
| <b>Gebelikte Eşin Sigara Kullanma Durumu</b>      |     |      |
| Evet  | 390 | 47,9 |
| Hayır   | 425 | 52,1 |
| <b>Gebelik Öncesi Sigara Kullanma Durumu</b>      |     |      |
| Evet  | 217 | 26,6 |
| Hayır   | 598 | 73,4 |
| <b>Gebelikte Sigara Kullanma Durumu</b>           |     |      |
| Gebelikte sigara kullanma durumu değişmeyenler    | 22  | 2,7  |
| Gebeliğinde sigara kullanmayı bırakanlar          | 105 | 12,8 |
| Gebeliği planlayınca sigara kullanmayı bırakanlar | 14  | 1,7  |
| Gebeliğinde sigarayı azaltanlar                   | 69  | 8,5  |
| Gebeliği planlayınca sigarayı azaltanlar          | 5   | 0,6  |
| Hiç sigara içmeyenler                             | 412 | 50,5 |
| Sigara içmeyi deneyenler                          | 157 | 19,4 |
| Gebelikte ilgisi olmadan sigarayı bırakanlar      | 29  | 3,6  |
| Birkaç günde 1-2 adet sigara içenler              | 1   | 0,1  |
| Gebeliği öğrenince nargile içmeyi bırakanlar      | 1   | 0,1  |
| <b>Pasif İçicilik Durumu</b>                      |     |      |
| Evet  | 521 | 63,9 |
| Hayır   | 294 | 36,1 |

Gebelerin %49,5'inin sigaranın anneye olan zararlarını bilmediği, %31'inin bebeğe olan zararlarını bilmediği ve %56,7'sinin de sigaranın gebeliğe zararlarını bilmediği belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Gebelerin sigaranın zararlarını bilme düzeyleri

| Özellikler                                    | n  | %    |
|---|----|------|
| <b>Anneye olan zararlarını bilme durumu</b>   |    |      |
| Evet  | 49 | 50,5 |
| Hayır   | 48 | 49,5 |
| <b>Bebeğe olan zararlarını bilme durumu</b>   |    |      |
| Evet  | 67 | 69,0 |
| Hayır   | 30 | 31,0 |
| <b>Gebeliğe olan zararlarını bilme durumu</b> |    |      |
| Evet  | 42 | 43,3 |
| Hayır   | 55 | 56,7 |

Gebeliğinde sigara içenlerin ikiden fazla gebeliği olduğu, gebeliklerinin çoğunlukla birinci trimesterinde buldukları, gebeliğin plansız olduğu ve yaşayan çocuklarının olduğu belirlendi. Gebeliğinde sigara içen kadınların doğum öncesi bakım alma oranı içmeyenlere göre düşük bulundu (Tablo 3).

Gebelikte sigara içen kadınlarda eşin sigara içme ve gebenin yanında sigara içme oranının gebeliğinde sigara içmeyenlere göre çok daha fazla olduğu bulundu (Tablo 4).

### Tartışma

Türkiye'de kadınlarda gebelik öncesi sigara kullanma konusunda yapılmış çalışmalara bakıldığında kadınlarda sigara içme oranının %13,7-%23,9 aralığında olduğu gözlenmiştir.<sup>19,22,36,37,38</sup> Smedberg ve ark.<sup>39</sup>'nin çalışmasında ise bu oran %35,3 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kadınların gebelik öncesi sigara içme oranının %26,6

Tablo 3. Gebelerin sigara içme durumlarına göre obstetrik-jinekolojik özelliklerinin karşılaştırılması

| Özellikler               | Sigara içenler<br>(n=97) |      | Sigara İçmeyenler<br>(n=718) |      | $\chi^2$ | p    |
|--------------------------|--------------------------|------|------------------------------|------|----------|------|
|                          | n                        | %    | n                            | %    |          |      |
| Gebelik Sayısı           |                          |      |                              |      |          |      |
| 2 ve altı                | 55                       | 56,7 | 499                          | 69,5 | 6,429    | 0,01 |
| 3 ve üzeri               | 42                       | 43,3 | 219                          | 30,5 |          |      |
| Gebelik Haftası          |                          |      |                              |      |          |      |
| I. trimester             | 32                       | 33,0 | 142                          | 19,8 | 9,308    | 0,01 |
| II. trimester            | 34                       | 35,1 | 275                          | 38,3 |          |      |
| III. trimester           | 31                       | 32,0 | 301                          | 41,9 |          |      |
| Gebeliği Planlama Durumu |                          |      |                              |      |          |      |
| Planlı                   | 65                       | 67,0 | 554                          | 77,2 | 4,818    | 0,02 |
| Plansız                  | 32                       | 33,0 | 164                          | 22,8 |          |      |
| Yaşayan Çocuk Durumu     |                          |      |                              |      |          |      |
| Var                      | 60                       | 61,9 | 364                          | 50,7 | 4,264    | 0,03 |
| Yok                      | 37                       | 38,1 | 354                          | 49,3 |          |      |
| Doğum Öncesi Bakım       |                          |      |                              |      |          |      |
| Alma                     | 37                       | 38,1 | 186                          | 25,9 | 6,441    | 0,01 |
| 4 ve altı kontrol        | 60                       | 61,9 | 532                          | 74,1 |          |      |
| 5 ve üzeri kontrol       |                          |      |                              |      |          |      |

Tablo 4. Gebelikte sigara içme durumu ile eşin sigara kullanma durumu ve pasif içicilik durumlarının karşılaştırılması

| Özellikler             | Sigara İçenler<br>(n=97) |      | Sigara İçmeyenler<br>(n=718) |      | $\chi^2$ | p    |
|------------------------|--------------------------|------|------------------------------|------|----------|------|
|                        | n                        | %    | n                            | %    |          |      |
| Eşin Sigara Kullanması |                          |      |                              |      |          |      |
| Evet                   | 81                       | 83,5 | 309                          | 43,0 | 54,775   | 0,00 |
| Hayır                  | 16                       | 16,5 | 409                          | 57,0 |          |      |
| Yanında Sigara İçilme  |                          |      |                              |      |          |      |
| Evet                   | 82                       | 84,5 | 439                          | 61,1 | 19,279   | 0,00 |
| Hayır                  | 15                       | 15,5 | 279                          | 38,9 |          |      |

olduğu ve gebelikte sigara kullanma oranının ise %11,9 olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de gebelerde sigara içme konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında ise gebelikte sigara kullanma oranının %6,8-%28 aralığında olduğu görülmektedir.<sup>4,10,14-23,34,40,41</sup>

Kadınlar arasında gebelikte veya gebelik öncesi ve sonrası dönemde sigara kullanımının hala bu denli yaygın olması doğacak nesillerin sağlığını tehdit etmekte ve bu konudaki çalışmaların daha aktif olması gerektiğini göstermektedir.

Gebelikte günlük içilen sigara adedinde hiçbir değişiklik olmadan sigara içen kadınların oranı Marakoğlu ve Erdem<sup>18</sup>’in çalışmasında %2,5, Marakoğlu ve Sezer<sup>10</sup>’in çalışmasında ise %9 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da bu oran (%2,7) Marakoğlu ve Erdem<sup>18</sup>’in çalışma sonucuyla benzerdir.

Genç anne yaşı gebelikte sigara kullanılması ile ilişkili önemli bir sosyo-

demografik risk faktörüdür. Aktaş ve Güler<sup>1</sup>’in çalışmasında sigara içen gebe kadınların çoğunluğunun 20-29 yaş, Cesur<sup>2</sup>’un çalışmasında ise sigara içen gebelerin %51’inin 25-34 yaş, %30’unun 15-24 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Kanada’da Erickson ve Arbour<sup>26</sup> 35 yaş üstündeki kadınlarda sigara içme eğiliminin daha az olduğunu tespit etmiştir. Smedberg ve ark.<sup>39</sup> 15 Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmada Batı Avrupa’da 20 yaş altındaki gebelerde sigara kullanımının diğerlerine göre daha fazla olduğunu bildirmiştir. Sigara kullanan gebelerin (%26,2) en çok 21-30 yaş arasında (%59,5) olduğu gözlenmiştir.<sup>39</sup> Demirci ve Canbulat<sup>42</sup>’a göre adolesan gebelerde sigara kullanımı yetişkinlere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da sigara içen gebelerin yarısından fazlasının (%59,8) 30 yaş ve altında olması diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Sigara içme eğiliminin yüksek olduğu hedef yaş grubun

belirlenmesi gebelikte verilecek bakım için yol gösterici olabilir.

Sigara kullanımını etkileyen faktörlerden bir diğeri de eğitimidir. Gebe kadınlarda eğitim durumu düşük olanlarda ise sigara içme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>1,2,34,39,43</sup> Bizim çalışmamızda da sigara içen gebelerin yarısından fazlasının (%59,8) eğitim durumunun düşük olması literatür sonuçlarıyla uyumludur. Bu durumda eğitim seviyesi yüksek olan kadınların sigaranın gebelik üzerine olan zararlı etkilerini diğer kadınlara oranla daha çok bildikleri düşünülebilir.

Altıparmak ve ark.<sup>4</sup>'nün yaptığı çalışmada gelirin giderini karşılamadığını söyleyen gebelerde sigara içme oranı %30 iken geliri giderini karşılayan gebelerde sigara içme oranı %11,1 olarak bulunmuştur. Marakoğlu ve Sezer<sup>10</sup> ile Marakoğlu ve Erdem<sup>18</sup>'in çalışmasında orta ve düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olan gebelerde sigara içme oranının daha düşük olduğu bulunmuştur. Cesur<sup>2</sup>'un çalışmasında çalışan gebe kadınlardaki sigara kullanma oranı ev hanımlarına göre daha düşük olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise sigara içen gebe kadınların çoğunluğunun (%76,3) herhangi bir işte çalışmadığı ve geliri gidere denk-yetersiz olan gebe kadınlarda sigara içme oranının da grubun dörtte üçünü (%77,3) oluşturduğu gözlenmiştir. Bu sosyo-demografik özellikler açısından daha büyük bir örneklem grubu ile çalışılması önerilir.

Aktaş ve Güler<sup>1</sup>'in çalışmasında sigara içen gebe kadınların sigaranın kendilerine zarar verme konusundaki bilgi durumu sorgulandığında %69,2 oranında "bilgim yok" ifadesini kullandıkları gözlenmiştir. Cesur<sup>2</sup>'un yaptığı çalışmada sigaranın gebelikte kendilerine vereceği zararlar konusunda "bilgim yok" diyen ve sigara içen gebeler %48,4 bulunmuştur. Aktaş ve Güler<sup>1</sup>'in çalışmasında sigara içen gebeler sigaranın bebeklerine vereceği zararlar konusunda %44,2 oranında "bilgim yok" demiştir. Cesur<sup>2</sup>'un çalışmasında sigaranın bebeklerine vereceği zararlar hakkında "bilgim yok" diyenlerin oranı sigara içenlerde %45,3 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da gebelikte sigara içen gebelerin yarısı (%50,5) sigara içmenin anne sağlığına zararlı olduğunu, yarısından fazlası (%69) da bebek sağlığına zararlı olduğunu ifade etmiştir. Bu durum gerek basın yayın kuruluşları gerekse de sağlık kurumlarında gebelikte sigara içmenin zararlarına yeterince değinilmediğini ve bu konu

ile ilgili bilinç düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir.

Smedberg ve ark.<sup>39</sup>'nün çalışmasında gebeliği planlı olmayan kadınlarda gebelikte sigara içme oranı planlı gebelik geçirenlere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışma sonucumuzda Smedberg ve ark.<sup>39</sup>'nün çalışma sonucu ile paraleldir. Gebeliklerin planlı ve istenen gebelikler olması deteklenmelidir.

Smedberg ve ark.<sup>39</sup> ile Cesur<sup>2</sup>'un çalışmasında multipar gebe kadınlarda sigara içme oranı anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da buna benzer olarak yaşayan çocuğu olan gebelerde sigara içme oranı diğerlerine göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum "Önceki çocukta sorun olmadı. Bunda da olmaz" gibi yanlış bir düşüncenin yaygın olduğunun göstergesi olabilir.

Smedberg ve ark.<sup>39</sup>'nün çalışmasında sigara içen gebelerin içmeyenlere göre doğum öncesi bakım alma oranının çok düşük (%9,8) olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda da sigara içen gebelerin sigara içmeyen gebelere göre daha az sayıda doğum öncesi bakım aldığı gözlenmiştir. Bu durum sigara içen gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yeterince yararlanmadıklarının ve sağlığı geliştirici tutum ve davranışlardan uzak olmalarının bir göstergesi olabilir.

Aktaş ve Güler<sup>1</sup>'in Trabzon'da yaptığı çalışmada gebelik boyunca sigara içen gebelerin %75'inin eşinin de sigara içtiği, sigara içmeyenlerin ise %21,8'inin eşinin sigara içtiği görülmüştür. Kısacak<sup>17</sup>'in Sivas'taki çalışmasında eşleri sigara içen gebelerde sigara içme oranı %30 iken eşi sigara içmeyenlerde bu oran %17,6 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda da yukarıdaki çalışmalara benzer olarak gebelikte sigara içen kadınların (%11,9) çoğunun (%83,5) eşinin de sigara içtiği belirlenmiştir. Elde edilen veriler literatür ile benzer özelliktedir.

Gebelikte sigara kullanmayı etkileyen faktörlerden bir diğeri de pasif içiciliktir. Altıparmak ve ark.<sup>4</sup>'nün çalışmasında sigara içen gebelerin %75,8'i aynı zamanda pasif içici olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda da sigara içen gebelerin çoğunun (%84,5) pasif içici olduğu gözlenmiştir. Elde edilen sonuç Altıparmak ve ark.<sup>4</sup>'nün çalışma sonucu ile benzerdir. Gebeler mutlaka sigara içme ve pasif içicilik ile ilgili bilgilendirilmelidir.

### Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma sonucunda; multigravidalarda, gebeliğinin birinci trimesterında olanlarda, gebeliği

plansız olanlarda, yaşayan çocuğu olanlarda, doğum öncesi bakım alma sıklığı 4 ve altında olanlarda ve eşi sigara içenler ile pasif içici gebelerde sigara kullanma oranı sigara içmeyen kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadınlara gebeliği planlama aşamasında ulaşılması, sigara içme davranışı yönünden tanılanması ve sigara içmesi durumunda bırakması yönünde desteklenmesi,
- Ebelerin gebelikte sigara kullanımı yönünden risk grubundaki gebeleri gebeliğin erken dönemlerinde tespit etmesi, bu gebelere gerekli danışmanlıkların verilmesi,
- Ebelerin gebeleri gebeliğin erken dönemlerinde ve her gebe izlemde sigara kullanımını ve pasif içicilik yönünden sorgulanması önerilir.

#### Kaynaklar

1. Aktaş S., Güler H. Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkisi. *Sted*, 2010, 19(3): 100-107.
2. Cesur B. Sivas İl Merkezinde Sigara İçen ve İçmeyen Annelerin ve Bebeklerinin Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Kayseri, 2005.
3. WHO. Recommendations for the Prevention and Management of Tobacco Use and Second-hand Smoke Exposure in Pregnancy. 2013. [Internet]. 2015 February 30; Available from: <http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobacco-smokeexposure/en/>
4. Altıparmak, S., Altıparmak, O., Avcı, H. D. Manisa'da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği. *Türk Toraks Dergisi*, 2009, 10: 20-25.
5. Öztuna F. Gebelikte Sigara Bırakma Tedavisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2008, 56(2): 232-235.
6. Russel C. S., Taylor R., Law C.E. Smoking In Pregnancy, Maternal Blood Pressure, Pregnancy Outcome, Baby Weight and Growth and Other Related Factors a Prospective Study, *BritJ.Prev.Soc. Med.*, 1968, 22:119-126.
7. Fergusson D. M., Woodward L. J., Harwood. Maternal Smoking During Pregnancy and Psychiatric Adjustment in Late Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 1998, 55: 721 – 727.
8. Brennan P. A., Grekin E. R., Mednick S. A. Maternal Smoking During Pregnancy and Adult Male Criminal Outcomes. *Arch Gen Psychiatry*, 1999, 56: 215-219.
9. Kırımı E., Pençe S. Gebelikte Sigara Kullanımının Fetüs ve Plasentanın Gelişimine Etkisi, *Van Tıp Dergisi*, 1999, 6(1): 28-30.
10. Marakoğlu K., Sezer R. E. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 25(4): 157-164.
11. Vogazianos P., Fiala J., Vogazianos M. The Influence of Active Maternal Smoking During Pregnancy on Birth Weights in Cyprus, *Cent Eur J. Publ. Health*, 2005, 13(2): 78-84.
12. Mamun A. A., Lawlor D. A., Alati R., O'Callaghan M. J., Williams G. M., Najman J. M. Does Maternal Smoking During Pregnancy Have A Direct Effect on Future Offspring Obesity? *American Journal of Epidemiology*, 2006, 164(4): 317-315.
13. Gilman St. E., Breslau J., Subramanian S. V., Hitsman B., Koennen K. Social Factors, Psychopathology and Maternal Smoking During Pregnancy, *American Journal of Public Health*, 2008, 98(3): 448-453.
14. Doğu S., Ergin A.B. Gebe Kadınların Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler ve Gebelikteki Zararlarına İlişkin Bilgileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2008, 1 (1): 26-39.
15. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara 2008. [Internet]. Erişim 04.03.2014, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf)
16. Demirkaya B. Ö. Gebelikte Sigara İçiminin Placenta ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. 2004, İstanbul, 1-77.
17. Kısacık G. Gebe Kadınların Sigara İçme Davranışları ve Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgilerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2007, Sivas, 1-77.
18. Marakoğlu K., Erdem D. Konya'da Gebe Kadınların Sigara İçme Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Erciyes Tıp Dergisi*, 2007, 29(1): 47-55.
19. Semiz O., Sözeri C., Cevahir R., Şahin S., Kılıçoğlu S.S. Sakarya'da Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler. *Sted*, 2006, 15 (8): 149-152.
20. Mutlu L.C., Saraçoğlu G.V. Prevalence Of

- Smoking During Pregnancy. Turk J Public Health, 2014, 12(1).
21. Şahin E.M., Kılıçarslan S. Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010, 27(1): 51.
  22. Durualp E., Bektaş G., Ergin D., Karaca E. Topçu E. Annelerin Sigara Kullanımı İle Yenidoğanın Doğum Kilosu, Boyu ve Baş Çevresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2011, 64 (3): 119-126.
  23. Balkaya N.A., Vural G., Eroğlu K. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014, 4(1): 6-16.
  24. Tong V.T., Dietz P.M., England L.J., Farr Sh. L., Kim Sh.Y., D'Angelo D., Bomberd J. Preventing Chronicle Disease. Public Health Rsearch. Practice and Policy, 2011, 6: 6,A 121.
  25. Howe, L. D., Matijasevich, A., Tilling, K., Brion, M. J., Leary, S. D., Smith, G. D., Lallor, D. A. ( 2012). Maternal Smoking During Pregnancy and Offspring Trajectories of Height and Adiposity: Conpairing Maternal and Paternal Associatios. *International Journal of Epidemiology*, 10: 1-11.
  26. Erickson A. C., Arbour L. T. Heavy Smoking During Pregnancy as A Marker for Other Risk Factors of Adverse Birth Outcomes. BMC Public Health, 2012, 12 (102).
  27. Passey, M. E., D' Este, C. A., Fisher, R. W. S. (2012). Knowledge, Attitudes and Other Factors Associated with Assessment of Tobacco Smoking Among Pregnant Aboriginal Women By Health Care Providers. *BMC Public Health*, 12(165): 1-10.
  28. Cnattigiuss S., Lindmark G., Meirik O. Who Continues To Smoke While Pregnant. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1992, 46: 218 – 221.
  29. Mohsin M., Bauman A. E. Sociodemographic Factors Associated with Smoking and Smoking Cessation Among 426.344 Pregnant Women In New South Wales, Australia, BMC Public Health, 2005, 5:138.
  30. Gilman St. E., Breslau J., Subramanian S. V., Hitsman B., Koennen K. Social Factors, Psychopathology and Maternal Smoking During Pregnancy, *American Journal of Public Health*, 2008, 98(3): 448-453.
  31. Bergmann R. L, Bergmann K. E, Schuhmann S Richter, Dudenhausen J. W. Rauchen in der Schwangerschaft Verbreitung, Trend, Risikofaktoren (Smoking during Pregnancy Rates, Trends, Risk Factors). *Z. Geburtsh Neonatol*, 2008, 212: 80-86.
  32. Higgins St., Heil S. H., Bader G. J., Skelly J. M., Solomon L. J., Bernstein I. M. Educational Disavantage and Cigarette Smoking During Pregnancy. *Drug Alcohol Depend*, 2009, 1(104): 100-105.
  33. Scott L. T. J., Heil S.H., Higgins St.T., Badger G.J., Bernstein I.M. Depressive Symptoms Predict Smoking Status of Pregnant Women. NIH Public Access, *Addict Behav*, 2009, 34(8): 705-708.
  34. Ergin I., Hassoy H., Tanik F. A., Aslan G. Maternal Age, Educational Level and Migration: Socioeconomic Determinants For Smoking During Pregnancy In A Field Study From Turkey. *BMC Public Health*, 2010, 10:325.
  35. Rosand G. M., Slinning K., Gran M. E., Roysamb Tambs, K. Partner Relationship Satisfaction and Maternal Emotional Distress in Early Pregnancy. *BMC Public Health*, 2011, 11:161.
  36. Saka G., Ertem M., Çifçi S., Değer V., Keskin C. Mardin Kent Merkezinde 15 Yaş Üstü Kadınlarda Sigara İçme Sıklığı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2008, 7(2): 141-146.
  37. Aslaner E. Adana İl Merkezinde Sigara Kullanımı ve Etkilerinin, Sigaraya ve Dumana Maruziyetin ve Tütün Kontrol Yöntemleri İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışların Telefon Surveyi İle Saptanması. Yüksek Lisans Tezi Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyoistatistik Anabilim Dalı. 2008, Kayseri.
  38. Şengezer T., Sivri F., Dilbaz N., Sunay D. Ankara İli Yenimahalle İlçesinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Bireylerde Sigara Bağımlılığı ve İlişkili Risk Faktörleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2014, 18(1): 42-48.
  39. Smedberg J., Lupattelli A., Mardby A.C., Nordeng H. Characteristics of Women who Continue Smoking During Pregnancy: A Cross-Sectional Study of Pregnant Women and New Mothers In 15 European Countries. *Biomed Central*, 2014, 14: 213.
  40. Özkan Z. Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Ebelik Anabilim Dalı. 2012, İstanbul.

41. Günaydın S. Maternal Obezitenin Anne ve Bebek Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Ebelik Anabilim Dalı. 2013, İstanbul.
42. Demirgöz M., Canbulat N. Adölesan Gebelik. Türkiye Klinikleri J. Med. Sci, 2008, 28(6).
43. Başer S., Hacıoğlu M., Evyapan F., Özkurt S., Kıter G., Zencir M. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara İçme Özellikleri. Türk Toraks Dergisi, 2007, 8(3): 179-184.

## Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Kontrol Odağı Algısı ve İlişkili Bazı Faktörlerin Belirlenmesi\*

### The Determine Locus of Control of School of Health Students of a University and Some Related Factors

Fatih KARA<sup>a</sup>, Aysun GÜZEL<sup>b</sup>, Sabriye UÇAN<sup>c</sup>

**ÖZET Amaç:** Bu çalışmanın amacı, bir üniversitenin sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kontrol odağı algıları ve ilişkili bazı faktörleri belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Bu kesitsel araştırma bir sağlık yüksekokulunda okuyan 198 öğrenci ile Haziran-2015 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerini irdeleyen sorular ile Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği Akademik Motivasyon Ölçeği On Maddeli Kişilik Ölçeği (OMKÖ) içeren anket formuyla toplanmıştır. Veriler SPSS 16.0 programında yüzdeler, tek yönlü varyans analizi ve bağımsız örneklem t-testi kullanılarak analiz edilmiş;  $p < 0,05$  olan değerler anlamlı kabul edilmiştir. **Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması  $20,07 \pm 1,8$  (en düşük: 18; en yüksek: 34)'dir ve %52'si kadındır. Öğrenciler dış kontrol odağına sahip bulunmuştur. Kadın öğrencilerin Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği toplam puan ortalamasının erkek öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0,04$ ). **Sonuç:** Üniversite öğrencileri için depresyon, sorumluluk duygusu ve motivasyonsuzluğun kontrol odağı ile ilişkili olan önemli değişkenler olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kontrol odağı, öğrenci, depresyon, sorumluluk, motivasyonsuzluk.

**ABSTRACT Aim:** The aim of this study is to determine locus of control of school of health students of a university and some related factors. **Material and Method:** This cross sectional study was conducted with 198 students in school of health on June-20145 Data of the study was collected with a questionnaire including questions for sociodemographic status and the Rotter Internal External Locus of Control Scale, Health Perception Scale, Beck Depression Inventory (Scale) (BCI), Academic Motivation Scale, Ten-Item Personality Inventory (Scale). Frequencies, one way anova and independent samples t test were used with SPSS 16.0 (program for statistical analysis of data). A value of  $p < 0,05$  was considered statistically significant. **Results:** Mean age of students was  $20,07 \pm 1,8$  (min:18; max:34) and 52% of the students were female. The students had external locus of control. It was determined that Rotter Internal External Locus of Control Scale total mean score of female students were statistically higher than male students ( $p= 0,04$ ). **Conclusion:** Depression, sense of responsibility, amotivation were determined as the important variables related the locus of control for university students.

**Key Words:** Locus of control, student, depression, responsibility, amotivation.

\*5-9 Ekim 2015 tarihleri arasında Konya'da yapılan 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi/Received:20-02-2016 / Kabul Tarihi/Accepted:20-09-2016

<sup>a</sup> Yrd. Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Bölüm Başkanı,

e-mail: fatihkara@selcuk.edu.tr

<sup>b</sup> Öğr. Gör. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü,

e-mail: ayurdakul@mehmetakif.edu.tr

<sup>c</sup>Uzman Ebe, Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü Serik Toplum Sağlığı Merkezi,

e-mail: sabriye\_ucan@hotmail.com

Sorumlu yazar /correspondence: Yrd. Doç. Dr. Fatih Kara, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Bölüm Başkanı, e-mail: fatihkara@selcuk.edu.tr

**Atf: Kara F, Güzel A, Uçan S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin kontrol odağı algısı ve ilişkili bazı faktörlerin belirlenmesi. HSP2016;3(3):148-159**

**To cite this article: Kara F, Güzel A, Uçan S. The determine locus of control of school of health students of a university and some related factors. HSP 2016;3(3):148-159**



## Giriş

Kontrol Odağı 1966'da ortaya çıkan J. Rotter'ın "Sosyal Öğrenme Teorisi" içinde yer alan ve pekiştireçlerin kaynağı ile ilgili olan bir kavramdır.<sup>1</sup> Sosyal öğrenme teorisi ise 1947 yılında ilk kez J. Rotter tarafından kullanılan bir ifadedir. Yatangaç'a (2010) göre ödül ve ceza kavramları bireylerin davranışlarını doğrudan etkiler ve kişiler yaptıkları davranış sonucunda aldıkları ödül ve cezalara göre davranış kalıplarını öğrenirler.<sup>2</sup> Rotter genel olarak; pekiştireçlere karşı mükafat düşüncesini ve kişiler arasındaki farklılıkları, kişilerin günlük yaşantıları sırasındaki kontrol algılarını ve bunları belirleyen faktörleri, ödül ve davranışları arasındaki ilişki hakkında kişilerin inanışlarını ve bu inanışları etkileyen faktörleri, başarı ve başarısızlık gibi durumların nelere atfedildiğini incelemiştir.<sup>3</sup> Seyhan (2012) bu durumu, "Rotter insan kişiliğini ve sosyal öğrenme kuramını açıklarken; bir ortamda bireyin belirli bir davranışının ortaya çıkma olasılığında yani *davranış potansiyelinde*, bir eyleme girmeden önce bu eylemin belirli bir pekiştireçle gerçekleşme olasılığı ve pekiştirmenin taşıdığı değerın hesaplanması anlamına gelen *beklenti* ve bir pekiştireci diğerine tercih etme derecemiz olan *pekiştirme değeri* gibi değişkenlerin yer aldığı iddia etmiştir" şeklinde açıklamıştır.<sup>4</sup> Akbolat ve ark. (2011) göre Rotter kontrol odağı kavramında yapılan davranışların sonuçlarının yani ödül ve cezaların kişide yoğunlaştığı yere atfetmektedir. Kişi deneyimlerinden, yaptığı davranışın olumlu sonucu olarak ödül aldığını, olumsuz sonucu olarak ceza aldığını ve bir sonraki davranışının da ödüle ya da cezaya dönüştüğünü fark ettiğinde, içsel olarak kendini bu davranışa iten pekiştireçlere odaklanmaktadır. Pekiştirici kişinin davranışını izlemektedir. Bu durum ise Dağ (1991) tarafından; pekiştiricinin davranışı "izler" algılanması olarak yorumlanmıştır.<sup>5,6</sup>

Rotter, bebeklikten çocukluğa kadar olan davranışların deneyimlenebilir ve öğrenilebilir özellikte olduğunu çünkü kişiliği oluşturan davranışların bazı pekiştireçler tarafından meydana geldiğini savunmuştur. Beklentilerinin olabilmesini isteyen çocukların, onlardan beklenen davranış göstermesinin gerektiğini, bu durumun da çocuklarda davranışın oluşmasında rol alan pekiştireçleri artırmış olacağını belirtmiştir. Bu durumu detaylı bir şekilde incelediğinde ise pekiştireçlerin bazen bir davranışa bağlı olarak değil de şans tesadüf gibi kavramlara bağlı olarak ortaya çıktığını saptamıştır.

Bu durum, Dağ (1991) tarafından; pekiştiricinin davranışı "izleme" algılanması olarak ifade edilmiştir.<sup>6</sup> Bu nedenle de çocuklar, bazı ödül ve ya cezaların pekiştireçler tarafından doğrudan etkilenen davranışlar sonucunda verildiğini, bazıların ise pekiştireçlerin dışındaki olayların sonucunda şans, tesadüf ve diğer insanların yaptıkları şeyler nedeniyle ortaya çıktığını algılamaktadırlar. Bu durum çocukların sahip olduğu ve sonuçtan nedene doğru öğrenilen bir kavram olan içsel pekiştireçlerin ya da şans, kader vb. gibi dışsal pekiştireçlerin çocukların kişilik özelliklerinin oluşmasında etkili olduğunu anlatmaktadır. Kontrol odağı algısı, bebeklikten başlayıp yaşamın sonuna kadar devam eden ve farklı çevre ve kültürle doğrudan ilişkili olan bir kavram olarak ifade edilmektedir. Kişiler, aile ve toplumsal çevreden etkilendikleri için kontrol algıları da yüksek oranda karakterleriyle ilişkili olmaktadır. Fakat bazı kazanımların (ödül ve ya ceza) şans ile ilgili olduğu belirtilse de çoğu kazanımın kişilerin bireysel davranışları ve inançları ile ilgili olduğu çoğu yazar tarafından vurgulanmaktadır.<sup>7</sup>

Rotter'ı takip eden yıllarda 1963'te Crowne ve Liverant dış kontrole sahip kişilerin, kendileri dışındaki diğer kişilerin kontrolü altına girmeyi daha kolay kabul edebildiğini ve bu durumu daha kolay kabullenebildiğini, 1970'te Hjellev and Couser iç kontrole sahip olan insanlara karşı yapılan ikna edici ve yönlendirici çabaların onların fikirlerini ve yeteneklerini daha az oranda etkilediğini, 1980'de Kabanoff and O'Brien ise iç kontrole sahip insanların daha fazla beceriye sahip olduğunu ve bir görevi yerine getirirken daha kontrollü davrandıklarını ifade etmiştir.<sup>8</sup>

Günümüzde sosyal öğrenme kuramı denildiğinde Rotter'in yanı sıra A. Bandura da akla gelmektedir. Bandura, Rotter'ın fikirlerine benzer fikirlere sahip olduğunu bazı yazılarında açıklamıştır. Yatangaç'a (2010) göre Bandura'nın savunduğu görüş insanların öğrendikleri davranışları deneyimlenme yoluyla edindikleri, karşılığında ödül aldıkları davranışları yaptıkları ve ceza verilen davranışları yapmadıkları ve davranışların sonuçlarının ödül olacağını bildiklerinde ya da öngördüklerinde ise o davranışa güdülendikleridir.<sup>2</sup>

Kontrol odağı kavramının temelinde olayların neden ve sonuçlarına yönelik insanların düşüncelerinin olduğu, olay sonucunda da kişiye verilen ödül veya cezanın kişinin bir sonraki davranışını etkilediği ifade edilmekte-

dir. Basım ve Şeşen bazı insanların, yaşadıkları olayları, başarı ya da başarısızlıklarını kontrol edebildiğine inandığını, bazılarının da bu olayları şans ve kaderin belirlediğine inandığını vurgulamışlardır. Aynı yazarlar, bu düşünce farklılığının insanların davranışlarını değiştirdiğini, olayları kontrol ettiğine inanan kişilerin başarılı olduğunu, olayları kontrol edemeyip şans ya da kadere atfeden kişilerin başarısız olduğunu belirtmişlerdir.<sup>3</sup>

Kontrol odağı algısının, bireylerin sonuçları oluşturan beklentilerinin nasıl oluştuğuna bağlı olarak değiştiği saptanmıştır.<sup>9,10</sup> Rotter (1975) pekiştirici tarihi ve geçmiş deneyimlerin bu inanışları oluşturduğunu öne sürmüştür. Bu nedenle önemli sonuçlara katkı sağlayacak nedenlerin başlangıç noktalarını belirleyebilmek için bireylerin stresli olaylara verdikleri reaksiyon ve bireylerin geçmiş yaşamlarındaki öğrendiklerinin önemli olduğunu iddaa etmiştir. Kişilerin, geçmişte çoğunlukla başarılı kontrol girişimleriyle deneyimlendiklerinde iç kontrol inançlarının fazla olacağını; başarısız kontrol girişimleriyle deneyimlendiklerinde dış kontrol inançlarının fazla olacağını ifade etmiştir. Bireylerin artık hükmü olmayan eski, belirsiz bir fikir ya da durum veya yeni bir fikir ya da durum karşısında nasıl tepki verdikleri ve eyleme geçtiklerinin önemli olduğunu saptanmıştır. Rotter, bireylerin strese karşı verdikleri tepkilerin onların kontrol inançları ve kişilik özellikleri ilişkisine bağlı olduğunu, bu ilişkiyi anlamak için onların kontrol algısı üzerindeki inanışlarını belirlemenin önemli olduğunu vurgulamıştır.<sup>1</sup>

### İç Kontrol Odağı

Kişilerin beklentileri onların bilgi, beceri, yetenek ve performanslarına bağlı olarak sonuçlanmaktadır. Kişiler davranış-sonuç ilişkisine inandıklarında şans olgusuna verdikleri önem azalmakta, istenilen sonuca ulaşabilmek için bireyde davranış değişikliği olmaktadır. Bir unsurun ödül ya da ceza olarak kabul edilmesini insanların kişilik yapıları, kültürleri, şans ile ilgili olarak algıları değiştirmektedir. Kontrol odağı ise kişilerin yaşadıkları olayların ortaya çıkma nedenleri hakkında sorumluluğun kime ve neye yüklendiği ile ilgili olan, kişinin subjektif bakış açısını yansıtan ve kişinin yaşadığı olayları yönlendirebilmesini ifade eden bir kavramdır. Rotter'a göre olaylar kişilerin kendi kontrollerine bağlı olarak gelişiyorsa ve onların istemleri doğrultusunda yön buluyorsa "iç kontrol odağı" olarak adlandırılmaktadır.<sup>11</sup>

İçsel kontrol odağına sahip insanlar yaşadıkları olayların sonuçlarını genel olarak kendi kişisel özelliklerine, kendi çaba ve kabiliyetlerine atfettikleri için bu olayların sonuçlarını değiştirebilmek için gereken güce sahip olduklarını düşünmektedirler<sup>9</sup>

Çoğu araştırma insanların farklı yollarla motive olduğunu, aynı olaylara farklı şekillerde cevap verdiklerini desteklemektedir. 20-60-20 kuralına göre; insanların %20'si iç motivasyona sahip olduğu için yapmak istedikleri bir şeye kendileri başlayıp bu işi devam ettirmek için mücadele ederken, % 60'ı bir eyleme başlayabilmek için dışarıdan bir uyaran, destek beklemekte ve kalan %20'si harekete geçmek için hiçbir şey yapmamaktadır. Şirketler ise geleceklerini garanti altına almak, işlerin sürekli ve sorunsuz bir şekilde yürütülmesini sağlayabilmek amacıyla; çalışan seçiminde tamamen iç kontrole sahip olan %20 ile teşvik ile harekete geçen %60'lık kısmı tercih etmektedirler.<sup>8</sup>

### İç kontrol odağı yararları:

İç kontrol odağına sahip insanlar genel olarak;

- İçinde buldukları koşulları geliştirmek için çaba harcayan,
- Başarı için emek vermek gerektiğini vurgulayan,
- Bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirmek için kendilerini zorlayan,
- Önlerine çıkan engellerin neler olduğunu araştıran ve çözmeye çalışan,
- Gelecekte pozitif sonuçlar oluşturmakta kullanacakları bilgiyi not alan kişiler olarak açıklanmaktadır.<sup>8</sup>

### Dış Kontrol Odağı

Oktay (2013) dış kontrol odağı algısına sahip insanların, başarılı ya da başarısız olduklarında bu durumun kendileri dışında ki diğer etkenler tarafından olduğuna inandıklarını, özellikle başarısızlık durumunda dış faktörlerin ya da kişilerin etrafında olan ve hareketlerine yön veren karmaşık güçlerin sorumlu tutulduğunu belirtmiştir.<sup>9</sup> Bazı durumlarda ise kişide ki dış kontrol odağı algısının fazla olması, davranış sonucunda oluşan eylemin olumsuz olması ya da yapılan işin niteliğinin az olması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu durum ise kişi de o eylemle ilgili olarak çok az kontrolünün olduğu ya da hiç kontrolünün olmadığına dair bir inanç oluşturmaktadır. Kişi böyle bir durumda ne kadar çabalarsa çabalasın, kendi eylemleri tarafından oluşan sonuçların hep diğer unsurlar

tarafından belirleneceğine inanmaktadır. Bu karışıklık çoğunlukla çocuklukta algılanan kontrol odağı kavramının izini devam ettirmektedir. Bu nedenle de bazı insanlar sürekli olarak yaşamlarındaki ödülleri, cezalar ya da diğer olayların kendi davranışlarının ötesinde oluştuğunu ifade etmektedirler.<sup>12</sup> Rotter'a göre, olayların kişilerin kontrollerine bağlı olarak oluşmadığı, onların dışında şans, kader, tanrı ve başka insanların kontrolünde olduğuna dair genel bir beklenti varsa bu durum "dış kontrol odağı" olarak adlandırılmaktadır.<sup>11</sup>

### **Dış kontrol odağı yararları:**

Dış kontrol odağına sahip insanlar genel olarak;

- Mütevazı ve uyumlu,
- Diğerlerine minnet duygusu gösteren
- Geri planda kalan ve rahat olan,
- Memnun olmasalar bile bir işte uzun süre kalabilen,
- Kendilerine verilen görevleri sorgusuz kabul etme ve bu durumu sevme eğiliminde olan kişiler olarak ifade edilmektedir.<sup>8</sup>

Günümüz koşullarına bakıldığında; iç ve dış kontrol odağı kavramı hastanelerde, işyerlerinde, okullarda vb. diğer kuruluşlarda kurulan iletişimde önemlidir ve iç kontrol odağı algısını arttırabilmek için çeşitli araştırmalar yapılmaktadır. Bu araştırmanın amacı da öğrencilerin iç ya da dış kontrol odağına sahip olmaları ile sağlık algısı, depresyon, akademik motivasyon ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.<sup>8</sup>

### **Gereç ve Yöntem**

Araştırma kesitsel tipte epidemiyolojik bir araştırmadır. Araştırma verileri 8-12 Haziran 2015 tarihleri arasında, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü öğrencilerine yapılan anket ile toplanmıştır. Araştırma evreni 210 kişiden oluşmuştur ve örneklem seçilmeyip evrenin tamamına ulaşmaya çalışılmıştır. Araştırma sonunda 198 kişiye (evrenin %94'ü) ulaşılmıştır. Araştırmada, 1966 yılında Rotter tarafından geliştirilen ve 1991 yılında Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği Dağ tarafından yapılan "Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği" (RİDKOÖ), Diamond ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilen ve Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği Kadioğlu ve Yıldız tarafından 2011 yılında yapılan "Sağlık Algısı Ölçeği" (SAÖ), Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen

Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği 1989 yılında Hisli tarafından yapılan "Beck Depresyon Ölçeği" (BDÖ), Vallerand ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilen ve Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği Karagüven tarafından 2012 yılında yapılan "Akademik Motivasyon Ölçeği" (AMÖ), 2003 yılında Gosling ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği 2013 yılında Atak tarafından yapılan "On Maddeli Kişilik Ölçeği" (OMKÖ) ve öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeyi amaçlayan ve araştırmacılar tarafından hazırlanan 16 maddelik kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Anket formları ilgili sınıflarda derslere giren öğretmenlere verilmiştir. Öğretmenler anket formunu aynı zamanda dağıtıp, yaklaşık 30-35 dakika sonrasında toplamıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni kontrol odağı algısı; bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, ikamet yeri, sağlık algısı, depresyon algısı, akademik motivasyon algısı ve kişilik özellikleridir. Araştırma için Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurul Biriminden, Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünden ve ölçeklerin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğini yapan araştırmacılar tarafından izin alınmıştır. Ölçeklerin toplam ve (varsa) alt ölçek puanları hesaplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamına aktarılarak ortalama±standart sapma ve yüzde olarak özetlenmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyona ve regresyona bakılmıştır. Anlamlılık  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

### **Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)**

RİDKOÖ, Rotter tarafından 1966 yılında oluşturulmuştur. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği 1991 yılında Dağ tarafından üniversite öğrencilerinde yapılmıştır. Ölçek kişinin algıladığı pekiştireçlerin, içsel ya da dışsal güçlerin kontrolünde olduğuna dair kişinin inancını ölçmektedir ve 29 maddeden oluşmuştur. Ölçekte yer alan maddelerin 6 tanesi puanlanmamaktadır. Geri kalan 23 madde, iç ve dış kontrol odağını ölçen ifadeleri kapsamaktadır. Ölçeğe cevap veren kişinin kendisine yakın gelen ifadeyi seçmesi ve işaretlemesi beklenmektedir. Tüm maddelerde a ve b seçenekleri bulunmaktadır. Maddelerin bazılarında "a" bazılarında "b" seçeneğinde yer alan ifade 1 puan almaktadır. Ölçekten alınabilen en düşük puan 0, en yüksek puan 23'tür ve puanın yükselmesi dış kontrol odağının arttığını göstermektedir.<sup>6,7</sup>

Maddelerin 1 puan alan seçenekleri yandaki gibidir: 2. a, 3.b, 4.b, 5.b, 6.a, 7.a, 9.a, 10.b, 11.b, 12.b, 13.b, 15.b, 16.a, 17.a, 18.a, 20.a, 21. a, 22.b, 23.a, 25.a, 26.b, 28.b, 29.a.<sup>6,7</sup>

### Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Sağlık Algısı Ölçeği 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği 2011 yılında Kadıoğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır. SAÖ, 15 madde ve dört alt boyuttan oluşan beşli likert tipli bir ölçektir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu ifade, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum: 5”, “katılıyorum: 4”, “kararsızım: 3”, “katılmıyorum: 2”, “hiç katılmıyorum: 1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilen en düşük puan 15, en yüksek puan 75’tir.<sup>12</sup>

### Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ, Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir ve Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır.<sup>13</sup> Ölçek kişide görülen depresyon belirtisinin düzeyini duygusal, bilişsel ve motivasyonel olarak ölçmektedir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. 21 maddenin her biri dört seçenek içermektedir. Her bir madde depresyonla ilgili davranışsal bir özellik içermektedir ve hastalardan son bir haftadır ve halen hissettiklerini en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmektedir. Maddelerin her biri 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Tüm puanlar toplandıktan sonra elde edilen puan depresyon puanıdır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63 ola-

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de, bazı sosyodemografik özellikleri ile RİDKOÖ ortalamaları Tablo 2’de, araştırmada kullanılan diğer ölçekler ile RİDKOÖ arasındaki korelasyon Tablo 3’te, RİDKOÖ yorumlanmasına yönelik regresyon analizi Tablo 4’te verilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20,07±1,87 ve sahip oldukları kardeş sayısı ortalaması 3,36±2,19’dur. Öğrencilerin %52’si kadındır, %61,6’sı 1. sınıftadır, %20,2’si çalışmaktadır, %79,3’ünün algıladığı gelir düzeyi orta seviyededir ve %43,4’ü yurttan kalmaktadır. Öğrencilerin %56,6’sının ikamet yeri şehir merkezidir; %21,2’si sigara, %13,1’i alkol kullanmaktadır. Öğrencilerin %2,5’inde

0-9 puan: minimal depresyon, 10-16 puan: hafif depresyon, 17-29 puan: orta depresyon, 30-63 puan: şiddetli depresyon şeklinde yorumlanmaktadır.<sup>13,14</sup>

### Akademik Motivasyon Ölçeği (AMÖ)

Ölçek, Vallerand ve arkadaşları tarafından 1992 yılında Kanada’da geliştirilmiştir. Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği ise Karagüven tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçek yedi alt boyut ve toplam 28 maddeden oluşmuştur. Bunlar sırasıyla; İçsel Motivasyon Bilme (İM-Bİ), İçsel Motivasyon Başarma (İMBA), İçsel Motivasyon Hareket (İMHA), Dışsal Motivasyon Tanınma (DMT), Dışsal Motivasyon Kendini İspat (DMKİ), Dışsal Motivasyon Düzenleme (DMD) ve Motivasyonsuzluk (MS) boyutlarıdır. Alt boyutlardan alınan puan en az 4, en fazla 28’dir. Ölçek ve tüm alt boyutları; 1 ve 7 arasında derecelendirilen yedi derecelmeli likert tipinde bir ölçektir. Motivasyonsuzluk boyutundaki ifadeler diğer ifadelerle göre terstir fakat puanlama sırasına bu ifadeler de diğerleri ile aynı şekilde puanlanmaktadır. Dolayısıyla ölçekte ki tüm maddeler aynı şekilde puanlanmaktadır.<sup>15</sup>

### On Maddeli Kişilik Ölçeği (OMKÖ)

Ölçek, Gosling ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği ise Atak tarafından 2013 yılında yapılmıştır. On maddeden oluşan ölçek deneyeime açıklık, sorumluluk, dışa dönüklük, yumuşak başlılık ve duygusal dengelik alt boyutlarından oluşmuştur. Yedili likert tipinde olan ölçeğin tüm alt boyutlarında ikişer madde yer almaktadır.<sup>16</sup>

kronik hastalık vardır ve kronik hastalığa sahip olanların %1’i astıma sahiptir. Öğrencilerin %47’sinin anne öğrenim durumu ilköğretim, %34,3’ünün baba öğrenim durumu ilköğretim (Tablo 1).

RİDKOÖ puan ortalamasının (11,9±3,74) yüksek olması ve yükselen puanların dış kontrol odağı inancındaki artışı göstermesi nedeniyle araştırma sonucunda öğrencilerin dış kontrol odağı algısına sahip olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin, cinsiyetleri ile RİDKOÖ ortalamaları karşılaştırıldığında; kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre ölçek toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek

bulunmuştur ( $p=0,04$ ) (Tablo 2). Kadın öğrencilerde dış kontrol odağı algısı fazladır.

Öğrencilerin; sınıf düzeyi, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, kalınan yer ve kişiler, ikamet yeri, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, anne çalışma durumu ve baba çalışma durumu ile RİDKOÖ ortalamaları karşılaştırıldığında ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (sırasıyla;  $p=0,99$ ,  $p=0,86$ ,  $p=0,46$ ,  $p=0,52$ ;  $p=0,86$ ,  $p=0,33$ ,  $p=0,48$ ,  $p=0,32$ ,  $p=0,98$ ,  $p=0,77$ ,  $p=0,12$ ,  $p=0,45$ ) (Tablo 2).

Öğrencilerin RİDKOÖ puan ortalamaları ile BDÖ ve OMKÖ “sorumluluk” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ve zayıf bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $p<0,01$   $r=-0,22$ ;  $p=0,00$   $r=-0,21$ ) (Tablo 3). Dış kontrol odağı yüksek olan öğrencilerin depresyon düzeyinin düşük olduğu ve kişilik özellikleri bakımından sorumluluk duygularının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Öğrencilerin RİDKOÖ puan ortalamaları ile AMÖ “motivasyonsuzluk” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ve zayıf bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,02$   $r=0,16$ ) (Tablo 3). Dış kontrol odağı yüksek olan öğrencilerin motivasyonsuzluk düzeyinin de yüksek olduğu bulunmuştur.

RİDKOÖ ile SAÖ, AMÖ diğer alt boyutları (İMBİ, İMBA, İMH, DMT, DMKİ, DMD) ve OMKÖ diğer alt boyutları (deneyime açıklık, dışa dönüklük, yumuşak başlılık, duygusal dengelilik) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 3).

RİDKOÖ yorumlamaya yönelik yapılan regresyon analizine göre; RİDKOÖ ile SAÖ, BDÖ, AMÖ alt boyutları ve OMKÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4)

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

| Özellikler                 |                             | n   | %     |
|----------------------------|-----------------------------|-----|-------|
| Cinsiyet                   | Kadın                       | 103 | 52,0  |
|                            | Erkek                       | 95  | 48,0  |
| Sınıf düzeyi               | 1. sınıf                    | 122 | 61,6  |
|                            | 2. sınıf                    | 76  | 38,4  |
| Çalışma durumu             | Çalışıyor                   | 40  | 20,2  |
|                            | Çalışmıyor                  | 158 | 79,8  |
| Algılanan gelir düzeyi     | Kötü                        | 20  | 10,1  |
|                            | Orta                        | 157 | 79,3  |
|                            | İyi                         | 21  | 10,6  |
| Kalınan yer ve kişiler     | Evde ailesiyle              | 26  | 13,1  |
|                            | Evde yalnız                 | 13  | 6,6   |
|                            | Evde ev arkadaşlarıyla      | 64  | 32,3  |
|                            | Yurttan Apart               | 86  | 43,4  |
| İkamet yeri                | Şehir merkezi               | 112 | 56,6  |
|                            | Kırsal alan (ilçe, köy vb.) | 86  | 43,4  |
| Sigara                     | Evet                        | 42  | 21,2  |
|                            | Hayır                       | 156 | 78,8  |
| Alkol                      | Evet                        | 26  | 13,1  |
|                            | Hayır                       | 172 | 86,9  |
| Kronik hastalık varlığı    | Evet                        | 5   | 2,5   |
|                            | Hayır                       | 193 | 97,5  |
| Kronik hastalığın niteliği | Yok                         | 193 | 97,5  |
|                            | Astım                       | 2   | 1,0   |
|                            | Diyabet                     | 1   | 0,5   |
|                            | Hemofili                    | 1   | 0,5   |
|                            | Kalp rahatsızlığı           | 1   | 0,5   |
| Anne öğrenim durumu        | Okuryazar değil             | 27  | 13,6  |
|                            | Okuryazar                   | 11  | 5,6   |
|                            | İlkokul                     | 93  | 47,0  |
|                            | Ortaokul                    | 30  | 15,2  |
|                            | Lise                        | 31  | 15,7  |
| Baba öğrenim durumu        | Üniversite ve üstü          | 6   | 3,0   |
|                            | Okuryazar değil             | 7   | 3,5   |
|                            | Okuryazar                   | 6   | 3,0   |
|                            | İlkokul                     | 68  | 34,3  |
|                            | Ortaokul                    | 47  | 23,7  |
| Anne çalışma durumu        | Lise                        | 50  | 25,3  |
|                            | Üniversite ve üstü          | 20  | 10,1  |
|                            | Evet çalışıyor              | 34  | 17,2  |
|                            | Emekli                      | 9   | 4,5   |
|                            | Çalışmıyor                  | 155 | 78,3  |
| Baba çalışma durumu        | Evet çalışıyor              | 133 | 67,2  |
|                            | Emekli                      | 48  | 24,2  |
|                            | Çalışmıyor                  | 17  | 8,6   |
| Toplam                     |                             | 198 | 100,0 |

Tablo 2. Öğrencilerin Bazı Özellikleri ile RIDKOÖ Ortalamalarının Dağılımı ve Anlamlılık (p) Düzeyleri

| Özellikler (n=198)      | n                           | RIDKOÖ   |            |                           |
|-------------------------|-----------------------------|----------|------------|---------------------------|
|                         |                             | Ort ± SS | t-F / p    |                           |
| Cinsiyet                | Erkek                       | 103      | 11,84±9,1  | 2,050/ 0,04 <sup>1</sup>  |
|                         | Kadın                       | 95       | 15,05±12,5 |                           |
| Sınıf düzeyi            | 1. sınıf                    | 122      | 13,50±10,6 | -0,011/ 0,99 <sup>1</sup> |
|                         | 2. sınıf                    | 76       | 13,52±11,8 |                           |
| Çalışma durumu          | Çalışıyor                   | 40       | 13,25±14,6 | -0,168/ 0,86 <sup>1</sup> |
|                         | Çalışmıyor                  | 158      | 13,58±10,0 |                           |
| Algılanan gelir düzeyi  | Kötü                        | 20       | 12,45±3,7  | 0,772/ 0,46 <sup>2</sup>  |
|                         | Orta                        | 157      | 11,94±3,7  |                           |
|                         | İyi                         | 21       | 11,04±3,9  |                           |
| Kalınan yer ve kişiler  | Evde ailesiyle              | 26       | 12,38±4,0  | 0,796/ 0,52 <sup>2</sup>  |
|                         | Evde yalnız                 | 13       | 12,76±4,5  |                           |
|                         | Evde ev arkadaşlarıyla      | 64       | 11,40±3,0  |                           |
|                         | Yurtta                      | 86       | 11,87±3,7  |                           |
|                         | Apart                       | 9        | 13,11±5,6  |                           |
| İkamet yeri             | Şehir merkezi               | 112      | 13,39±11,1 | -0,176/ 0,86 <sup>1</sup> |
|                         | Kırsal alan (ilçe, köy vb.) | 86       | 13,67±11,1 |                           |
| Sigara kullanımı        | Evet                        | 42       | 14,97±11,0 | 0,959/ 0,33 <sup>1</sup>  |
|                         | Hayır                       | 156      | 13,12±11,1 |                           |
| Alkol kullanımı         | Evet                        | 26       | 12,07±10,8 | -0,707/ 0,48 <sup>1</sup> |
|                         | Hayır                       | 172      | 13,73±11,1 |                           |
| Kronik hastalık varlığı | Evet                        | 5        | 18,40±16,4 | 0,995/ 0,32 <sup>1</sup>  |
|                         | Hayır                       | 193      | 13,38±10,9 |                           |
| Anne öğrenim durumu     | Okuryazar değil             | 27       | 12,07±3,9  | 0,140/ 0,98 <sup>2</sup>  |
|                         | Okuryazar                   | 11       | 11,36±3,8  |                           |
|                         | İlkokul                     | 93       | 11,78±3,5  |                           |
|                         | Ortaokul                    | 30       | 11,93±4,5  |                           |
|                         | Lise                        | 31       | 12,29±3,4  |                           |
|                         | Üniversite ve üstü          | 6        | 11,83±4,0  |                           |
| Baba öğrenim durumu     | Okuryazar değil             | 7        | 11,42±3,7  | 0,498/ 0,77 <sup>2</sup>  |
|                         | Okuryazar                   | 6        | 10,16±2,0  |                           |
|                         | İlkokul                     | 68       | 12,01±3,5  |                           |
|                         | Ortaokul                    | 47       | 11,53±4,3  |                           |
|                         | Lise                        | 50       | 12,28±3,3  |                           |
|                         | Üniversite ve üstü          | 20       | 12,15±4,3  |                           |
| Anne çalışma durumu     | Evet çalışıyor              | 34       | 11,00±2,9  | 2,144/ 0,12 <sup>2</sup>  |
|                         | Emekli                      | 9        | 10,44±4,6  |                           |
|                         | Çalışmıyor                  | 155      | 12,18±3,8  |                           |
| Baba çalışma durumu     | Evet çalışıyor              | 133      | 11,75±3,6  | 0,789/ 0,45 <sup>2</sup>  |
|                         | Emekli                      | 48       | 12,47±4,2  |                           |
|                         | Çalışmıyor                  | 17       | 11,47±2,6  |                           |

<sup>1</sup>Bağımsız Örneklem t Testi, <sup>2</sup>Tek Yönlü Varyans Analizi.

Tablo 3. Araştırmada Kullanılan Diğer Ölçekler ve RIDKOÖ Korelasyon Analizi ve Anlamlılık (p) Düzeyleri

| 1. SAÖ, 2. BDÖ, 3. AMÖ, 4.OMKÖ (n=198) |                     | RIDKOÖ Toplam Puan |       |
|--|---------------------|--------------------|-------|
|  |                     | p                  | r     |
| 1.SAÖ                                  | Toplam puan         | 0,23               | -0,08 |
| 2.BDÖ                                  | Toplam puan         | <0,01              | 0,22  |
| 3.AMÖ                                  | İMBİ                | 0,12               | -0,11 |
|  | İMBA                | 0,29               | -0,07 |
|  | İMİH                | 0,08               | -0,12 |
|  | DMT                 | 0,53               | -0,04 |
|  | DMKİ                | 0,18               | -0,09 |
|  | DMD                 | 0,79               | -0,18 |
|  | MS                  | 0,02               | 0,16  |
| 4.OMKÖ                                 | Deneyime açıklık    | 0,96               | -0,03 |
|  | Sorumluluk          | <0,01              | -0,21 |
|  | Dışa dönüklük       | 0,49               | -0,04 |
|  | Yumuşak başlılık    | 0,50               | -0,04 |
|  | Duygusal dengelilik | 0,36               | -0,06 |

Tablo 4. RIDKOÖ Yorumlanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

| 1. SAÖ, 2. BDÖ, 3. AMÖ, 4.OMKÖ (n=198) |                     | RIDKOÖ Toplam Puan                 |       |
|--|---------------------|------------------------------------|-------|
|  |                     | B (SH)                             | p     |
|  | Sabit               | 13,40 (2,78)                       | <0,01 |
| 1.SAÖ                                  | Toplam puan         | -0,03 (0,04)                       | 0,53  |
| 2.BDÖ                                  | Toplam puan         | 0,04 (0,02)                        | 0,14  |
| 3.AMÖ                                  | İMBİ                | 0,01 (0,08)                        | 0,98  |
|  | İMBA                | 0,01 (0,07)                        | 0,84  |
|  | İMİH                | -0,08 (0,07)                       | 0,21  |
|  | DMT                 | 0,09 (0,07)                        | 0,19  |
|  | DMKİ                | -0,05 (0,06)                       | 0,42  |
|  | DMD                 | -0,01 (0,06)                       | 0,84  |
|  | MS                  | 0,07 (0,04)                        | 0,08  |
| 4.OMKÖ                                 | Deneyime açıklık    | 0,07 (0,11)                        | 0,52  |
|  | Sorumluluk          | -0,25 (0,14)                       | 0,06  |
|  | Dışa dönüklük       | -0,01 (0,12)                       | 0,94  |
|  | Yumuşak başlılık    | -0,05 (0,11)                       | 0,63  |
|  | Duygusal dengelilik | 0,01 (0,12)                        | 0,94  |
|  |                     | R= 0,32 R <sup>2</sup> = 0,10      |       |
|  |                     | F <sub>(1,63)</sub> = 22,05 p=0,08 |       |

### Tartışma

Kontrol odağı algısı ile ilgili sağlık profesyonelleri ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yapılan çalışmalar sayıca fazladır.<sup>5,17-26</sup> Bu araştırma ise diğerlerinden farklı olarak zor şartlar altında kontrol ve karar verme yetisinin yüksek olması beklenen sağlık yüksekokullarında yer alan ve yeni bir bölüm olan acil yard

ım ve afet yönetimi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Durna ve Şentürk tarafından 2012 yılında üniversite öğrencilerinde kontrol odağıyla ilgili yapılan iki araştırmada katılımcıların %48,8'i iç kontrole, %27,3'ü iç ve dış kontrole ve %23,9'u dış kontrole sahip olarak bulun-

muştur.<sup>27,28</sup> Bu duruma paralel olarak üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir araştırmada da öğrencilerin iç kontrol odağına sahip bulunmuştur.<sup>29</sup> Bazı araştırmalarda ise bu durumun aksine öğrencilerin dış kontrol odağı algısının yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>23,30,31</sup> Yaptığımız araştırmada öğrencilerin dış kontrol odağı algısının yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucumuz literatürde yer alan bazı araştırmalarla uyum gösterirken bazılarıyla göstermemektedir. Üniversite öğrencilerinin birçoğu ailelerinden uzakta öğrenim görmektedirler ve farklı şehirlerde farklı kültürlerde yetişmişlerdir. Bu durum araştırma yapılan üniversite öğrencilerinin kontrol odağı algılarının doğdukları ya da şuan yaşadıkları yere göre şekillenmesine neden olabilir. Kontrol odağıyla ilgili üniversite öğrencileri arasında ortaya çıkan bu farklılıkta literatürde farklı sonuçlar ortaya çıkmasına neden olabilir.

Üniversite öğrencileri ile yapılan bazı araştırmalarda kadın öğrencilerin dış kontrol odağı algısının erkek öğrencilere göre yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>23,31</sup> Yaptığımız araştırmada da kadın öğrencilerde dış kontrol odağı algısının fazla olduğu sonucu bulunmuştur ve üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmalarla uyum göstermektedir. Lise öğrencileri ile yapılan bir araştırmada ise kontrol odağı algısının cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır.<sup>32</sup> Lise öğrencileri ile yapılan araştırmanın sonucunun diğer araştırmalardan farklı çıkmasının nedeni öğrencilerin henüz kişilik özelliklerinin gelişmemiş olmasından kaynaklanabilir. Ergenlik döneminde cinsiyete göre farklı sorunlar görülse de bu dönem lise öğrencileri için yetişkinliğe geçiş noktasıdır. Bu durumda her iki cinsiyet için de sorunlar yaşanması ve sorunların kendilerine, aileye ya da dış etkenlere atfedilmesi olası bir durumdur.

Lise öğrencilerinde yapılan bir araştırmada anne ve baba öğrenim durumunun kontrol odağını etkilemediği saptanmıştır.<sup>32</sup> Üniversite öğrencileri ile yapılan bazı araştırmalara bakıldığında ise bir araştırmada yaş, sınıf, medeni durum, sosyoekonomik durum, kardeş sayısı, anne ve baba öğrenim durumu ile iç ve dış kontrol odağı algısı arasında bir ilişki olmadığı<sup>23</sup>; diğer bir araştırmada öğrencilerin sigara ve alkol kullanımları ile sahip oldukları kontrol odakları arasında bir ilişki olmadığı<sup>27</sup>; başka bir araştırmada ise cinsiyet, yaş, çevre, anne - baba öğrenim durumu, ekonomik durum gibi bağımsız değişkenlerle kontrol odağı algısı arasında bir ilişki olmadığı<sup>33</sup> bulunmuştur.

Yaptığımız araştırmada öğrencilerin; sınıf düzeyi, çalışma durumu, algıladıkları gelir düzeyi, kaldıkları yer ve kişiler, ikamet yeri, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, anne - baba öğrenim durumu, anne - baba çalışma durumunun kontrol odağı algısı ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonucumuz ve literatüre bakıldığında kontrol odağı algısı ile birçok bağımsız değişken arasında ilişki bulunamamıştır. Bu durumun aksine üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada öğrencilerin riskli alkol kullanımını en fazla yordayan değişkenin kontrol odağı olduğu belirlenmiştir. Dış kontrol odağı algısı yükseldikçe riskli alkol kullanımının arttığı belirlenmiştir.<sup>34</sup> Bu araştırmada sonucun farklı çıkmasının nedeni sadece alkol kullanımının incelenmesi ve araştırma yapılan grup içerisinde alkol kullananların fazla olması olabilir. Diğer araştırmalara ve kendi araştırmamıza baktığımızda, araştırma yapılan grup içerisinde alkol kullanım sıklığının düşük olduğunu görüyoruz. Bu nedenle de araştırma sonucumuz literatür ile uyumludur.

Yaptığımız araştırmada, dış kontrol odağı algısı yüksek olan öğrencilerde depresyonun düşük seviyede olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan bazı araştırmalarda ise<sup>30,35</sup> dış kontrol odağı algısı artıkça depresif belirti gösterme eğiliminde artış olduğu görülmüştür. Sardoğan ve arkadaşları (2006) dış kontrol odağına sahip bireylerin insan ilişkileri açısından, iletişim sırasında diğer insanlardan bağımsız şekilde duygu ve düşüncelerini ifade ederken, paylaşım sırasında ve eleştiri yaparken daha yetersiz olduklarını ve depresif eğilimler gösterdiklerini vurgulamıştır.<sup>36</sup> Sonuçlar incelendiğinde, dış kontrol odağı algısı artıkça depresyonun artması beklenmektedir. Fakat araştırmamızda literatürün aksi bir sonuç ortaya çıkmıştır. Bu durum araştırma yaptığımız grubun sadece 1. ve 2. sınıf öğrencilerinden oluşmasından, üniversitenin ilk yıllarında olan bu öğrencilerin vakitlerini sohbet etmek ve eğlenmek gibi aktivitelere ayırmalarından ve son sınıflara doğru yaklaşıldıkça görülen okul bittiğinde ne olacağı ve iş kaygısı gibi durumlarla henüz karşılaşmadıklarından olabilir.

Yaptığımız araştırmada, dış kontrol odağı algısı yüksek olan öğrencilerde sorumluluk duygusu düşük olarak bulunmuştur. Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir araştırmada, iç kontrol odağı algısı yüksek olan öğrencilerin sorumluluk duygularının yüksek olduğu ifade edilmiştir.<sup>24</sup> Duman ve Şengün tarafından



(2011) yapılan bir araştırmada da iç kontrol odağı inancına sahip hemşirelik öğrencilerinin öğrenme konusunda daha fazla sorumluluk duydukları ve kendi kendine öğrenmeye hazırlık düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>25</sup> İç kontrol odağı algısına sahip bireyler sorunları araştırıp, çözmeye çalışırken<sup>29</sup>; dış kontrol odağı algısına sahip bireyler kendilerine verilen görevleri sorgusuz kabul etme ve bu durumu sevme eğilimindedirler, memnun olmasalar bile bir işte uzun süre kalırlar.<sup>8</sup> Araştırma sonucumuz literatürle uyumludur. Dış kontrol odağı algısı dış etkenlere odaklandığı ve sorunların dış etkenlerden kaynaklandığını düşündüğü için bu algıya sahip öğrencilerin kaderci olması ve sorumluluktan kaçınması olasıdır.

Yaptığımız araştırmada, dış kontrol odağı algısı yüksek olan öğrencilerde motivasyonsuzluk seviyesi yüksek olarak bulunmuştur. Kontrol odağı algısının web tabanlı ve probleme dayalı öğrenmeye yönelik tutuma etkisinin incelendiği bir araştırmada, dış kontrol odağı algısına sahip öğrenciler uygulama süresince kendilerinden istenilen görevlerin ne olduğunu ve ne yapacaklarını anlayamamışlar bu nedenle de iç kontrol odağı algısına sahip öğrencilere göre daha fazla açıklamaya ihtiyaç duymuşlardır. İç kontrol odağı algısına sahip olan ya da kontrol odağı algısı belirlenemeyen gruplarda bu sorunlar daha az görülmüştür. Probleme dayalı öğrenme uygulamalarında dış kontrol odağı algısına sahip olanların daha fazla yönlendirilmeye ve açıklamaya ihtiyaç duyduğu saptanmıştır.<sup>26</sup> İki araştırma sonucu tutarlıdır. İç kontrol odağı algısına sahip bireyler öğrenmeye açıktırlar, başarıya odaklanırlar ve yaşadıkları olayların sonuçlarını kendi çaba ve yetenekleriyle değiştirebileceklerine inanırlar.<sup>9</sup> Bu nedenle de iç kontrol odağı algısına sahip bireyler içten gelen bir motivasyona sahipken; dış kontrol odağı algısına sahip bireylerde motivasyonsuzluk ya da diğerlerine göre daha az motivasyon olası bir durumdur.

Yaptığımız regresyon analizinde, RİDKOÖ ile AMÖ alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Üniversite öğrencileri ile yapılan bazı araştırmalarda da öğrencilerin akademik başarıları ile kontrol odağı algıları arasında bir ilişki bulunamamıştır.<sup>23,27,33</sup> Araştırmamızın sonucu ve ülkemizde yapılan diğer araştırma sonuçları uyumludur. Bu uyumluluğa rağmen iç kontrol odağı algısına sahip bireylerin olumlu kişilik özelliklerine sahip olması, içsel bir motivasyona sahip olması, akademik

ve diğer alanlarda daha başarılı olması beklenmektedir. Hem literatür sonuçlarının hem de araştırma sonucumuzun bu durumun aksine olması ülkemizde ki eğitim sisteminin yapısından kaynaklanabilir.

### Sonuç ve Öneriler

Dış kontrol odağı algısına sahip olan öğrencilerde depresyon düzeyi ve sorumluluk duygusu düşük bulunmuştur ve akademik başarı konusunda motivasyonsuz oldukları saptanmıştır. Akademik başarı ile ilgili diğer alt boyutların kontrol odağı algısı ile ilişkisi olmadığı belirlenmiştir.

İç ya da dış kontrol odağı algısı önceleri ödül veya cezalarla deneyimlenerek öğrenilen, zaman geçtikçe kişinin karakteriyle bütünleşen ve yaşamın her alanında bireyleri ve yaptıkları işleri (neden ve sonuç) etkileyen kişilik özellikleridir. İç kontrole sahip olanlar, her hangi bir olayın seyrini değiştirebileceklerine inandıkları için fazla çalışma, girişimcilik, sorumluluk alma, stresle mücadele ve depresif duygulardan uzaklaşabilme konularında olumlu yönde ilerlerken; dış kontrole sahip olanlar pasif olma, güvensiz olma, başkalarının yönlendirmelerine itaat etme, kolay kabullenebilme ve motivasyon gibi sorunları sık yaşayan kaderci kişilerdir. Bu nedenle çocukluklar iç kontrol odağı inancı yüksek bireyler olarak yetiştirilmelidir.

Lise ve üniversite öğrencilerinin sorumluluk alabilen ve akademik anlamda başarı sağlayabilen birer genç olabilmeleri için iç-dış kontrol odağı algıları belirlenmeli ve çeşitli eğitim programlarıyla iç kontrol odağı inancı geliştirilmeye çalışılmalıdır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda ve kendi araştırmamızda ortaya çıkan öğrencilerin iç kontrol odağı algılarının düşük olması ve akademik başarıları ile kontrol odağı algıları arasında ilişki bulunmamasının nedenlerini belirleyen çalışmalar yapılmalıdır.

### Kaynaklar

1. Roddenberry AC. Locus of control and self-efficacy: potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students. 2007;1-69.
2. Yatangaç FB. Kişilik özelliklerine bağlı olarak hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencilerinin çalışacağı uzmanlık alanlarının belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim

- Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Adana, 2010, 1-106.
3. Basım N, Şeşen H. Çalışanların kontrol odaklarının örgüt içi girişimcilik tutumları ile ilişkisi: kamu sektöründe bir araştırma. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 63(3):50-64.
  4. Seyhan YB. İnanç tarzları ve denetim odağı arasındaki ilişkiler. Toplum Bilimleri Dergisi. Temmuz-Aralık. 2012;6(12):143-162.
  5. Akbolat M, Işık O, Uğurluoğlu Ö. Sağlık çalışanlarının kontrol odağı, iş doyumu, rol belirsizliği ve rol çatışmasının karşılaştırılması. H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2010; 29(2):23-48.
  6. Dağ İ. Rotter'in iç-dış kontrol odağı ölçeğinin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. 1997;7(26):10-16.
  7. Rotter BJ. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. psychological monographs: General and Applied. 1966;80(1):1-28.
  8. Chatfield, H. Wooten, A. (2012). Who is in control of your employee's behavior? The Locus Of Control Impact. All Star Incentive Marketing. June. 1-13.
  9. Oktay Z. Kamu çalışanlarının iç ve dış kontrol odaklarının duygusal zekayla ilişkisi. Eylül-Aralık. 2013;79-84.
  10. Selart M. Understanding the role of locus of control in consultative decision-making: a case study. Management Decision. 2005;43(3):397-412.
  11. Rotter JB. Internal versus external control of reinforcement. a case history of a variable. American Psychologist Association. 1990;45(4):489-493.
  12. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeği'nin türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2012;32(1):47-53.
  13. Durak A, Palabıyıklıoğlu R. Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. Kriz Dergisi 2(2): 311-319.
  14. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. Dirim Tıp Gazetesi. 2011;86(1): 39-47.
  15. Karagüven MHÜ. Akademik motivasyon ölçeğinin Türkçeye adaptasyonu. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri. 2012;12(4):2599-2620.
  16. Atak H. On-maddeli kişilik ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50:312-319.
  17. Atladóttir ÓR. Influenza vaccination in emergency department workers: knowledge, attitudes, and practices. master of public health. Nordic School of Public Health NHV. 2014;12:1-66.
  18. Igbeneghu BI, Popoola SO. Influence of locus of control and job satisfaction on organizational commitment: a study of medical records personnel in university teaching hospitals in Nigeria. Library Philosophy and Practice. 2011;1-22.
  19. Aslan Ş, İnan S. The effect of self-emotion appraisal and external locus of control on problem-focused coping with stres. The Clute Institute International Academic Conference. 2014; 599-606.
  20. Uğurlu N, Ekinci M. Hemşirelerde kontrol odağı inancı ile stresle başa çıkma stratejileri ve psikolojik belirti gösterme durumları arasındaki ilişkiler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2007;23(2):117-130.
  21. Rockstraw LJ. Self-efficacy, locus of control and the use of simulation in undergraduate nursing skills acquisition. Running Head: Simulation Education. 2006;1-200.
  22. Abaan ES, Duygulu S, Uğur E. Peer mentoring: a way of developing internal locus of control to empower new nursing students. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2012;24-35.
  23. Dil S, Bulantekin Ö. Hemşirelik öğrencilerinde akademik başarı düzeyi ile aile işlevselliği ve kontrol odağı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011;2(1):17-24.
  24. Günüşen NP, Üstün B. Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme beceri düzeyleri ile kontrol odağı arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011;4(2),72-77.
  25. Duman ZÇ, Şengün F. Hemşirelik öğrencilerinde kontrol odağı ile kendi kendine öğrenmeye hazırlaş düzeyi arasındaki ilişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;14(3):26-31.
  26. Tekedere H, Mahiroğlu A. Web tabanlı probleme dayalı öğrenmede denetim odağının web tabanlı ve probleme dayalı öğrenmeye yönelik tutuma etkisi. Eğitim ve Bilim. 2014;39(171): 211-229.

27. Durna U, Şentürk FK. Üniversite öğrencilerinin sosyal faaliyetlerinin denetim odağı düzeyi açısından incelenmesi: bir devlet üniversitesi örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012;17(2):187-202.
28. Durna U, Şentürk FK. Üniversite öğrencilerinin denetim odaklarını çeşitli değişkenler yardımıyla tespit etmeye yönelik bir çalışma. ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi. 2012;8(15):37-48.
29. Uçar T, Duy B. Ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencilerinin denetim odağı ve özgüvenlerinin problem çözme becerileri ile ilişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(6):689-698.
30. Akbağ M, Sayiner B, Sözen D. Üniversite öğrencilerinde stres düzeyi, denetim odağı ve depresyon düzeyi arasındaki ilişki üzerine bir inceleme. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 2005;21:59-74.
31. Saracaloğlu AS, Yılmaz S. Öğretmen Adaylarının Eleştirel Düşünme Tutumları ile Denetim Odaklarının İncelenmesi. İlköğretim Online. 2011;10(2):468-478.
32. Coşkun Y. Lise öğrencilerinde öğrenilmiş güçlülük ve kontrol odağı algılama düzeyi ilişkisinin incelenmesi. 2007;25(25):71-85.
33. Başol G, Türkoğlu E. Sınıf öğretmeni adaylarının düşünme stilleri ile kontrol odağı durumları arasındaki ilişki. 2009;6(1):732-757.
34. Sevi Tok ES, Özyurt BE. Üniversite öğrencilerinde riskli alkol kullanımını yordayan faktörler. New Yeni Symposium. 2015;53:1-10.
35. Uğur D, Akgün S. Bireysel Ve Genel Adil Dünya İnancının Depresyon İle İlişkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;6(1):103-116.
36. Sardoğan ME, Kaygusuz C, Karahan TF. Bir insan ilişkileri beceri eğitimi programının üniversite öğrencilerinin denetim odağı düzeylerine etkisi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006;2(2):184-194.

## Hastanede Yatan 0-6 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Ev Kazaları Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi

### Investigation of Home Accidents Knowledge and Practices of Mothers of 0-6 Age Group Inpatient Children

Ebru ŞEKERCİ<sup>a</sup> Sevil İNAL<sup>b</sup>

**ÖZET Amaç:** Bu araştırma çocuk kliniğinde yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin, ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. **Gereç-Yöntem:** Araştırma evrenini Ekim-2012 ve Mart-2013 tarihleri arasında, çocuk kliniğinde yatan 0-6 yaş grubu çocuk anneleri, örneklemini ise 0-6 yaş grubu çocuğu olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan toplam 235 anne oluşturdu. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu ile "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı, istatistiksel analizlerde ise Shapiro-Wilk testi, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi kullanıldı. **Bulgular:** Araştırmadan elde edilen verilere göre; araştırma kapsamındaki annelerin yaş ortalamalarının 30 ( $\pm 5,73$ ) yıl olduğu, %15,7'sinin çalıştığı, %49,4'ünün eğitim seviyesinin ilköğretim ve altı düzeyde olduğu belirlendi. Çalışmadaki çocukların yaş ortalamalarının 24 ( $\pm 21,99$ ) ay olduğu, %30,2'sinin en az bir kez ev kazasına maruz kaldığı belirlendi. Çocuğun ev kazası geçirme sıklığı ile annenin yaşı, çocuğun cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ( $p > 0,05$ ). 1-3 yaş grubu çocuklarda ev kazası geçirme sıklığının anlamlı şekilde yüksek olduğu ( $p < 0,05$ ), meydana gelen ev kazalarında düşmelerin %55'ile ilk sırada yer aldığı, kazaların büyük çoğunluğunun (%62,5) salonda meydana geldiği saptandı. Kazaların %55'inde annenin kaza sırasında çocuğun yanında olduğu görüldü. Çocuğu daha önce ev kazası geçiren ailelerin %60'ının kaza sonrası sağlık kuruluşuna başvurduğu, %36,3'ünün evde önlemler aldığı belirlendi. Anne ve babanın eğitim durumu, aylık gelir durumu, çocuk odası varlığı, çocuğun evdeki uyuma ortamı, yaşına uygun oyuncak seçimi, ev kazaları ve ilk yardım uygulamaları konusunda eğitim alma durumu ile annelerin "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği" puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). **Sonuç:** Hemşirelerin hastaneye yatan çocukların ailelerini ev kazaları konusunda eğiterek güvenli ev ortamı sağlamaya yönelik farkındalık düzeylerini arttırması, bu eğitimlerde ailelerin sosyo-kültürel düzeyinin dikkate alınması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ev kazaları, güvenlik önlemleri, hemşirelik, 0-6 yaş çocuk,

**ABSTRACT Purpose:** This research is planned as a descriptive to determine of the knowledge and practices of mothers of aged 0-6 years old inpatient children in pediatry clinics. **Methods:** The research universe is consisted between October 2012 and March 2013 by the mothers having 0-6 age group children staying in child clinical in Research Hospital; and the sampling is done by universe known group chosen with sampling method with the help of 235 mothers voluntarily accepting to take part in this research. Data was collected using a questionnaire prepared by examining the literature by researchers and "0-6 Year Old Children's Mothers' Identification Scale Security Measures Towards Home Accidents". For data evaluation SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 program; for statistical analysis Shapiro-Wilk, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U and ki-kare tests are preferred. **Results:** According to the results, the average age of the participating mothers is 30 ( $\pm 5,73$ ) years, %15,7 of them are employed and %49,4 of them have elementary or lower school education level. The average age for children was 24 ( $\pm 21,99$ ) months and %54,9 was male. %30,2 of children who are subject to the research have at

Geliş Tarihi/Received:24-01-2016 / Kabul Tarihi/Accepted:31-05-2016

<sup>a</sup> Uzman Hemşire, Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği,  
e-mail: ebrusekerici@mynet.com

<sup>b</sup> Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

**Sorumlu yazar /correspondence:** İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Demirkapı Cad. Karabal Sok. Zuhuratbaba/ Bakırköy /İstanbul, Tel: 0212 414 15 00 /40141 e-mail: inalsevil@gmail.com

Bu araştırma Haliç Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek lisans Tezi olarak yapılmıştır

**Atf: Şekerci E, İnal S. Hastanede Yatan 0-6 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Ev Kazaları Konusundaki Bilgi Ve Uygulamalarının İncelenmesi. HSP 2016;3 (3):160-172.**

**To cite this article: Şekerci E, İnal S. Investigation of Home Accidents Knowledge and Practices of Mothers of 0-6 Age Group Inpatient Children. HSP 2016;3 (3):160-172**

least once been subject to a home accident. Any statistically meaningful relevance between the occurrence frequency of home accident and mothers' age, or gender of child has not been observed ( $p>0,05$ ). The majority of the children to have home accident have been observed to be between 1-3 ages (%56,3). %55 of the home accident occurring as falls and %62,5 of them happen in living room of home. After the accident has happened %60 of all families applied to a health care provider, %36,3 of mothers took measures about home accidents, The education level of parents, total monthly income, existence of a private room for child, sleeping environment of the child, correct toy selection, first aid and home accidents education of mothers have been observed to have a meaningful relation with mothers' scaling score ( $p<0,05$ ). **Conclusion:** Increase the awareness of family by nurses to provide safe home environment for hospitalized children by educating the family home accidents, it is advisable to consider the families of education in the socio-cultural level.

**Key Words:** Home accidents, security measures, nursing, 0-6 year children,

### Giriş ve Amaç

Çocukluk çağında kazalar, önlenabilir sağlık sorunlarının, ölüm ve engelli yaşam nedenlerinin başında yer almaktadır<sup>(1)</sup>. Çocuğun kaza/yaralanma riski yaş, cinsiyet, sağlık durumu, ekonomik durum, tek ebeveyn olmak, annenin eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, kalabalık aile, anne-babanın madde veya alkol kullanımı gibi durumlar ile yakından ilişkilidir<sup>(2,3)</sup>. Çocuğun hareketli olması, bilişsel ve davranışsal gelişimini tamamlamamış olması, çevreyi tanımak için ağızını ve ellerini kullanması, otonomisinin gelişmiş olması ve bağımsız hareket edebilmesi de kaza riskini arttırmaktadır<sup>(4,5)</sup>.

Çocuklarda 0-4 yaş grubunda ve okul öncesi dönemde yaralanmalar sıklıkla evlerde olmaktadır<sup>(6)</sup>. Evlerde karşılaşılabilecek kaza türleri düşme, zehirlenme, yanma, elektrik çarpmaları, boğulma ve kesiklerdir<sup>(7)</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu'nun (UNICEF) 2008 raporuna göre, her gün 2000'den fazla çocuk kazalar sonucu ölmektedir<sup>(8)</sup>. Kazalarla ilgili en yoğun çalışmaların yapıldığı ülke olan Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda 25 milyon çocuk kazalar sonucu yaralanmaktadır. Unicef'in 2003 yılında 0-6 yaş grubu çocuklarla yaptığı bir çalışmada, kaza geçiren çocukların %71,3'ünün bu kazalara evde maruz kaldığı görülmüştür<sup>(8)</sup>. Avrupa'da bulunan altı ülkenin toplam verilerine göre, çocukluk yaş grubunda ev kaza sıklığı 44,9/1000 olarak bildirilmiştir<sup>(9)</sup>. ABD'de 5 yaş altı çocuklarda meydana gelen kazalar sonucunda oluşan yaralanmaların %90'ının ve bu yaralanmalar sonucu oluşan ölümlerin %50'sinin ev ortamında gerçekleştiği bildirilmektedir<sup>(10)</sup>.

Türkiye'de ev kazalarına ilişkin geniş kapsamlı çalışmalar yoktur. Farklı illerde, farklı özelliklerdeki örneklem grupları ile yapılan araştırmalarda ev kazası sıklığının %18-25 arası olduğu bildirilmektedir<sup>(11,12)</sup>. Kazalar ülkemizde 0-

4 yaş grubu çocuk ölümleri arasında beşinci sırada, 5-14 yaş grubu çocuk ölümleri arasında ise birinci sırada yer almaktadır<sup>(13)</sup>.

Çocuklar kendilerini kazalardan koruyamadıkları için, kazalar açısından emniyetli ortamlarda yaşamaları, koruyucu önlemlerin alınması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğundadır. Bu sorumluluk da çoğu zaman çocukla daha çok birlikte olan anneye düşmektedir<sup>(14)</sup>. Ne yazık ki ülkemizde yapılan çalışmalarda, ailelerin kazalardan korunma bilgisi yetersiz, çocukların kaza geçirme riski yüksek bulunmuştur<sup>(15)</sup>.

Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin görevleri arasında, sağlığın korunması ve geliştirilmesi de bulunmaktadır. Bu kapsamda, çocukluk çağında önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan ev kazalarının önlenmesi ve kazalar sonucunda oluşabilecek hasarın en aza indirgenmesinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir<sup>(16)</sup>. Çocukluk çağı yaralanmalarında hemşirenin rolleri arasında; çevredeki tehlikeleri tanımlamak, azaltmak ve ortadan kaldırmak, çocuklardaki davranış özelliklerini tanımlamak ve çocuk gelişimi konusunda ebeveynlere rehberlik etmek yer almaktadır<sup>(17)</sup>. Çocuk hemşireleri sağlık kontrolleri, ev ziyaretleri ya da çocuğun herhangi bir nedenle hastaneye yatması gibi durumlarda, annelere riskli durumlardan kaçınmayı sağlayacak gerekli bilgi ve danışmanlığı sağlamalıdır.

Bu araştırma "**Hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek**" amacı ile planlanmıştır. Elde edilen verilerin, hemşirelerin annelere verecekleri eğitimlerin içeriğinin ve kapsamının belirlenmesinde, annelerin ev kazaları konusundaki farkındalık düzeylerinin artırılmasında, ev kazaları konusunda uygun tutum ve davranışların geliştirilmesinde, çocuklarda ev kazalarının neden olduğu ölüm ve sakatlıkların azaltılmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Gereç ve Yöntem****Araştırmanın Tipi ve Amacı**

Araştırma, hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planladı.

**Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma bir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğinde Ekim 2012 – Mart 2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

**Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini Ekim-2012 ve Mart-2013 tarihleri arasında Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğinde 0-6 yaş grubu çocuğu olan anneler, örneklemini ise aynı tarihler arasında, aynı hastane ve aynı klinikte 0-6 yaş grubu çocuğu yatan, araştırmaya katılmayı kabul eden 235 anne oluşturdu. Örneklem büyüklüğü, evreni bilinen grupta örneklem yöntemi kullanılarak  $(n=Nt^2pq/d^2 (N-1) + t^2pq)$  belirlendi. Örneklem büyüklüğü  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde,  $\pm \%5$ 'lik örnekleme hatası ile 235 olarak bulundu.

**Araştırma Soruları**

- Çocuklarda ev kazalarının oluşumunda etkili olan faktörler nelerdir?
- Çocuklarda ev kazaları görülme sıklığı nedir?
- Ev kazaları görülme sıklığının, çocuk ve annelerin demografik özellikleri ile ilişkisi nedir?
- Annelerin "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeğinden aldıkları puanları etkileyen değişkenler nelerdir?

**Araştırmada Kullanılan Araç-Gereç**

Araştırmada, veri toplama aracı olarak, anket formu ile "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği" kullanıldı.

**Anket Formu:** Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından literatür incelenerek<sup>(5,10,18-20)</sup> hazırlanmış anket formu kullanıldı. Anket formu 3 bölümden oluştu. Sosyo-demografik özellikler soru formu annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, ailenin gelir durumu gibi bilgileri içeren 9 açık uçlu, 22 kapalı uçlu olmak üzere 31 sorudan; Ev kazaları bilgi düzeyi değerlendirme formu annelerin ev kazalarının önlenmesine yönelik bilgi düzeyleri ve farkındalıklarını ölçen 3 açık uçlu, 41 kapalı uçlu olmak üzere 44 sorudan; Ev kazalarında yapılacak girişimler konusunda bilgi düzeyi değerlendirme formu ise

annelerin ev kazalarında yapılması gereken ilkyardım uygulamaları konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile geliştirilmiş 10 açık uçlu, 7 kapalı uçlu olmak üzere 17 sorudan oluşmaktaydı.

**0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği:**

Çınar ve Görak (2003)<sup>(18)</sup> tarafından geliştirilmiş "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği" ile annelerin ev ortamında sıkça karşılaşılan ev kazalarından (düşme, yanma, elektrik çarpması, kesikler, zehirlenme, boğulma) çocuğu korumak için aldıkları güvenlik önlemleri değerlendirildi. Ölçek 34 olumlu, 6 olumsuz ifade içeren toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi olan ölçekte her bir madde 1'den 5'e kadar puanlanmış olup puanlar yanıtlara göre değişmektedir. Olumlu ifade içeren maddelerde her zaman cevabı 5 puan, çoğu zaman 4 puan, bazen 3 puan, nadiren 2 puan, hiçbir zaman 1 puan almakta iken, olumsuz ifade içeren 6, 9, 23, 26, 30 ve 40'ıncı maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan minimum 40; maksimum 200 dür.

**Verilerin Toplanması**

Bu araştırmanın verileri, gerekli izinler alındıktan sonra Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğinde Ekim 2012 – Mart 2013 tarihleri arasında yatan, 0-6 yaş aralığındaki çocukların araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden anneleri ile yapılan görüşmelerden elde edildi. Uygulamaya başlamadan önce annelere araştırmanın amacı açıklanarak araştırma ile ilgili bilgi verildi ve çalışmaya katılmaları konusunda yazılı onamları alındı. Veriler, anket formunun, araştırmacı tarafından annelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulması sonucu elde edildi.

Araştırma verileri toplanmadan önce, verilerin toplanacağı hastaneden 10 anne ile yüz yüze görüşme yöntemi ile pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulamada anneler tarafından soruların anlaşılabilirliği incelenerek elde edilen veriler doğrultusunda soru formları yeniden düzenlendi. Pilot uygulama verileri araştırma verileri arasında yer almadı.

**Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma

uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Değişkenlerin normal dağılım göstermemesinden dolayı Kruskal Wallis testi ve Mann-Whitney U testi ile karşılaştırmalar yapıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman sıra korelasyon katsayısı ile incelendi. Verilerin normal dağılım göstermemesinden dolayı betimleyici değerler median (min-max) olarak, kategorik veriler ise frekans ve yüzde olarak verildi. Kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $\alpha=0,05$  alındı. Ölçek güvenilirliği iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirildi ve ölçeğin güvenilir olduğu sonucuna varıldı (0,78). Araştırmaya başlamadan önce Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan araştırma için onay alındı.

### Bulgular

**Tablo 1. Ailenin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

| Demografik Özellikler         | Ort±Ss   | Min-max  |
|-------------------------------|----------|----------|
| Anne yaşı (yıl)               | 30±5,73  | 19-53    |
| Baba yaşı (yıl)               | 33±6     | 23-58    |
| Çocuğun yaşı (ay)             | 24±21,99 | 1-72     |
| Çocuk sayısı                  | 2±0,93   | 1-8      |
| <b>Demografik Özellikler</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
| <b>Çocuğun cinsiyeti</b>      |          |          |
| Erkek                         | 129      | 54,9     |
| Kız                           | 106      | 45,1     |
| <b>Annenin eğitim durumu</b>  |          |          |
| İlkokul ve altı               | 116      | 49,4     |
| Ortaokul mezunu               | 42       | 17,9     |
| Lise mezunu                   | 44       | 18,7     |
| Üniversite mezunu             | 33       | 14       |
| <b>Babanın eğitim durumu</b>  |          |          |
| İlkokul ve altı               | 84       | 35,8     |
| Ortaokul mezunu               | 35       | 14,9     |
| Lise mezunu                   | 78       | 33,2     |
| Üniversite mezunu             | 38       | 16,1     |
| <b>Annenin çalışma durumu</b> |          |          |
| Çalışıyor                     | 37       | 15,7     |
| Çalışmıyor                    | 198      | 84,3     |
| <b>Aile tipi</b>              |          |          |
| Geniş aile                    | 51       | 21,7     |
| Çekirdek aile                 | 183      | 77,9     |
| Parçalanmış aile              | 1        | 0,4      |

**Tablo 1. Ailenin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (Tablo 1'in devamı)**

|                                      |     |      |
|--------------------------------------|-----|------|
| <b>Ailedeki çocuk sayısı</b>         |     |      |
| 1 çocuk                              | 75  | 31,9 |
| 2 çocuk                              | 114 | 48,5 |
| 3 ve üzeri çocuk                     | 46  | 19,6 |
| <b>Ev tipi</b>                       |     |      |
| Apartman dairesi                     | 126 | 53,6 |
| Müstakil ev                          | 101 | 43   |
| Gecekondu                            | 8   | 3,4  |
| <b>Çocuk odası varlığı</b>           |     |      |
| Var                                  | 144 | 61,3 |
| Yok                                  | 91  | 38,7 |
| <b>Çocuğun uyuma ortamı</b>          |     |      |
| Ebeveyn yatak odası, kendi yatağında | 158 | 67,2 |
| Kardeşleriyle aynı oda, ayrı yatakta | 49  | 20,9 |
| Tek başına ayrı odada, ayrı yatakta  | 18  | 7,7  |
| Ebeveynleri ile aynı yatakta         | 9   | 3,8  |
| Kardeşleriyle aynı oda, aynı yatakta | 1   | 0,4  |

Tablo 1 incelendiğinde; Annelerin yaş ortalamasının 30±5,73 (min-max: 19-53) yıl, babaların yaş ortalamasının 33±6,00 (min-max: 23-58) yıl, çocukların yaş ortalamasının 24±21,99 (1-72) ay, ailedeki ortalama çocuk sayısının 2±0,93 (min-max: 1-8) yıl, olduğu, çocukların %45,1'inin kız olduğu, annelerin %49,4'ünün (n=116), babaların ise % 35,8'inin (n=84) ilkökul ve altı eğitime sahip olduğu, Annelerin %84,3'ünün (n=198) çalışmadığı, ailelerin %77,9'unun (n=183) çekirdek aile yapısına sahip olduğu, % 48,5'inin (n=114) 2 çocuğa sahip olduğu, % 53,6'sının (n=126) apartmanda yaşadığı, % 61,3'ünün (n= 144) evinde çocuk odası olduğu, çocukların sadece % 7,7'sinin (n=18) tek başına ayrı odada ayrı yatakta yattığı belirlendi.

Araştırmaya katılan çocukların %30,2'sinin (n=71) en az bir kez ev kazasına maruz kaldığı, geçirilen kaza türleri arasında düşmelerin % 55 ile (n=44) ilk sırada yer aldığı, kazaların meydana geldiği yer açısından bakıldığında kazaların en sık (%62,5) evin salonu/ oturma odasında meydana geldiği, annelerin %40'ının (n=32) annenin ihmali nedeniyle, %52,5'inin (n=42) çocuğun dikkatsizliği nedeniyle kazaların meydana geldiğini düşündüğü, kazaların %55'inde (n=44) çocuğun yanında annesinin olduğu zamanlarda meydana geldiği, kaza geçiren çocukların

%60'nin daha önce ev kazası nedeniyle sağlık kuruluşuna götürüldüğü, %21,2'sinin (n=17) daha önceden kaza nedeni ile hastanede yattığı, çocuğu kaza geçiren annelerin sadece %36,3'ünün (n=29) kaza sonrası evde önlemler aldığını ifade ettiği belirlendi. Annelerin sadece %6,4'ü (n=15) daha önce ev kazalarına yönelik eğitim aldığını bildirdi.

**Tablo 2. Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı**

| Tanımlayıcı Özellikler                  | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Ev kazasına maruz kalma durumu</b>   |     |      |
| Evet                                    | 71  | 30,2 |
| Hayır                                   | 164 | 69,8 |
| <b>Geçirilen Kazanın türü</b>           |     |      |
| Düşmeler                                | 44  | 55   |
| Yanıklar                                | 24  | 30   |
| Kesikler                                | 8   | 10   |
| Diğer (Zehirlenme, boğulma)             | 4   | 5    |
| <b>Ev kazasının meydana geldiği yer</b> |     |      |
| Salon                                   | 50  | 62,5 |
| Mutfak                                  | 11  | 13,7 |
| Yatak odası                             | 6   | 7,5  |
| Banyo                                   | 6   | 7,5  |
| Diğer (merdiven, çocuk odası)           | 7   | 8,8  |

**Tablo 2. Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı (Tablo 2'nin devamı)**

|   |     |      |
|---|-----|------|
| <b>Anneye göre ev kazasının sebebi</b>                |     |      |
| Çocuğun dikkatsizliği                                 | 42  | 52,5 |
| Annenin ihmali  | 32  | 40   |
| Çevre faktörü   | 6   | 7,5  |
| <b>Ev kazasında yanındaki kişi</b>                    |     |      |
| Anne  | 44  | 55   |
| Diğer aile üyeleri (baba, dede vs)                    | 36  | 45   |
| <b>Ev kazası nedeniyle sağlık kuruluşuna götürme*</b> |     |      |
| Evet  | 48  | 60   |
| Hayır   | 32  | 40   |
| <b>Ev kazası nedeni ile hastaneye yatma durumu</b>    |     |      |
| Evet  | 17  | 21,2 |
| Hayır   | 63  | 78,8 |
| <b>Ev kazası sonrası önlem alma durumu</b>            |     |      |
| Evet  | 29  | 36,3 |
| Hayır   | 51  | 63,7 |
| <b>Ev kazaları konusunda eğitim alma durumu</b>       |     |      |
| Evet  | 15  | 6,4  |
| Hayır   | 220 | 93,6 |

\* Bazı çocuklar birden fazla kazaya maruz kaldıkları için kaza sayısı, toplam n sayısından fazladır.

**Tablo 3. Çocukların Ev Kazalarına Maruz Kalma Durumları ile Ev Kazalarını Etkileyebilecek Değişkenlerin Karşılaştırılması**

|                                  | Çocuğun Ev Kazası Geçirme Durumu |                             | x <sup>2</sup> | p     |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------|-------|
|                                  | Kaza Geçirenler<br>n (%)         | Kaza Geçirmeyenler<br>n (%) |                |       |
| <b>Anne yaş</b>                  |                                  |                             |                |       |
| 20-24 yaş                        | 9 (27,3)                         | 24 (72,7)                   | 4,635          | 0,201 |
| 25-29 yaş                        | 22 (29,7)                        | 52 (70,3)                   |                |       |
| 30-34 yaş                        | 30 (38)                          | 49 (62)                     |                |       |
| 35 yaş ve üzeri                  | 10 (20,4)                        | 39 (79,6)                   |                |       |
| <b>Çocuk yaş</b>                 |                                  |                             |                |       |
| 0-1 yaş                          | 4 (6,7)                          | 56 (93,3)                   | 21,511         | 0,001 |
| 1-3 yaş                          | 40 (40)                          | 60 (60)                     |                |       |
| 3-6 yaş                          | 27 (36)                          | 48 (64)                     |                |       |
| <b>Çocuğun cinsiyeti</b>         |                                  |                             |                |       |
| Kız                              | 34 (32,1)                        | 72 (67,9)                   | 0,318          | 0,674 |
| Erkek                            | 37 (28,7)                        | 92 (71,3)                   |                |       |
| <b>İlkyardım çantası varlığı</b> |                                  |                             |                |       |
| Evet                             | 15 (17,9)                        | 69 (82,1)                   | 9,465          | 0,003 |
| Hayır                            | 56 (37,1)                        | 95 (62,9)                   |                |       |
| <b>Ev kazası eğitimi alma</b>    |                                  |                             |                |       |
| Evet                             | 2 (13,3)                         | 13 (86,7)                   | 2,165          | 0,238 |
| Hayır                            | 69 (31,4)                        | 151 (68,6)                  |                |       |

\*Ki-kare testi

Çocukların ev kazalarına maruz kalma durumları ile anne yaş grupları, çocuğun cinsiyeti ve anne-

lerin ev kazaları konusunda eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı (p>0,05). Çocuk yaş grupları ile



çocukların ev kazalarına maruz kalma durumları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p<0,001$ ). Ev kazalarının 1-3 yaş arası görülme sıklığı anlamlı şekilde yüksek, 0-1 yaş arası görülme sıklığı ise anlamlı ölçüde düşük bulundu.

Evde ilkyardım çantası varlığı ile çocukların ev kazalarına maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu

belirlendi ( $p=0,003$ ). Evinde ilk yardım çantası bulunduran ailelerin çocuklarının, istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde daha az ev kazasına (%17,9) maruz kaldığı saptandı.

**Tablo 4. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Ailenin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

| Demografik Özellikler         | N   | Ort±Ss       | r            | p     |
|-------------------------------|-----|--------------|--------------|-------|
| Annenin yaşı                  | 235 | 30±5,73      | 0,067        | 0,306 |
| Babanın yaşı                  | 235 | 33±6,008     | 0,045        | 0,489 |
| Çocuğun yaşı (ay)             | 235 | 24±21,99     | -0,098       | 0,134 |
| Çocuk sayısı                  | 235 | 2±0,93       | -0,040       | 0,537 |
| Demografik Özellikler         | n   | Ort±Ss       | p            |       |
| <b>Aylık gelir durumu</b>     |     |              |              |       |
| 500-1000TL arası              | 80  | 159,81±15,11 | <b>0,005</b> |       |
| 1000-2500TL arası             | 92  | 165,65±13,67 |              |       |
| 2500TL ve üzeri               | 34  | 167,65±10,88 |              |       |
| Düzenli geliri yok            | 29  | 167,28±10,14 |              |       |
| <b>Annenin eğitim durumu</b>  |     |              |              |       |
| İlkokul mezunu ve altı ↓      | 116 | 163±14,08    | <b>0,001</b> |       |
| Ortaokul mezunu ve üzeri ↑    | 119 | 170±12,57    |              |       |
| <b>Babanın eğitim durumu</b>  |     |              |              |       |
| İlkokul mezunu ve altı ↓      | 84  | 164,50±15,72 | <b>0,010</b> |       |
| Ortaokul mezunu ve üzeri ↑    | 151 | 168±12,09    |              |       |
| <b>Annenin çalışma durumu</b> |     |              |              |       |
| Çalışıyor                     | 37  | 169±13,37    | 0,240        |       |
| Çalışmıyor                    | 198 | 166±13,82    |              |       |
| <b>Aile tipi</b>              |     |              |              |       |
| Geniş aile                    | 51  | 164±17,15    | 0,322        |       |
| Çekirdek aile                 | 183 | 167±12,63    |              |       |
| Parçalanmış aile              | 1   | 153          |              |       |
| <b>Çocuk odası varlığı</b>    |     |              |              |       |
| Var                           | 144 | 169±12,07    | <b>0,001</b> |       |
| Yok                           | 91  | 162±15,25    |              |       |

Mann-Whitney U Testi

Anne ve babaların eğitim durumu, ailenin aylık gelir durumu, çocuk odası varlığı ile ölçek puan ortalaması arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki olduğu, aylık gelir arttıkça ölçek puanlarının arttığı belirlendi ( $p<0,05$ ).

Annenin yaşı, çalışma durumu, babanın yaşı, çocuk yaşı, ailedeki çocuk sayısı, aile tipi ile ölçek puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Ev Kazaları Konusunda Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması**

|   | n   | Ort±Ss       | Min-Max | p            |
|---|-----|--------------|---------|--------------|
| <b>Yaşa uygun oyuncak seçimi</b>                          |     |              |         |              |
| Doğru   | 136 | 167±11,23    | 133-187 | <b>0,018</b> |
| Yanlış  | 99  | 164±16,09    | 119-191 |              |
| <b>Evde ilkyardım çantası bulundurma durumu</b>           |     |              |         |              |
| Var   | 84  | 171±11,93    | 119-191 | <b>0,001</b> |
| Yok   | 151 | 164±14,05    | 120-187 |              |
| <b>Evde yangın tüpü bulundurma durumu</b>                 |     |              |         |              |
| Var   | 25  | 171±10,55    | 143-184 | <b>0,037</b> |
| Yok   | 210 | 166±13,97    | 119-191 |              |
| <b>Evde acil durum telefon numarası bulundurma durumu</b> |     |              |         |              |
| Var   | 82  | 169±12,26    | 124-191 | <b>0,026</b> |
| Yok   | 153 | 166±14,34    | 119-187 |              |
| <b>Ev kazalarına yönelik eğitim alma durumu</b>           |     |              |         |              |
| Evet  | 15  | 175±7,67     | 160-187 | <b>0,001</b> |
| Hayır   | 220 | 166±13,79    | 119-191 |              |
| <b>İlk yardım konusunda eğitim alma durumu</b>            |     |              |         |              |
| Evet  | 66  | 171,50±13,21 | 122-191 | <b>0,002</b> |
| Hayır   | 169 | 165±13,67    | 119-186 |              |
| <b>İtfaiyenin numarasını bilme durumu</b>                 |     |              |         |              |
| Evet  | 68  | 169±12,36    | 122-187 | <b>0,014</b> |
| Hayır   | 167 | 166±14,09    | 119-191 |              |
| <b>Ambulansın numarasını bilme durumu</b>                 |     |              |         |              |
| Evet  | 218 | 167±13,38    | 119-191 | <b>0,047</b> |
| Hayır   | 17  | 160±16,38    | 124-177 |              |

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Oyuncak seçimi doğruluğu literatür eşliğinde araştırmacı tarafından belirlenmiştir

Tablo 5 incelendiğinde; annelerin, yaşa uygun oyuncak seçimi, evde ilk yardım çantası, yangın tüpü, acil durum telefon numarası bulundurma, ev kazalarına yönelik eğitim alma, ilk yardım konusunda eğitim alma, itfaiyenin ve ambulansın telefon numarasını bilme ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark olduğu görüldü ( $p < 0.05$ ).

### Tartışma

Ev kazaları sıklığı ülkeler ve yaş gruplarına göre değişmekle beraber çocukluk çağı kazalarının %25'ini oluşturduğu bilinmektedir<sup>(21)</sup>. Araştırma grubunun sosyodemografik verileri Tablo 1'de görülmektedir. Çocuklarda ev kazası görülme sıklığı %30,2 olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Bazı çalışmalardaki sonuçlar bizim çalışmamızla

paralellik gösterirken<sup>(20-23)</sup> sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerle yapılmış bazı çalışmalarda kaza sıklığı %49,6; Balıbey ve arkadaşlarının (2011)<sup>(24)</sup>'nin Ankara'da kentsel, yarı kentsel ve kırsal yaşam alanlarında yaşayan, 1-5 yaş arası çocuğu olan annelerle yapmış olduğu çalışmasında kaza sıklığı %65,6; Dal Santo ve arkadaşlarının (2004)<sup>(25)</sup> Kuzey Carolina'da yaşayan 5 yaş altı çocuğa sahip annelerle yaptığı çalışmasında ise kaza insidansı %65 bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak Manisa'da herhangi bir nedenle sağlık ocağına başvuran, 0-6 yaş arası çocuklarda kaza sıklığı %15,5 olarak belirlenmiştir<sup>(12)</sup>. Bu sonuçların araştırmaların farklı bölgelerde, farklı yaş gruplarında ve farklı yıllarda yapılan lokal çalışmalar olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada en sık karşılaşılan kaza türlerinin düşmeler (%55) ve yanmalar (%30) olduğu belirlendi (Tablo 2). Benzer olarak çoğu ça-

lişmada da düşmeler en sık karşılaşılan ev kazaları arasında belirtilmiştir<sup>(2,12,18,20-34)</sup>. Ev kazaları arasında ikinci sırada yanmaların bulunduğunu gösteren çalışmalarda azımsanmayacak kadar çoktur<sup>(6,12,18,20-23,29,35)</sup>. Çocuklarda kaza bilincinin henüz gelişmemiş olması, vücut dengelerini sağlamadaki yetersizlikleri, hareketli ve dikkatsiz oluşları, bulma ve öğrenme konusundaki merakları çocuklarda düşmelerin yaygın olarak görülmesine zemin hazırlamaktadır. Konuyla ilgili verilecek eğitimlerde anne babaların ilgisi bu yöne çekilmeli, yaygın olarak görülen ev kazalarının önlenmesinde gerekli tedbirlerin alınmasının gerekliliği vurgulanmalıdır.

Ev kazası geçiren çocukların, kaza esnasında yanlarında çoğunlukla (%55) annelerinin bulunduğu görülmektedir (Tablo 2). Literatürde de çoğu çocuğun ev kazası esnasında annesi ile birlikte olduğu belirtilmiştir<sup>(26,37,38)</sup>. Bu sonuç, sanılanın aksine kazaların çocuk yalnız iken meydana gelmediğini göstermesi bakımından önemlidir. Annenin çocuğun yanındayken dikkatli gözlemine sürdürmesi konusunda bilgilendirilmesi önerilebilir.

Bu çalışmada annelerin %52,5'i çocuğun dikkatsizliği sonucu, %40'ı kendi ihmalleri nedeniyle, kaza oluştuğunu ifade etti (Tablo 2). Yapılan çalışmalar, ev kazalarının bazen çevredeki tehlikeli durumlardan, bazen de hatalı davranışlardan fakat genellikle her ikisinin birleşmesinden ileri geldiğini göstermektedir<sup>(39)</sup>. Annelerin çoğunluğunun kaza oluşumundan çocukları sorumlu tutması, ev kazaları konusundaki sorumluluklarını yatsıma eğiliminde olduklarını düşündürdü.

Araştırmada kaza geçiren çocuklardan sadece %60'ının ailesi tarafından bir sağlık kuruluşuna götürüldüğü belirlendi (Tablo 2). Farklı çalışmalarda ailelerin çocuklarını kaza sonrası sağlık kuruluşuna götürme sıklığının % 24-60,4 arasında değiştiği belirlenmiştir<sup>(20-23,34,40)</sup>. Bazı annelerin evde müdahaleyi tercih etmelerinin ya da herhangi bir müdahalede bulunmamalarının bu sonucu doğurduğu düşünüldü.

Çalışmada çocukların ev kazalarına en çok oturma odası/salonda (% 62,5), ikinci sırada mutfakta (% 13,7), maruz kaldığı saptandı (Tablo 2). Literatürde en fazla kaza yaşanan alan olarak oturma odası/salon bildirilse de<sup>9,26,29,36,41</sup>, nadir olarak bahçe<sup>(30)</sup>, mutfak<sup>(42-44)</sup>, yatak odası<sup>(45)</sup> ve banyoda da<sup>(46)</sup> kaza sıklığı bildirilmiştir. En sık kaza yaşanan alan olarak ikinci sırada mutfakı belirten çalışmalarda<sup>(26,36)</sup> bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Çocuklarda ev kazalarının en sık oturma odası/salonda gerçekleşmesinin, ailelerin

vakitlerinin çoğunu oturma odası/salonda geçirmesinden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Bu sonuç ailelerin, en çok vakit geçirdiği ortam olan oturma odası/ salonun kaza riski açısından ilk sırada yer aldığı konusunda farkındalık düzeylerinin artırılması ve ev kazalarını önlemeye yönelik salonda gerekli tedbirleri alması konusunda bilinçlendirilmesi gerektiğini düşündürdü.

Ev ortamlarının çocuk güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmemesi ev kazası riskini arttıran nedenlerden biridir<sup>(47)</sup>. Bu çalışmada kaza sonrası önlem alınma sıklığı %36,3 olarak belirlendi (Tablo 2). Literatürde annelerin kaza sonrası önlem alma sıklığının % 27,5 ile % 76 arasında değişen farklı önlem alma sıklığı belirleyen çalışmalar mevcuttur<sup>(20-23,40)</sup>. Araştırma kapsamındaki annelerin kaza deneyimlerinin sınırlı olması sebebi ile önlem alma eğilimlerinin az olduğu düşünüldü.

Çalışmada ev kazalarının oluşumunda anne yaşının etkisinin olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 3). 0-6 yaş grubu çocuğa sahip annelerle yapılan başka bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır<sup>(34)</sup>. Bunun yanı sıra kaza sıklığı ile anne yaşı arasında ilişki olduğunu belirleyen araştırmalar da vardır. Bazı çalışmalarda anne baba yaşı arttıkça kaza sıklığının azaldığı bildirilmektedir<sup>(26,23,34)</sup>.

Araştırma sonuçları, literatürle uyumlu şekilde<sup>(8)</sup> çocuk yaşının kaza oluşumuna etkisinin olduğu, ev kazalarının en sık 1-3 yaş arası çocuklarda (%56,3) görüldüğünü göstermektedir ( $p<0,001$ )(Tablo 3). Bu sonuçlar, çocuklarda ev kazalarının gelişme sıklığının çocukların gelişimsel özellikleri ile ilişkili olduğunu düşündürdü. Ebeveynlere verilecek eğitimlerde çocukların gelişimsel özelliklerinin ve yaşının ev kazaları ile ilişkisinin vurgulanması ve yaş dönemine özgü olarak ele alınması gerektiği sonucuna varıldı.

Araştırmada kaza geçirme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ( $p>0,05$ )(Tablo 3). Ankara'da 0-48 ay arası çocuğa sahip annelerle yapılan bir çalışmada<sup>(30)</sup> benzer şekilde ev kazası oluşumu ile cinsiyet arasında herhangi bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Literatürde erkek çocuklarının kız çocuklarından daha fazla kazaya maruz kaldığını bildiren çok sayıda çalışmaya rastlanmıştır<sup>2,3,12,26,31,34,41,45,48,49</sup>. Çoğu çalışmada erkek çocuklarının daha fazla ev kazası geçirmesinde hareketli, meraklı, disiplinsiz, dikkatsiz oluşları ile sert oyunları sevmelerinin etkisi olduğu belirtilmiştir. Balıbey ve arkadaşlarının(2011)<sup>(24)</sup> çalışmasında, erkek çocuklarının kaza geçirme hızı

kırsal yaşam alanında daha yüksek ve anlamlı bulunurken, kentsel ve yarı kentsel alanda cinsiyet farkı anlamlı bulunmamıştır. Kentsel alanlarda apartman dairesinde oturan çocukların vakitlerinin çoğunu evde geçirmesinin, kaza oluşumunda cinsiyet farkını ortadan kaldırdığı düşünülebilir.

Çalışmada evinde ilk yardım çantası bulundurma durumu ile kaza görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ( $p=0,003$ ) (Tablo 3). İlk yardım çantası bulundurma kazalara karşı bir tedbir olduğundan, tedbir alma eğiliminde olanların kaza konusundaki farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Anne yaşı ile ölçek puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4). Dericioğulları ve arkadaşlarının (2007)<sup>(50)</sup> çalışmasında, Öztürk ve arkadaşlarının (2010)<sup>(51)</sup> çalışmasında annelerin yaşları ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçları bu çalışmalarla uyumludur. Koştunun (2005)<sup>(52)</sup> çalışmasında, annenin yaşı arttıkça ölçek puan ortalamasının düştüğü, Turan ve Ceylanın (2007)<sup>(36)</sup> ile Özmen ve arkadaşlarının (2007)<sup>(12)</sup> çalışmalarında ise yaşı büyük annelerin ölçek puanının daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

Bu çalışmada literatürle uyumlu şekilde<sup>(32)</sup> ailedeki çocuk sayısı ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ( $p=0,53$ ) (Tablo 4). Ailenin gelir düzeyi ile ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ailelerin gelir düzeyleri arttıkça annelerin ölçek puan ortalamalarının da arttığı belirlendi ( $p=0,005$ ) (Tablo 4). Erkal'ın (2010)<sup>(37)</sup> çalışma sonuçları ile Turan ve Ceylan'ın (2007)<sup>(36)</sup> çalışma sonuçları araştırma sonuçlarımız ile benzer şekilde ailenin gelir düzeyi arttıkça ölçek puanlarının arttığı belirlenmiştir. Farklı olarak Aktaş'ın (2010)<sup>(32)</sup> çalışmasındaki ailelerin gelir düzeyleri ile annelerin ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gelir düzeyi az olan ailelerde eğitim seviyesinin de daha düşük olmasının ayrıca geçeköndü yaşamının yaygınlığının, ev kazaları konusunda gerekli bilgilerin edinilmesine ve ev içinde gerekli düzenlemelerin yapılabilmesine olanak vermediği düşünüldü.

Bu çalışmada anne ve babanın eğitim düzeyi yükseldikçe, ölçekten aldıkları toplam puanın da arttığı belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 4). Birçok çalışmada, bu çalışmaya paralel olarak annenin eğitim durumu ile ölçek puan ortalaması arasında

aynı yönde anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir<sup>36,37,51,52</sup>.

Araştırmada aile tipi ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında, istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ( $p=0,322$ ) (Tablo 4). Aktaş'ın (2010)<sup>(32)</sup> çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Koştunun (2005)<sup>(52)</sup> çalışmasında, aile tipi ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel bir fark olduğu saptanmıştır. Turan ve Ceylan'ın (2007)<sup>(36)</sup> çalışmasında çekirdek ailede yaşayan annelerin; Erkal'ın (2010)<sup>(37)</sup> çalışmasında ise geniş ailelerdeki annelerin ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Annelerin çalışma durumları ile ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p=0,240$ ) (Tablo 4). Bu sonuçlar literatürle uyumlu bulundu<sup>(50)</sup>.

Çalışmada evinde çocuk odası bulunan annelerin ölçek puan ortalamalarının, evinde çocuk odası bulunmayan annelerin ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0,001$ ) (Tablo 4). Evinde çocuk odası bulunan ailelerin sosyoekonomik durumlarının daha iyi olduğu düşünülürse, bu özelliklere sahip ailelerin kazalara karşı önlem alma eğilimlerinin de fazla olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada çocuğun yaşı ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ( $p=0,134$ ) (Tablo 4). Yapılan bir çalışmaya göre çocuğu 17 aydan büyük olan annelerin ölçekten daha yüksek puan aldığı ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır<sup>(12)</sup>. Yıldız Çiçekler ve arkadaşlarının (2012)<sup>(53)</sup> yaptığı çalışmada, farklı aylar arasında çocuğu bulunan annelerin, ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Özmen ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile Yıldız Çiçekler ve arkadaşlarının çalışma sonuçları, bu çalışmanın sonuçları ile farklılık göstermiştir. Küçük çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu ve yatakta dönmeye bağlı düşmeler daha fazla yaşanırken, daha büyük çocuklarda zehirlenmeler, yanmalar ve kesikler daha fazla görülmektedir. Bu nedenle annelerin tüm önlemler yerine sadece çocuğun yaşına uygun olan kazalara ait önlemleri alması, ölçek puan farklarını azaltıcı etki göstermiş olabilir.

Araştırmada çocuğun cinsiyeti ile annenin ölçek puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ( $p=0,935$ ) (Tablo 4). Benzer şekilde Yıldız Çiçekler ve arkadaşlarının (2012)<sup>(53)</sup> yaptığı çalışmada da, annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini

alma durumu ile çocuğun cinsiyeti arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Bu sonuçlar annelerin önlem alma konusunda cinsiyetin belirleyici olmadığını düşündürmektedir.

Oyuncaklar çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun seçilmediği, sağlıklı malzemeden yapıldığı ve ortalıkta bırakıldığı durumlarda ciddi kazalara neden olabilmektedir. Bu çalışmada yaşa uygun oyuncak seçimi doğruluğu ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ( $p=0,018$ )(Tablo 5). Kazalardan koruma bilinci yüksek olan annelerin, oyuncak seçimi konusunda da duyarlı olduğu söylenebilir.

Çalışmada ev kazaları konusunda eğitim alan annelerin ölçek puan ortalamalarının, eğitim almayan annelerin ölçek puan ortalamalarından istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlendi ( $p=0,001$ )(Tablo 5). Altındağ'ın<sup>(16)</sup> aynı ölçek ile yapmış olduğu çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Ev içi güvenlik önlemlerinin artırılmasında, sağlık personelinin birebir ev ziyaretlerinde bulunarak ev kazaları konusunda ebeveynlere eğitim vermesi ayrıca çeşitli basın-yayın organlarından ve eğitim araçlarından (broşür, kitapçık vb.) yararlanılarak bu konunun daha geniş toplumlara yayılması önerilebilir.

Kaza durumunda evde ilk müdahaleyi yapan kişi genellikle anne olduğu için annenin ilk yardım konusundaki bilgi, tutum ve davranışları çocuğun gelecekteki yaşamını da etkileyebilmektedir. Bu çalışma kapsamındaki annelerin, ilk yardım konusunda bilgi alma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ( $p=0,002$ )(Tablo 5). Öztürk ve arkadaşlarının (2010)<sup>(51)</sup> yaptığı çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarak, annelerin ilk yardım konusunda bilgi alma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür. Çeşitli kaza türlerinde yapılacak ilk yardım müdahaleleri ile bu kazaların nasıl meydana geldiğine dair bilgiler ilk yardımın konusunu oluşturmaktadır. Bu konularda bilgi sahibi olan annelerin, evde alınması gereken güvenlik önlemleri konusunda daha dikkatli davrandığı düşünülebilir.

Evinde ilk yardım çantası, yangın tüpü ve acil durum telefonlarını bulduran anneler ile itfaiye ve ambulansın numarasını bilen annelerin ölçek puan ortalamalarının istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ )(Tablo 5). Evde yangın tüpü buldur-

mak ya da acil durum telefonlarını bilmek kazalara karşı bir tedbir olduğundan, tedbir alma eğiliminin kazalardan korunma bilinci gelişmiş kişilerde daha fazla olduğu söylenebilir.

Çocukluk çağı yaralanmalarında hemşirenin rolleri arasında; çevredeki tehlikeleri tanımlamak, azaltmak ve ortadan kaldırmak, çocuklardaki davranış özelliklerini tanımlamak ve çocuk gelişimi konusunda ebeveynlere rehberlik etmek yer almaktadır<sup>(17)</sup>. Hemşireler yaptıkları ev ziyaretleri ile kazaları değerlendirme, riskleri belirleme ve bu risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik uygulamalar yapabilme fırsatına sahiptirler<sup>54,55</sup>. Hemşireler ev kazaları konusunda halkı uyarak üstlenmiş olduğu rolleri de (destekleyici, eğitici ve danışmanlık rolleri) yerine getirmiş olmaktadır<sup>36,56</sup>. Sağlık çalışanları, çocuk güvenliğinin danışmanları olarak çeşitli eğitim programları hazırlamalı, mevcut çalışmalara destek vermeli, çocuk hekimleri ve hemşireleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları yaralanma kontrolü için yasal düzenlemelerin oluşturulmasında güçlü bir danışmanlık rolü üstlenmelidir.

#### Kaynaklar

1. Uğur Baysal S, Birinci A. Çocukluk Çağında Kazalar ve Yaralanma Kontrolü. Türkiye Klinikleri Journal Of Pediatrical Sciences, 2006; 2(2): 64-78.
2. Runyan CW, Casteel C, Perkis D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, Coyne-Beasley T, Waller AE, Viswanathan S. Unintentional injuries in the home in the United States Part I: Mortality. American Journal of Preventive Medicine, 2005;28(1): 73-79.
3. Kendrick D, Coupland C, Mulvaney C, Simpson J, Smith SJ, Sutton A, Watson M, Woods A. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007;1:Art. No.CD005014. DOI:10.1002/14651858.CD005014.pub2.
4. Potts NL, Mandelco BL. Pediatric nursing caring for children and their families. Delmor Company, USA, 2002; 14-17.
5. Bulut A, Gükçay G, Uğur Baysal S. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Sosyal Pediatri, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2003; 59-66.
6. Özcebe H. Yaralanma Kontrol ve Korunma Programları ve Güvenli Toplamlar. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Güler Ç, Akın L. Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006; 685-698.

7. Uskun E, Alptekin F, Öztürk M, Kişioğlu AN. The attitudes and behaviors of housewives in the prevention of domestic accidents and their first aid knowledge levels. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.*,2008; 14(1): 46-52.
8. World Health Organization. News release, 10 December 2008| Geneva/ Hanoi/ New York Preventable injuries kill 2000 children every day. Erişim Tarihi: 20.06.2013. Erişim Adresi: <http://www.who.int/media-centre/news/releases/2008/pr46/en/print.html>.
9. Sengoelge M, Bauer R, Laflamme L. Unintentional child home injury incidence and patterns in six countries in Europe. *Int J Inj Contr Saf Promot*, September, 2008;15(3): 129-139.
10. Hendrickson S G. Reaching an underserved population with a randomly assigned home safety intervention. *Injury Prevention*, 2005;11: 313-317.
11. Altundağ S, Öztürk MC. Ev kazaları nedeniyle hastaneye gelen 3-6 yaş grubu çocuklardaki kaza türleri ve bunu etkileyen etmenler. *Çocuk Forumu*, 2004; Mayıs- Ağustos, 5: 60-64.
12. Özmen D, Ergin D, Şen N, Çetinkaya AÇ. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanınması. *Aile ve Toplum Dergisi*, Nisan-Mayıs-Haziran, 2007;9: 3(12): 13-20.
13. Kıran S, Semin S, Ergör A. Kazalar ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi(STED)*, 2001;10(2): 50-51.
14. Ulukol B, Şimşek F, Usubütün S, Gülnar S. 0-6 yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında anne eğitiminin etkinliği. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir, Bildiri Özet Kitabı, 2005; 255-257.
15. Çelik İnanç D, Uğur Baysal S, Ertem Vehid H, Taviloğlu K. Epidemiologic and behavioral determinants in childhood injuries. ESSOP Annual Meeting, 16-18 October, Madrid, Abstract Book, 2003;134.
16. Altundağ S. Ev kazalarına yönelik eğitimin, güvenlik önlemleri alınması ve kaza görülme sıklığına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.
17. Brunner LS, Suddarth DS. Safety: Incidence of Childhood Accident. *Pediatric Nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. Lippincot Company, Philadelphia, 1982.
18. Çınar ND, Görak G. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Çocuk Forumu*, 2003;6: 22-27
19. Alptekin F. Aksaray il merkezinde ev kazaları epidemiyolojisi, korumaya yönelik tutum ve davranışlar, ev kazalarına yönelik ilkyardım bilgi düzeyi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2004.
20. Köse Ö, Bakırcı N. Çocuklarda ev kazaları. *STED*, 2007;16(3): 31-35.
21. Erkal S, Şafak Ş. Determination of the risks of domestic accidents for the 0-6 age group in the Tuzluçayır Village Clinic neighborhood. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 2006; 48: 56-62.
22. Aktürk Ü, Erci B. 0-5 yaş grubu çocuğa sahip annelerin ev kazalarına neden olan faktörler ve önlemeye yönelik bilgi tutum ve davranışlarının saptanması. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, Bildiri Özet Kitabı, 2012; 863- 864.
23. Yalaki Z, Taşar MA, Kara N, Dallar Y. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan ailelerin ev kazaları hakkında bilgi düzeylerinin ölçülmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2010;9: 129-133.
24. Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Çocukluk çağında ev kazalarına yol açan etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2011;20(3): 89.
25. Dal Santo JA, Goodman RM, Glik D, Jackson K. Childhood unintentional injuries: factors predicting injury risk among preschoolers. *Journal of Pediatric Psychology*, 2004; 29(4): 273-283.
26. Alasya E. 1-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşe, 2012.
27. Del Ciampo LA, Ricco RG, De Almeida CA, Mucillo G. Incidence of childhood accidents determined in a study based on home surveys. *Ann Trop Paediatr*, 2001; 21(3): 239-243
28. Çelik İnanç D, Uğur Baysal S, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler. *Türk Ped Arş*, 2008; 43: 84-88.

29. Chen LH, Gielen AC, McDonald EM. Validity of self reported home safety practices. *Injury Prevention*, 2003;9: 73-75.
30. Boztaş G. 0-48 aylık çocukların ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalarına ilişkin annelerinin davranış ve görüşlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2008.
31. Tsoumakas K, Dousis E, Mavridi F, Gremou A, Matziou V. Parent's adherence to children's home-accident preventive measures. *International Council of Nurses*, 2009; 56(3): 369-374.
32. Aktaş B. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama durumu. *STED*, 2010;19(4): 146-149.
33. Mahalakshmy T, Dongre AR, Kalaiselvan G. Epidemiology of childhood injuries in rural Puducherry, South India. *Indian J Pediatr*, 2011;78(7): 821-825.
34. Karatepe TU, Akış N. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 0-6 yaş çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili faktörler. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, Bildiri Özet Kitabı, 2012; 885-886.
35. Usubütün S, Karaoğlu L, Korkmaz Y, Güneş G. Malatya il merkezinde yaşayan 0-5 yaş arası çocuklarda ev kazası sıklığı ve etkileyen faktörler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, Ankara, Bildiri Özet Kitabı, 2005;65.
36. Turan T, Ceylan SS. 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin ev kazalarını önlemek için aldıkları güvenlik önlemlerinin aile özelliklerine ve son bir aydaki ev kazaları sıklığına göre değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 2007;17 (4 ): 52-58.
37. Erkal S. Identification of the number of home accidents per year involving children in the 0-6 age group and the measures taken by mothers to prevent home accidents. *Turkish Journal of Pediatrics*, 2010; 52(2):150-157.
38. Atak N, Karaoğlu L, Korkmaz Y, Usubütün S. A household survey: unintentional injury frequency and related factors among children under five years in Malatya. *Turk J Pediatr*, 2010; 52: 285-293.
39. Çınar ND. 0-6 Yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında ailenin rolü. *Klinik Çocuk Forumu*, 2004; 62-66.
40. Aksakal FNB, Çetin FE, Özdemirkan T, Tunca M Z, Aygün R. 0-6 yaş çocuğu olan ebeveynlerin ev kazaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması. In 15. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. 2012.
41. Yıldırım N, Kublay G. 1-4 yaş dönemi çocukların ev kazası sıklığı ve risk faktörleri. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, Kongre Özet Kitabı, 2012; 865-867.
42. Altundağ S, Öztürk MC. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri alma konusundaki tutumların saptanması. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 22-24 Eylül, İzmir, Bildiri Özet Kitabı, 2005; 270.
43. Phelan K J, Khoury J, Xu Y, Lanphear B. Validation of a home injury survey. *Injury Prevention*, 2009;15(5): 300-306.
44. Theologos F, Nick D, Delia Marina A, Constantine F, George P, Melpomeni M, Eleni TP. Magnitude and object-specific hazards of aspiration and ingestion injuries among children in Greece. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2007;71: 317-324.
45. Aşıröz M, Yavuz MS, Albek E, Cantürk G. Infant and adolescent deaths in İstanbul due to home accidents. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 2005; 47: 141-149.
46. Kim HB, Kim DK, Kwak YH, Shin SD, Song KJ, Lee SC, Park JO, Jang HY, Kim SC. Epidemiology of traumatic head injury in Korean children. *J Korean Med Sci*, 2012; 27: 437-442.
47. Ademola AS, Dedeke IO, Oyelami OA. Childhood injuries in Ilesa, South-Western Nigeria: causes, pattern, and outcome. *West Afr J Med*, Jul- Aug., 2010;29(4): 253-258.
48. Erkal S, Şafak Ş. Tuzluca'yı sağlık ocağı bölgesinde yaşayan ailelerde ev kazası görülme durumu ve konutların ev kazası riski açısından incelenmesi. *Sağlık ve Toplum*, Nisan-Haziran, 2003;96-100.
49. Chini F, Farchi S, Giorgi RP, Camilloni L, Borgia P, Guasticchi G. Road and home accident injuries of infants and adolescents in the Lazio region. Results of an integrated surveillance system. *Epidemiol Prev*, 2006;30 (4-5): 255-262.
50. Dericioğulları A, Konak Ş, Kılınç G, Orun Kavak H. 0-6 yaş grubu çocuğa sahip annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama durumu. 5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, 2007; 65.
51. Öztürk C, Sarı H, Bektaş M, Elçigil A. Home accidents and mothers measurements in preschool children. *Anatol J Clin Investig*, 2010; 4(1): 15-21.

52. Koştı N. 0-6 yaş grubunda çocuğu olan annelerin ev kazalarından çocuklarını korumaya yönelik aldıkları güvenlik önlemlerinin belirlenmesi. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 22-24 Eylül, İzmir, Bildiri Özet Kitabı, 2005; 282.
53. Yıldız Çiçekler C, Konuk Er R, Alakoç Pirpir D, Büyükbayraktar Ç. 0-6 yaş grubunda çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012; 21(3): 157-174.
54. Smith CM. Home Visit: Opening the Doors for Family Health. In: Community / Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations. Eds: Maurer FA, Smith CM. 4<sup>th</sup> ed. Saunders Elsevier, United States, 2009; 302-321.
55. Turan T, Dünder AS, Yorgancı M, Yıldırım Z. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi, 2010;16 (6): 552-557.
56. Çalışkan K, Avcı Ö, Acar V, Candan Dönmez Y. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin düşmelere ilişkin ilkyardım uygulamalarının incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;3(3): 2-8.
57. Carls C. The prevalence of stress urinary incontinence in high school and college-age female athletes in the Midwest: implications for education and prevention. Urol Nurs 2007;27:21-24.
58. Song Y F, Zhang WJ, Song J, et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. Chinese Med J 2005;118:887-892.
59. Eliasson K, Nordlander I, Larson B, et al. Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. Scand J Med Sci Sports 2005;15:87-94.
60. Nygaard IE. Does prolonged high-impact activity contribute to later urinary incontinence? A retrospective cohort study of female olympians. Obstet Gynecol 1997;90:718-722.
61. Coyne KS, Cash B, Kopp Z, Gelhorn H, Milson I, Berriman S, Vats V, Khullar V. The prevalence of chronic constipation and faecal incontinence among men and women with symptoms of overactive bladder. BJU Int. 2011;107(2):254- 261.
62. Kaplan SA, Dmochowski R, Cash BD, Kopp ZS, Berriman SJ, Khullar V. Systematic review of the relationship between bladder and bowel function: implications for patient management. International Journal of Clinical Practice 2013;67(3):205-216.



## Hemşirelik Öğrencilerine Akran Eğiticiler ile Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği\*

### Efficiency of Training on Reproductive Health Provided by Peer Trainers to Nursing Students

Özlem AŞCI<sup>a</sup> Fulya GÖKDEMİR<sup>b</sup> Ebru ÇİÇEKOĞLU<sup>c</sup>

**ÖZET Amaç:** Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine akran eğiticiler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliğini saptamaktır. **Yöntem:** Yarı-deneysel nitelikteki bu çalışma, tek grupta ön test-son test tasarımıdır. Çalışmada bir üniversitenin hemşirelik bölümünde öğrenim gören 58 öğrenciye akran eğiticiler ile üreme sağlığı eğitimi verilmiştir. Veriler eğitim öncesi ve eğitimden altı hafta sonra anket formu ve Üreme Sağlığı Ölçeği ile toplanmıştır. Veri analizi SPSS 16.00 programında Ki-Kare ve Wilcoxon işaretli sıra testi ile yapılmıştır. **Bulgular:** Yaş ortalaması 19,65±3,61 olan öğrenciler arasında ön teste kıyasla son testte üreme sağlığını doğru olarak tanımlama oranı %20,7'den %84,5'e (p=0.000), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmada en güvenilir yöntemin kondom olduğunu bilme oranı %31,0'den %60,3'e (p=0.004) yükselmiştir. Gelişi güzel cinsel yaşamın getirebileceği riskleri tanımlama, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon isimlerini, belirtilerini ve bulaşma yollarını bilme oranları açısından son test lehinde anlamlı artışlar tespit edilmiştir. Öğrencilerin bildikleri AP yöntemlerinin tamamında, çalışmada kullanılan ölçeğin genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarında ön testte kıyasla son testte artış gözlenmiştir. Ancak bunlardan sadece bazıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. **Sonuç:** Akran eğitimi hemşirelik öğrencilerine aile planlaması yöntemlerini öğretmede sınırlı etki gösterirken üreme sağlığı tanımını, gelişigüzel cinsel yaşamın risklerini, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon isimlerini, belirtilerini ve bulaşma yollarını öğretmede ve üreme sağlığı davranışlarını geliştirmede etkili olmuştur. **Anahtar Kelimeler:** Akran grubu, cinsel sağlık, eğitim, hemşirelik, üreme sağlığı.

**ABSTRACT Aim:** To determine efficiency of training on reproductive health provided by peer trainers to the first-year nursing students. **Method:** This quasi-experimental study was designed as pretest-posttest in single group. In the study, the training of reproductive health was provided to 58 students studying at nursing department of a university by peer trainers. The data were collected by using a questionnaire and the Reproductive Health Scale before and six weeks after the training. The data were analyzed by using Chi-Square and Wilcoxon signed rank test in SPSS 16.00 program. **Results:** Among the students having an average age of 19.65±3.61, the rate for describing reproductive health correctly increased from 20.7% to 84.5% (p=0.000) and the rate of being aware that condom is the safest method for protecting from sexually transmitted infections increased from 31.0% to 60.3% (p=0.004) in posttest compared to pretest. Significant increases were determined on favor of posttest in terms of the rate of describing the risks brought by random sexual life and the rate of knowing names, symptoms, and transmission ways of sexually transmitted infections. An increase was observed in all of known family planning methods and in overall and all subscale mean scores of the scale used in the study in posttest compared to pretest. However, only some of them were found to be statistically significant. **Conclusion:** While peer education had a limited effect on teaching family planning methods to nursing students, it was effective for teaching the definition of reproductive health, risks of random sexual life, and names, indications, and transmission ways of sexually transmitted infections, and improving the behaviors of reproductive health. **Key Words:** Education, nursing, reproductive health, peer group, sexual health.

Geliş Tarihi/Received: 20-04-2016 / Kabul Tarihi/Accepted: 08-08-2016

\*Bu çalışma 26-29 Nisan 2016 tarihleri arasında Adana'da düzenlenen 3. Uluslararası & 7. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>a</sup> Yrd. Doç. Dr. Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.

<sup>b</sup> Öğr. Gör. Blm. Uzm. Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.

<sup>c</sup> Lisans Öğrencisi, Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Yazar/ Correspondence: Yrd. Doç. Dr. Özlem AŞCI

Adres: Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü 08000 Artvin,

E-mail: asci.s.ozlem@gmail.com

**Atıf:** Aşci Ö, Gökdemir F, Çiçekoğlu E. Hemşirelik öğrencilerine akran eğiticiler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği. HSP 2016;3(3):173-183

**To cite this article:** Aşci Ö, Gökdemir F, Çiçekoğlu E. Efficiency of training on reproductive health provided by peer trainers to nursing students. HSP 2016;3(3):173-183

## Giriş

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), adölesan gebelikler, anne ve çocuk ölümleri gibi pek çok cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CS/ÜS) sorunu genç insanlar (10-24 yaş arası) arasında oldukça yaygındır. Örneğin dünyada bir pandemi halinde seyreden CYBE'nin üçte birini ve İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) vakalarının yarısını 25 yaşın altındaki gençler oluşturmaktadır.<sup>1,2</sup> Bu nedenle gençlerin CS/ÜS gereksinimlerinin bilinmesi ve karşılanması her geçen gün önem kazanmaktadır.<sup>1,3-5</sup>

Türkiye, gençlere yönelik CS/ÜS hizmetlerinin henüz istenen düzeyde olmadığı bir ülkedir.<sup>5-10</sup> Daha önce yapılan çalışmalarda; örgün eğitim programlarında CS/ÜS konularına yeterince yer verilmediği, medyanın zaman zaman gençleri olumsuz etkilediği, ebeveynlerin CS/ÜS ile ilgili konuları çocukları ile konuşmaktan çekindiği, gençlerin riskli cinsel davranışlar sergiledikleri, gençlere bu alanda hizmet sunacak sağlık kuruluşlarının ve donanımlı sağlık personelinin yetersiz olduğunu belirtmektedir.<sup>5,9,11</sup>

Sağlık Bakanlığı 2004 yılında "Gençler İçin Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Çerçevesi" oluşturmuştur. Bu çerçeveye göre hemşireler, gençlere CS/ÜS hizmeti sunan ekibin bir üyesidir.<sup>12</sup> Hemşirelerin en temelde gençlere ve ailelerine bilgi, eğitim ve danışmanlık verebilmesi, CS/ÜS açısından riskli durumları tespit edebilmesi, risk altındaki bireylere danışmanlık verebilmesi ve gerektiğinde bu bireyleri uygun merkezlere yönlendirebilmesi beklenmektedir.<sup>8,13-15</sup> Yeterli bilgiden yoksun ve kendi sağlık sorunlarında bile uygun danışmanlık hizmetine ulaşma yollarını bilmeyen hemşirelerin, toplumdaki diğer bireylere profesyonel sağlık hizmeti sunması güçtür.<sup>7</sup> Bu nedenle sağlık profesyonellerinin (tıp, hemşirelik ve ebellek vb.) hizmet öncesi eğitimlerinin güçlendirilmesi önemlidir.<sup>1,7,14</sup> "Türkiye Üreme Sağlığı Programı CS/ÜS Mezuniyet Öncesi Eğitiminin Güçlendirilmesi Projesi" kapsamında sağlıkla ilgili bölümler için bir çekirdek müfredat geliştirilmiştir. Ancak bu müfredatın Türkiye'deki tüm hemşirelik eğitimi veren yükseköğretim ve fakültelere etkili bir şekilde yansıtılmaması söylemek zordur.<sup>16</sup>

Hemşirelik ve sağlıkla ilgili diğer alanlarda öğrenim gören öğrenciler, genç olmaları, mezuniyet sonrası CS/ÜS hizmeti sunacak olmaları gibi nedenlerle CS/ÜS bilgi, tutum, davranış ve gereksinimleri açıklanmaya çalışı-

lan bir gruptur. Daha önce yapılan çalışmalar bu alanlarda öğrenim gören gençlerin CS/ÜS bilgilerinin yetersiz olduğunu, riskli cinsel davranışlarda bulunabildiklerini, CS/ÜS ilgili sorun yaşadıklarında bile sağlık hizmetine ulaşmada isteksiz olduklarını bildirmektedir.<sup>5-7,13</sup> Ebelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre, öğrencilerin önemli bir kısmı bekarete önem vermekte, % 85,1'i evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmasını doğru bulmamaktadır.<sup>2</sup> Karabulutlu ve Kılıç<sup>13</sup> hemşirelik son sınıf öğrencilerinin CS/ÜS bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu ancak bu konuda sağlık hizmeti alma oranlarının düşük olduğunu bildirmiştir.<sup>13</sup> Başka bir çalışmada ise hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin %92,7'si daha önce cinsel eğitim aldığını bildirmesine rağmen sadece %58,3'ü CS/ÜS bilgilerinin yeterli bulunduğunu ifade etmiştir.<sup>14</sup>

Sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin CS/ÜS hakkında bilinenler, sıklıkla tanımlayıcı nitelikteki araştırmalarına dayanmaktadır.<sup>2,4,7-9,13</sup> Öğrencilere verilen CS/ÜS eğitimlerinin, CS/ÜS bilgi ve davranışlarını nasıl etkilediği, hangi eğitim biçimlerinin etkili olduğu ise net olmayan bir konudur. Son yıllarda akran eğitim modeli yükseköğretimde geniş yer tutmakta, akran rehberliğinde verilen eğitim modelleri yaygınlaşmaktadır.<sup>17,18</sup> Akran eğitim modeli, sosyal öğrenme kuramına dayalı olarak geliştirilmiştir. Belirli konularda eğitim almaya istekli gençlerin uzmanlar tarafından eğitilip bilinçlendirilmesi, daha sonra bu gençlerin kazandıkları bilgileri akranları ile paylaşılması esasına dayanan bir eğitimsel etkinlik biçimidir.<sup>4,18,19</sup> Bu eğitim klasik eğitim yöntemlerinden farklıdır. Klasik eğitim yöntemleri hiyerarşik bir ilişkiyi içermekte, ödül ve ceza yöntemlerinin kullanılıyor olması nedeniyle eğiticiler ve öğrenciler arasında güç dengesizliği oluşturmaktadır. Akran eğitiminde ise; güce dayalı olmayan stressiz ve uygun bir eğitim ortamı söz konusudur. Akranların birbirleri ile benzer bir dil kullanıyor olmaları çekinmeden soru sorabilmelerini kolaylaştırmaktadır. Akranların birbirine destek olmaları ise her iki tarafın akademik başarı ve memnuniyetini artırmaktadır.<sup>4,18</sup> Akran eğitiminden; engellilerin eğitiminde, HIV/AIDS ile savaşta, öğrenci uyum problemlerinin aşılmasında, öğrenmeyi kolaylaştırmada, birey ya da grup çatışmalarını gidermede etkin şekilde yararlanılmaktadır.<sup>20</sup> Literatürde akran eğitimi yoluyla verilen eğitimlerin gençlerin CS/ÜS

bilgi ve davranışlarını değiştirmede de etkili olduğu bildirilmektedir.<sup>4,13</sup> Hemşire/tıp öğrencilerinin CS/ÜS akran eğitici olarak kullanımının ise olumlu etki gösterdiği belirtilmektedir.<sup>21,22</sup> Hemşirelik öğrencilerinin aynı bölümde okuyan akranlarına verdikleri eğitiminin etkinliğini araştıran bu çalışmanın da konu ile ilgili bilgi birikimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı hemşirelik bölümü birinci sınıf öğrencilerine akran eğiticiler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliğini saptamaktır.

**Araştırma Soruları:** Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine, aynı bölümde okuyan akran eğiticiler tarafından verilen ÜS sağlığı eğitimi ön teste kıyasla son teste;

- Üreme sağlığını doğru olarak tanımlama oranını yükseltir mi?
- Gelişigüzel cinsel yaşamın getirebileceği riskleri tanımlama oranını yükseltir mi?
- AP yöntemlerini, CYBE isimlerini, bulaşma yollarını ve belirtilerini bilme oranı yükseltir mi?
- CYBE'den korunmada en güvenilir yöntemin kondom olduğunu bilme oranını yükseltir mi?
- ÜSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarını yükseltir mi?

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tek grupta ön test-son test tasarımının kullanıldığı yarı deneysel tipteki bir çalışmadır.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde 09 Şubat 2015-21 Mayıs 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2014-2015 Eğitim-Öğretim Yılı Bahar Yarıyılında Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinin Hemşirelik Bölümü birinci sınıfında öğrenim gören 70 öğrenci oluşturmaktadır. Evrenin kolay ulaşılabilir olması nedeniyle örneklem seçilmemiş evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya hemşirelik bölümü birinci sınıfta öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler dahil edilmiştir. Araştırma kapsamında verilen eğitime katılmayan ya da veri toplama formlarını eksik

dolduran öğrenciler ise araştırmadan çıkarılmıştır. Evrendeki tüm öğrenciler sözel olarak araştırmaya davet edilmiştir. Çeşitli nedenlerle (ilgi duymama, gerek görmeme, zaman bulaşma, devamsızlık gibi) 12 öğrenci araştırmaya katılmak istememiştir. Bu nedenle araştırmaya evrenin %82,5'lik bir temsili olan 58 öğrenci ile başlanmıştır. Bu öğrencilerin tamamı eğitime katılmış, ön test ve son testi cevaplamıştır. Araştırma veri kaybı olmadan tamamlanmıştır.

## Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında tanıtıcı özellikler bilgi formu, CS/ÜS bilgi formu ve "Türk Adölesanlar için Geliştirilmiş Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)" kullanılmıştır.

### 1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu:

Bu formda sosyo-demografik özellikleri, CS/ÜS eğitimi alma durumunu ve cinsel deneyimi belirlemeye yönelik 14 adet kapalı uçlu soru yer almaktadır. Bu form eğitim öncesi katılımcıların özelliklerini belirlemek için kullanılmıştır.

### 2. CS/ÜS Bilgi Formu:

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda üreme sağlığının tanımı, gelişigüzel cinsel yaşamın riskleri, bilinen AP yöntemi, CYBH isimleri, CYBH belirtileri ve bulaşma yollarını belirlemek için 7 adet açık uçlu soru yer almaktadır. Bu form eğitim öncesi (ön test) ve eğitimden altı hafta sonra (son test) uygulanarak, eğitimin etkinliğini değerlendirmek için kullanılmıştır.

### 3. Türk Adölesanlar için Geliştirilmiş Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ):

Üreme sağlığı tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla Saydam ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. ÜSÖ, altı alt boyut ve toplam 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları; Eş (Partner) Seçimi (1-4.maddeler), Koruyucu Davranış Geliştirmedeki Değerler (5-16.maddeler), Cinsel Eşle (Partnerle) İletişim (17-22.maddeler), Danışma (23-27.maddeler), Güven (28-32.maddeler) ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma (33-34.maddeler)'dir. Beş'li Likert tipindeki ölçekte yer alan ilk 16 madde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 34, en yüksek puan 170'dir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe ölçek uygulaması yapılan gençlerin üreme sağlığı konusunda olumlu davranışa sahip ol-

duğu bildirilmiştir. Ölçeğin genel toplamı için Cronbach Alfa Katsayısı 0,88 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğinin 17-30 yaş grubu bireylerde yüksek olduğu, ölçeğin üreme sağlığı durumlarını belirlemede ve eğitimlerinde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmektedir.<sup>23</sup> Bu çalışmada ÜSÖ, eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla ön test ve son test olarak kullanılmıştır. Çalışmamızda ÜSÖ'nin Cronbach Alfa Katsayısı ön testte 0,89, son testte ise 0,91 olarak hesaplanmıştır.

### Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler, eğitimin verileceği gün sınıf ortamında toplanmıştır. Eğitimin hemen öncesinde veri toplama araçları kısmında belirtilen formlar ve ÜSÖ öğrencilere dağıtılmıştır. Öğrencilerin bu formları doldurması 10-15 dakika sürmüştür. Ardından her öğrenciye birer zarf verilmiş ve bu zarfın içine anketlerini koyarak kapatmaları istenmiştir. Ön test ile son testin eşleştirilebilmesi için öğrencilerden dolu zarfların üzerine isim yazmaları ve araştırmacılar tarafından hazırlanan kapalı kutuya atmaları istenmiştir. Bu veriler, ilk yazar tarafından son test tarihine kadar açılmadan muhafaza edilmiştir. Eğitim uygulandıktan altı hafta sonra öğrenciler tekrar sınıf ortamında toplanmış ve ön test verilerinin muhafaza edildiği kapalı kutu sınıfa getirilmiştir. Öğrencilere son test formları uygulanmıştır. Ardından öğrencilerin önünde kutu açılarak her zarf sahibine verilmiştir. Öğrencilerden zarfları açmaları, ön test ve son test sorularını birleştirdikten sonra zarfsız bir şekilde tekrar kutuya atmaları istenmiştir.

### Üreme Sağlığı Eğitimi

Bu eğitim ile birinci sınıfta öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin (akran öğrenenler) CS/ÜS bilgi ve davranışlarını geliştirmek hedeflenmiştir. CS/ÜS eğitimi kapsamında; gençler için CS/ÜS önemi, üreme hakları, cinsellik hakkında merak edilenler, üreme fizyolojisi, gençlere yönelik aile planlaması (AP), güvenli cinsel yaşam, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) konularına yer verilmiştir. Eğitimin planlanmasında literatürde hemşirelikte akran eğitim modelinin kullanımına ilişkin verilen öneriler temel alınmış ve "Akran Eğitim Modeli" kullanılmıştır.<sup>18,24</sup> Akran eğiticiler, "Aile Planlaması ve Cinsel Eğitim" seçmeli dersini alan hemşirelik bölümü üçüncü veya dördüncü sınıfta öğrenim gören dokuz gönüllü öğrencidir. Akran eğiticilerin yetiştirilme-

si/desteklenmesi ve modelin etkin uygulanabilmesi için akran eğiticiler, beş hafta boyunca haftalık iki saat olacak şekilde bu çalışmanın ilk iki yazarı tarafından eğitime alınmıştır. Bu eğitim kapsamında akran eğiticilerin konuya ilişkin bilgi düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmiş, akran eğiticinin kendisine gerekecek araç ve gereçleri (bilgisayar, broşür ve eğitim sunumları) oluşturmasına olanak sağlanmış ve becerilerini arttırmak için tartışma ortamları oluşturulmuştur. Eğitim öncesinde akran eğiticilerin üniversitenin diğer bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerle bir ön uygulama yapması sağlanmış ve geri bildirim verilmiştir. Bu uygulamadan sonra akran eğiticilerden ve ön uygulama yapılan gruptan sözel olarak sağlanan öz değerlendirmeler ve yapılan gözlemler neticesinde akran eğiticilerin yeterli olduğuna karar verilmiştir. Sonrasında CS/ÜS eğitimi vermek için akran eğiticiler ile akran öğrenenler sınıf ortamında toplanmıştır. Akran eğiticiler bilgisayar ortamında hazırladıkları sunumlarını yapmış, akran öğrenenler ile konuya ilişkin tartışıp gelen soruları cevaplamıştır. Eğitim yaklaşık iki saatte tamamlanmıştır. Eğitim esnasında derslikte sadece gözlemci olarak bulunulmuş ve eğitime müdahale edilmemiştir.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 16.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Açık uçlu sorulardan elde edilen tüm veriler nicel değişkenler halinde programa kodlanmıştır. Öğrencilerin üreme sağlığı tanımları içerik bakımından uyumlu olmasına dikkat edilerek doğru ve yanlış olarak sınıflandırılıp kodlanmıştır. "Üreme organlarının sağlıklı olması, güvenli/sorundan uzak/CYBH karşı önlemlerin alındığı bir cinsel yaşam ve üreme yeteneğini kullanmaya karar verme" şeklindeki ifadeler doğru kabul edilmiştir. Gelişigüzel cinsel yaşamın riskleri, AP ve CYBH ile ilgili sorulara verilen yanıtlar ise, konu ile ilgili kavramsal çerçeveye paralel/doğru ve açık olup olmamasına göre değerlendirmeye alınmıştır. Örneğin, "gelişigüzel cinsel yaşam her türlü kötü şeyi getirir" gibi kapalı ifadeler değerlendirmeye alınmazken CYBH ve AP yöntemlerinde "sifiliz yerine frengi", kondom yerine prezervatif gibi birbirinin yerine kullanılan ifadeler doğru kabul edilip değerlendirmeye alınmıştır. Değerlendirmenin güvenilirliğini sağlamak için öğrencilerin yanıtları her bir araştırmacı tarafından ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Birbiri ile uyumlu

olmayan değerlendirmeler yeniden gözden geçirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunlu ve homojenliği Kolmogrov Smirnov ve Levene Testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin tamamının normal dağılım göstermemesi ve karşılaştırmalarda homojenlik varsayımının sağlanamaması nedeniyle nonparametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Eğitimin hemen öncesi ile altı hafta sonrasındaki karşılaştırmalarda; kategorik değişkenler için bağımlı örneklerde Ki-Kare Testi (Mc Nemar Test), numerik değişkenler için Wilcoxon İşaret Sıralama Testi kullanılmıştır. Veriler ortalama (standart sapma) ve frekans (%) olarak sunulmuştur. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeğin bu araştırma grubundaki güvenilirliğini belirlemek için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır.

#### Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Artvin Çoruh Üniversitesi Rektörlüğü'nden 26.01.2015 tarih ve 1397 sayılı Etik Kurul izni alınmıştır. Öğrenciler araştırma konusunda sözlü olarak bilgilendirilerek onamları alınmış ve sadece gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada akran eğitimcilerin yeterliliğinin belirlenmesinde ve bilgi düzeyinin değerlendirilmesinde standart bir ölçüm aracının kullanılmaması, akran eğitim modelinin etkinliğinin akran eğitimciler açısından değerlendirilmemesi sınırlılıklar arasındadır. Çalışmanın sonuçları bu sınırlılıklar göz önüne alınarak değerlendirilmeli, verilerin kişilerin bildirimlerine dayandığı unutulmamalıdır.

#### Bulgular

Bu çalışma; tamamı bekar, %67,2'si kadın, %32,8'i erkek olan 58 öğrenci ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Çalışmada öğrencilerin %51,7'si daha önce CS/ÜS hakkında bilgi almadığını beyan etmiştir. Öğrencilerin, CS/ÜS konusunda merak ettiklerini hangi kaynaklardan öğrendikleri incelendiğinde sırası ile yazılı ve görsel basın (%34,5), okul (%19), sağlık personeli (%17,2) ve arkadaş (%15,5) olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin %85,2'si evlilik öncesi cinsel birleşmeye karşı olduğunu ifade etmiştir. Cinsel ilişki yaşadığını beyan edenlerin oranının

%12,1 olduğu saptanmıştır. İlk cinsel birlikte-lik yaşandığındaki yaş ortalaması  $17,71(\pm 3,30)$  olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri

| Özellikler                                       | Ortalama | SS*  |
|--|----------|------|
| Yaş  | 19,65    | 3,61 |
| Cinsiyet   | Sayı (n) | %    |
| Kadın  | 39       | 67,2 |
| Erkek  | 19       | 32,8 |
| <b>Yaşamın büyük çoğunluğunu geçirdiği yer</b>   |          |      |
| İl   | 25       | 43,1 |
| İlçe   | 21       | 36,2 |
| Köy  | 12       | 20,7 |
| <b>Üniversite eğitimi sırasında yaşadığı yer</b> |          |      |
| Devlet yurdu-özel yurt                           | 55       | 94,8 |
| Evde-yalnız ya da arkadaşıyla                    | 3        | 5,2  |
| <b>Maddi durum</b>                               |          |      |
| Kötü   | 6        | 10,3 |
| Orta   | 45       | 77,6 |
| İyi  | 7        | 12,1 |
| <b>Aile tipi</b>                                 |          |      |
| Çekirdek   | 43       | 74,1 |
| Geniş  | 15       | 25,9 |
| <b>Baba eğitimi</b>                              |          |      |
| İlkokul ve altı                                  | 28       | 48,3 |
| Ortaokul   | 12       | 20,7 |
| Lise ve üzeri                                    | 18       | 31,0 |
| <b>Anne eğitimi</b>                              |          |      |
| İlkokul ve altı                                  | 44       | 75,9 |
| Ortaokul   | 9        | 15,5 |
| Lise ve üzeri                                    | 5        | 8,6  |

\*SS, Standart sapma

#### Üreme Sağlığını ve Gelişigüzel Cinsel Yaşamın Getirebileceği Riskleri Tanımlamaya İlişkin Bulgular

Öğrencilerin ÜS ve gelişigüzel cinsel yaşamın getirebileceği riskleri tanımlama durumlarına ilişkin ön test ve son test karşılaştırmaları Tablo 2'de sunulmuştur. Çalışmada ön test ile son test karşılaştırıldığında; üreme sağlığını doğru olarak tanımlayanların %20,7'den %84,5'e yükseldiği saptanmıştır ( $p=0,000$ ). Benzer şekilde, gelişigüzel cinsel yaşamın getirebileceği risklerden en az bir tanesini tanımlayanların %91,4'den %100'e yükseldiği belirlenmiştir. CYBH, genel sağlığın bozulması, psikolojik problemler, istenmeyen gebelik/isteyerek düşük/erken yaşta evlilik ve doğum, ileri yaşlarda evlilik ve cinsel yaşam sorunları, toplumsal baskı/dışlanma öğrencilerin ön testte tanımlayabildiği gelişigüzel cinsel yaşamın riskleri arasındadır. Bu risklerin tanımlanması açısın-

dan ön test ile son test karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin ÜS ve gelişigüzel cinsel yaşamın getirebileceği riskleri tanımlama durumlarına ilişkin ön test son test karşılaştırmaları

|   | Ön test<br>n (%) | Son test<br>n (%) | p            |
|---|------------------|-------------------|--------------|
| <b>Üreme sağlığını doğru olarak tanımlama</b>                       | 12(20,7)         | 49(84,5)          | <b>0,000</b> |
| <b>Gelişigüzel cinsel yaşamın getirebileceği riskleri tanımlama</b> |                  |                   |              |
| CYBH*   | 39(67,2)         | 51(87,9)          | <b>0,000</b> |
| Genel sağlığın bozulması  | 18(31,0)         | 26(44,8)          | <b>0,004</b> |
| Psikolojik problemler   | 11(19,0)         | 16(27,6)          | <b>0,031</b> |
| İstenmeyen gebelik/isteyerek düşük/erken yaşta evlilik ve doğum     | 9(15,5)          | 16(27,6)          | <b>0,016</b> |
| İleri yaşlarda evlilik ve cinsel yaşam sorunlarını                  | 4(6,9)           | 13(22,4)          | <b>0,004</b> |
| Toplumsal baskı/dışlanma  | 4(6,9)           | 11(19,0)          | <b>0,016</b> |

\* CYBH=Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

### **AP Yöntemlerini, CYBE İsimlerini, Bulaşma Yollarını ve Belirtilerini Bilmeye İlişkin Bulgular**

Öğrencilerin AP ve CYBE ile ilgili bilgilerinin ön test son test karşılaştırmaları Tablo 3'de sunulmuştur. Çalışmada öğrencilerin bildikleri AP yöntemlerinin tamamının ön testte kıyasla son testte artış gösterdiği tespit edilmiştir. Ancak bu artışın yalnızca erkek ve kadın kondomu, diğer modern ve geleneksel yöntemlerde istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. CYBE'den korunmada en güvenilir yöntemin kondom olduğunu bilen öğrencilerin oranı da istatistiksel açıdan anlamlı derecede artmıştır (p=0,004). İnsan Papilloma Virüsü (HPV), Herpes Simplex Virüsü (HSV) ve diğer CYBE (Kandida, Klamidya, Trikomonos) dışındaki tüm CYBE isimlerini bilenlerin ön testte kıyasla son testte anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir. CYBE belirtisini bilenlerin oranının ön testte kıyasla son testte anlamlı derecede arttığı saptanmıştır (p=0,000). Deri, mukoza ve vücut salgıları ile temas ya da bu salgılar ile temas etmiş ürünlerin kullanımı dışındaki (p=0,424) tüm CYBE bulaşma yolla-

rını bilenlerin oranı ön testte kıyasla son testte anlamlı derecede artmıştır.

Tablo 3. Öğrencilerin AP ve CYBE ile ilgili bilgilerinin ön test son test karşılaştırmaları

|  | Ön test<br>n (%) | Son test<br>n (%) | p            |
|--|------------------|-------------------|--------------|
| <b>CYBE korunmada en güvenilir yöntemin kondom olduğunu bilme</b>                                  | 18(31)           | 35(60,3)          | <b>0,004</b> |
| <b>Bilinen AP yöntemleri</b>   |                  |                   |              |
| Erkek ve kadın kondomu   | 43(74,1)         | 56(96,6)          | <b>0,004</b> |
| Hap, mini hap ve enjeksiyonlar   | 39(67,2)         | 47(81,0)          | 0,077        |
| Rahim içi araç   | 21(36,2)         | 25(43,1)          | 0,424        |
| Tüp ligasyon/vazektomi   | 13(22,4)         | 21(36,2)          | 0,077        |
| <b>Diğer modern yöntemler (implant, acil kontrasepsiyon, laktasyon amenore yöntemi)</b>            | 6(10,3)          | 14(24,1)          | <b>0,008</b> |
| <b>Geleneksel yöntemler (Geri çekme, takvim yöntemi)</b>   | 5(8,6)           | 17(29,3)          | <b>0,002</b> |
| <b>Bilinen CYBE</b>  |                  |                   |              |
| HIV**  | 56(96,6)         | 57(98,3)          | -            |
| Hepatit B, C   | 19(32,8)         | 41(70,7)          | <b>0,000</b> |
| Sifiliz  | 8(13,8)          | 20(34,5)          | <b>0,002</b> |
| Gonore   | 8(13,8)          | 19(32,8)          | <b>0,003</b> |
| HPV ve HSV**   | 3(5,2)           | 4(6,9)            | -            |
| Diğer (Kandida, Klamidya, Trikomonos)**  | -                | 4(6,9)            | -            |
| <b>Bilinen CYBE belirtisi</b>  |                  |                   |              |
| İdrar yaparken ağrı/yanma/sık idrara çıkma   | 7(12,1)          | 27(46,6)          | <b>0,00</b>  |
| Genital organlardan akıntı   | 7(29,3)          | 35(60,3)          | <b>0,00</b>  |
| Genital organlarda kaşıntı/kızarıklık/yara   | 14(24,1)         | 40(69)            | <b>0,00</b>  |
| <b>Vajinal ilişki dışında CYBE bulaşma yolunu bilen</b>  |                  |                   |              |
| Oral ve anal   | 5(8,6)           | 14(24,1)          | <b>0,004</b> |
| Kan yoluyla/kan ve kan ürünleri transfüzyonu ile   | 36(62,1)         | 40(69)            | <b>0,031</b> |
| Deri, mukoza ve vücut salgıları ile temas ya da bu salgılar ile temas etmiş ürünlerin kullanımıyla | 9(15,5)          | 19(32,8)          | 0,424        |

AP=Aile planlaması, CYBE=Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, HIV=İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü, HPV=İnsan Papilloma Virüsü, HSV=Herpes Simplex Virüsü

\*\* Gruplar arası sayısal eşitliğin bulunması veya sayısal yeterlilik nedeniyle analiz yapılamamıştır.

### **ÜSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular**

Öğrencilerin ÜSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının ön test son test karşılaştırmaları Tablo 4'de sunulmuştur. Ön testte kıyasla son

testte öğrencilerin ÜSÖ genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarının yükseldiği belirlenmiştir. Ancak istatistiksel açıdan anlamlı farkın ÜSÖ toplam puanında ve Koruyucu Davranış Geliş-

tirmedeki Değerler alt boyutunda olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Öğrencilerin ÜSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının ön test son test karşılaştırmaları

| ÜSÖ alt boyutları                         | Puan aralığı | Ön test Ort (SS) | Son test Ort (SS) | p           |
|---|--------------|------------------|-------------------|-------------|
| Eş seçimi                                 | 4-20         | 18,39 (3,20)     | 18,29 (3,39)      | 0,98        |
| Koruyucu Davranış Geliştirmedeki Değerler | 12-60        | 50,53 (5,79)     | 52,50 (6,64)      | <b>0,01</b> |
| Cinsel Eşle İletişim                      | 6-30         | 24,84 (4,48)     | 25,62 (3,42)      | 0,13        |
| Danışma                                   | 5-25         | 21,44 (3,56)     | 21,94 (3,47)      | 0,20        |
| Güven                                     | 5-25         | 22,94 (2,47)     | 23,01 (2,54)      | 0,77        |
| CYBH                                      | 2-10         | 7,96 (1,85)      | 8,18 (1,61)       | 0,44        |
| <b>Toplam</b>                             | 34-170       | 146,14 (15,95)   | 149,57 (15,38)    | <b>0,03</b> |

ÜSÖ=Üreme Sağlığı Ölçeği, SS=Standart Sapma

### Tartışma

Bu çalışmada hemşirelik bölümü birinci sınıf öğrencilerine akran eğitim modeli ile üreme sağlığı (ÜS) eğitimi verilmiş, bu eğitimin ÜS bilgi ve davranışlarına etkisi araştırılmıştır. Akran eğitimi, ÜS ve gelişigüzel cinsel yaşamın risklerini tanımlayabilmede, CYBE isimlerini, belirtilerini ve bulaşma yollarını bilmede ve ÜS davranışlarının genelini geliştirmede etkili bulunmuştur. Bu bulgular, akran eğitici kullanmanın gençlerin CS/ÜS bilgi ve davranışlarını geliştirmede etkili olduğunu bildiren çeşitli çalışmalar ile uyumludur.<sup>4,22,25-27</sup>

Türkiye’de son on yılda gençlerin CS/ÜS konu alan çalışmaların sonuçlarının üç ana başlık altında toplandığı bildirilmektedir.<sup>27</sup> Bunlar; (1) gençler arasında ilk cinsel ilişki yaşının tüm dünya ülkelerine benzer şekilde daha erken yaşlara doğru yöneldiği, (2) gençlerin ilk cinsel deneyimlerinin büyük çoğunluğunun planlanmadan ve korunmasız bir şekilde yaşandığı, (3) gençlerin ÜS konusundaki bilgilerini sıklıkla güvenli olmayan kaynaklardan edindikleri, bu bilgilerin içerik ve niteliğinin yeterli olmadığıdır. Bu çalışmada öğrencilerin yarısından çoğu CS/ÜS hakkında herhangi bir eğitim almamıştır. Güvenli olmayan kaynaklardan bilgi edinme oranları yüksektir. Öğrencilerin %12,1’i yaklaşık 17 yaş civarında cinselliği deneyimlemiştir. Nispeten rahat olan üniversite ortamında öğrencilerin evlilik öncesi cinsel ilişkiyi deneyimleme oranlarının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Buna karşılık sistem içinde kendilerine CS/ÜS konularında bilgilendirme, danışmanlık ve gerekli

durumlarda klinik hizmet verilmediği takdirde, bu grubun daha fazla risk altında olabileceği belirtilmektedir.<sup>28</sup> Bu çalışmanın bulguları, CS/ÜS eğitimlerinin üniversite yaşamının ilk yıllarında ya da mümkünse öncesinde verilmesinin önemli olduğunu düşündürmüştür. Üniversitelerde CS/ÜS ile ilgili hizmet veren birimlerin yaygınlaştırılması bu konuda faydalı olabilir.

Koluayık ve arkadaşları<sup>28</sup> üniversite öğrencilerinin yaptığı CS/ÜS tanımlamalarını incelenmiş, “sağlıklı cinsellik (%71,8)”, “CYBH’dan korunmak (%43,9)” ve “üreme organlarının sağlığı (%41,9)” şeklindeki ifadelerin en yüksek oranlara sahip ilk üç tanımlama olduğunu bildirmiştir. Karabulutlu ve Kılıç<sup>13</sup> ise öğrencilerin “CS/ÜS nedir?” sorusunu sağlıklı cinsellik (%61,3), üreme organlarının sağlığı (%22,6) ve temizliği (%17,4) olarak yanıtladığını belirtmiştir. Bu çalışmada ise öğrencilerin %20,7’si üreme sağlığını doğru olarak tanımlamıştır. Akran eğitimi sonrasında bu oran %84,5’e yükseltmiştir. Bu bulgu eğitimin üreme sağlığına ilişkin doğru çağrışımları artırması açısından önemlidir. Ayrıca çalışmada öğrencilere gelişigüzel bir cinsel yaşamın getirebileceği riskler sorulmuştur. Öğrencilerin verdikleri cevaplar incelendiğinde; CYBH, genel sağlığın bozulması, psikolojik problemler ve istenmeyen gebelik/isteyerek düşük/erken yaşta evlilik ve doğum ifadelerinin yüksek oranlara sahip olduğu görülmüştür. Bu ifadeler gençler için bildirilen ÜS riskleri ile uyumludur.<sup>1,3,12</sup> Bununla birlikte güvenli

olmayan cinsel yaşamın getirebileceği en önemli risk CYBE'dur.<sup>29</sup> Çalışmadaki öğrencilerin %67,2'sinin bu riskin farkında olması önemlidir ve akran eğitimi sonrasında bu oran %87,9'a yükselmiştir.

Daha önce yapılan çalışmalarda gençlerin AP bilgilerinin orta düzeyde olduğu, kondomun CYBE'den korunmadaki öneminin gençler arasında yeterince bilinmediği belirtilmektedir.<sup>4,11,29,30</sup> Bu çalışmada öğrencilerin önemli bir kısmı AP yöntemlerinin isimlerini bilmektedir. Ön test son test karşılaştırmalarında eğitimin kondom, diğer modern (implant, acil kontrasepsiyon, laktasyon amenore yöntemi) ve geleneksel yöntemleri bilmeyi artırdığı belirlenmiştir. Öğrenciler arasında hap, mini hap, enjeksiyonlar ve rahim içi araç gibi yöntemleri bilme açısından ise anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Bu bulgulardan eğitimin AP yöntemlerinin isimlerini öğretmede sınırlı etki gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte akran eğitiminin CYBE'den korunmada en güvenilir yöntemin kondom olduğunu bildirenlerin oranının %31'den %60,3'e anlamlı bir şekilde yükselmiş olması önemlidir. Kırmızıtoprak ve Şimşek<sup>22</sup> akran eğitiminin modern yöntem kullanma sıklığını yükselttiğini, AP bilgi düzeyini artırdığını saptamıştır. Aynı çalışmada kondom kullanan gençlere nedeni sorulmuş, eğitim öncesinde gençlerin %39,5'i "hem gebelik oluşumunu önlemek hem de CYBE'lerden korunmak" yanıtını verirken eğitim sonrasında bu yanıtı verenlerin oranının %60'a yükseldiği belirlenmiştir. Cartagena ve arkadaşları<sup>26</sup> orta okula giden öğrencilerde üç yıllık HIV önleme programının etkinliğini değerlendirmiş, programa dahil olan öğrencilerin geleneksel tutumlarının azaldığını, HIV ve CS konusundaki yeterlilik ve farkındalıklarının yükseldiğini saptamıştır. Caron ve arkadaşları<sup>25</sup> HIV/CYBE ile ilgili akran eğitim programının liseli ergenlerde cinsel ilişkiyi erteleme, kondom kullanımı ve kondom kullanımı ile ilgili psikososyal değişkenleri etkilediğini bildirmiştir. Akran eğitiminin AP bilgi düzeyine ve yöntem kullanma durumuna etkisini açıklamak için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır. Gelecekte yapılacak çalışmalar, akran eğitiminin uzun dönemde etkinliğini, standardize ölçüm araçları ile deneysel tasarımlarla araştırmaya odaklanabilir.

Dağ ve arkadaşları<sup>4</sup> akran eğitimi sonrasında üniversitede okuyan öğrencilerin %18,1'inin cinsel sağlık bilgi düzeyinin değişmediğini, %81,3'ünün bilgi düzeyinin ise

anlamlı derecede arttığını saptamıştır. Kırmızıtoprak ve Şimşek<sup>22</sup> akran eğitimi sonrasında üniversiteli gençlerin CYBH ve güvenli cinsel yaşam konusunda bilgi puanlarının %14,6'dan %32,6'ya yükseldiğini bildirmiştir. Güçlü ve arkadaşları ise<sup>27</sup> akran eğitimi sonrasında ÜS ile ilgili konularda (cinsel ve üreme hakları ile toplumsal cinsiyet, sık görülen sağlık problemleri, riskli davranışlar, aile içi iletişim ve aile içi şiddet) gençlerin bilgi düzeylerinin yükseldiğini bildirmiştir. Aynı çalışmada akran eğitimi CYBE konusundaki puan ortalamalarını 17,85±7,7'den 27,77±7,8'e yükseltmiştir. Ulaşılan çalışmalarda<sup>4,22,27</sup> akran eğitim modeli kullanılarak verilen eğitimlerin içeriği birbirinden farklıdır ve eğitimlerin etkinliği araştırmacılar tarafından hazırlanan anketler ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ÜS davranışları standart bir ölçüm aracı ile değerlendirilmiştir. Akran eğitimi sonrasında, ÜSÖ'nin koruyucu davranış geliştirmedeki değerler dışındaki alt boyutlarında anlamlı bir değişim belirlenmemiştir. Literatürde ÜS davranışlarının ÜSÖ ile değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmadığından alt boyutlardaki bulguları yorumlayabilmek için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır. Ancak çalışmadaki öğrencilerin ÜSÖ ön test puanları, ÜSÖ alt boyutlardan alınabilecek en yüksek puana yakındır. Bu durum ön test son test farkını etkilemiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir değişim yaratmamış olabilir.

Hemşirelikte akran eğitiminin; daha yaygın olarak klinik öncesi eğitimlerde (mesleki beceri laboratuvarlarında, maket, standart ve simüle hasta kullanımı), daha sınırlı olarak ise klinik alanlarda etkinliğinin değerlendirildiği belirtilmektedir.<sup>18,24</sup> Ünver ve Akbayrak<sup>18</sup> profesyonel eğitimci sayısının yetersiz olduğu hemşirelik okullarında, eksikliği gidermek amaçlı akran eğitimcilerin kullanılmasını önermektedir. Bu çalışma, akran eğitimi ve öğrenenin hemşirelik öğrencisi olması açısından bir örnek oluşturabilir.

### Sonuç ve Öneriler

Akran eğitimci yolu ile verilen üreme sağlığı eğitimi hemşirelik öğrencilerine AP yöntemlerini öğretmede sınırlı etki gösterirken ÜS tanımını, gelişigüzel cinsel yaşamın risklerini, CYBE isimlerini, belirtilerini ve bulaşma yollarını öğretmede ve ÜS davranışlarını geliştirmede etkili olmuştur. Bu bulgular doğrultusunda; hemşirelik öğrencilerinin ÜS bilgi ve davranışlarını geliştirmeyi hedefleyen eğitimlerde akran eğitim modelinin kullanılmasının



faydalı olacağı sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte bu çalışmada verilen eğitimin AP yöntemlerini öğretmede sınırlı kaldığı unutulmamalıdır. AP yöntemlerinin ayrı bir eğitim programı ile daha ayrıntılı sunulması uygun olabilir. Bu çalışmada akran eğitim modelinin etkinliği sadece akran öğrenenler açısından değerlendirilmiştir. Ancak çalışmadaki gözlemlerimiz; hemşirelik eğitiminde akran eğitim modelinin kullanılmasının akran eğitimcilerin ve öğrenenlerin özgüvenlerini artırdığı, öğretme ve öğrenmeye yönelik motivasyonu yükselttiği şeklindedir. Bu çalışmanın daha geniş örneklemelerde kontrol grubu kullanarak tekrarlanması önerilir. Gelecek araştırmalar, klasik eğitim modellerine kıyasla hemşirelik eğitiminde akran eğitim modelinin kullanılmasının avantaj ve dezavantajlarına odaklanabilir.

### TEŞEKKÜR

*Çalışmada akran eğitici olarak görev alan ve çalışmaya katılan öğrencilerimize teşekkür ederiz.*

### YAZAR KATKISI

*Fikir: ÖA; Tasarım: ÖA, FG; Denetleme: ÖA, FG; Kaynaklar/Malzemeler: ÖA, FG, EÇ; Veri toplanması ve/veya işlemesi: ÖA, FG, EÇ; Analiz ve/veya yorum: ÖA, FG; Literatür taraması: ÖA, FG, EÇ; Yazıyı yazan: ÖA, FG; Eleştirel inceleme: ÖA.*

### Kaynaklar

1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015: TC Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2010. (Güncelleme tarihi 18.04.2016; Erişim tarihi: 10.02.2015) Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap9.pdf>
2. Evcili F, Cesur B, Altun A, Güçtaş Z, Sümer H. Evlilik öncesi cinsel deneyim: ebeklik bölümü öğrencilerinin görüş ve tutumları [The Premarital sexual experience: opinions and attitudes of students from midwifery department]. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi [Gümüşhane University Journal of Health Sciences] 2013;2(4):486-98.
3. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Ankara No:1:B, Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. Ankara TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi, 2009.
4. Dağ H, Dönmez Ş, Şirin A, Kavlak O. Akran eğitiminin üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeylerine etkisi [University youth reproductive and sexual health knowledge and peer education]. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences] 2012;15(1):10-7.
5. Set T, Dağdeviren N, Aktürk Z. Ergenlerde cinsellik [Sexuality of adolescents]. Genel Tıp Dergisi [General Medical Journal] 2006;16(3):137-41.
6. Civil B, Yıldız H. Erkek öğrencilerin cinsel deneyimleri ve toplumdaki cinsel tabulara yönelik görüşleri [Male students' opinions about sexual experience and social taboos related to sexuality]. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi [Dokuz Eylül University Faculty of Nursing Electronic Journal] 2010;3(2):58-64.
7. Ergün G, Çakır C. Sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin cinsel sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin incelenmesi [School of health science's senior students of knowledge, attitudes and behaviour properties about sexual health]. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi [Journal of the Acıbadem University of Health Sciences] 2015;6(2):99-104.
8. Kömürcü N, Demirci N, Yıldız H, Gün Ç. Türkiye'deki hemşirelik dergilerinden cinselliğe bakış: bir literatür incelemesi [View of sexuality in nursing journals in Turkey: a literature review]. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi [Journal of Education and Research in Nursing] 2014;11(1):9-17.
9. Sohbet R, Geçici F. Examining the level of knowledge on sexuality and reproductive health of students of Gaziantep University. Sexuality and Disability Journal 2014; 32(1):75-84.
10. Ünal F, Erenel ŞA. Bir pilot çalışma: üniversite öğrencilerinin cinsel deneyimleri ve riskli cinsel davranışları [A pilot study: sexual experience and risky sexual behaviours of university students]. Sağlık ve Toplum Dergisi [Health and Society Journal] 2010; 20(2):14-22.
11. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algıç L, Öksüz E. Özel bir üniversitede öğrenim gören öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları [Knowledge, attitudes and behavior of students related to sexual health in a private university]. Tıp Araştırmaları Dergisi [Journal of Medical Research] 2009; 7(2):105-13.
12. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü. Katılımcı Rehberi Ankara TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi, 2007.

13. Karabulutlu Ö, Kılıç M. Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi [The determination of knowledge levels of university students about sexual health and reproductive health]. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences] 2011; 14(2):40-5.
14. Sevil Ü, Ertem KG, Kavlak O, Çoban A, Ünsal AS. Hemşirelik Yüksek Okulu birinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin cinselliğe bakış açıları ve cinsel eğitim konusundaki görüşlerinin karşılaştırılması [The comparison of the view of first and third grade nursing students about their view of sexuality and opinions about sexual education]. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* [Ege University School of Nursing Journal] 2004;20(1):11-22.
15. Tuğut N, Gölbaşı Z. Öğrenci hemşirelere yönelik cinselliği değerlendirme bilgi testi'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği [Developing, reliability and validation of sexuality assessment information test prepared for nursing students]. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* [Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences] 2013;16(3):148-53.
16. Avrupa Birliği'nin Türkiye Üreme Sağlığı Programı: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitimini Güçlendirme Projesi, Tıp Müfredatı, Ankara, 2006. (Güncelleme tarihi 18.04.2016; Erişim tarihi: 10.02.2015) Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap6.pdf>
17. Nestel D, Kidd J. Peer tutoring in patient-centered interviewing skills: experience of a project for first-year students. *Medical Teacher Journal* 2003;25(4):398-403.
18. Ünver V, Akbayrak N. Hemşirelik eğitiminde akran eğitim modeli [Peer tutoring model in nursing education]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* [Dokuz Eylül University Faculty of Nursing Electronic Journal] 2013; 6(4):214-17.
19. Yaslı G, Horasan DG, Batı H. Gençlerde sigaradan korunma konusunda akran eğitimi programının etkinliği [The effectiveness of the peer education program on smoking control among young people]. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* [Turkish Journal of Public Health] 2012;10(2):59-67.
20. Çalışkan T, Çınar S. Akran desteği: geçerlik güvenirlilik çalışması [Peer cooperation: the study of validity and reability]. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* [Journal of Marmara University Institute of Health Sciences] 2012; 2(Ek Sayı 1):1-7.
21. Jobanputra J, Clack AR, Cheeseman GJ, Glasier A, Riley SC. A feasibility study of adolescent sex education: medical students as peer educators in Edinburgh schools. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1999;106(9), 887-91.
22. Kırmızıtoprak E, Şimşek Z. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi [The effect of peer-education on sexually transmitted diseases and safer sexual life knowledge and behaviour of young people]. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* [TAF Preventive Medicine Bulletin] 2011;10(4):463-72.
23. Saydam BK, Çeber E, Bilge A, Can HÖ, Mermer G, Demirelöz M. et al. Türk adölesanları için üreme sağlığı ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği [Reliability and validity of the reproductive health scale for Turkish adolescents]. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* [Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences] 2010;30(2):659-68.
24. Yeniçeri N, Özçakar N, Mevsim V, Güldal D. Kliniğe giriş uygulamalarında yeni bir yöntem: akran eğitimi [A new method in clinical practice introduction: peer education]. *Tıp Eğitimi Dünyası* [Medical Education World] 2003;12:6-11.
25. Caron F, Godin G, Otis J, Lambert LD. Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Education Research* 2004; 19(2):185-97.
26. Cartagena RG, Veugelers PJ, Kipp W, Magigav K, Laing LM. Effectiveness of an HIV prevention program for secondary school students in Mongolia. *Journal of Adolescent Health* 2006; 39(6): 925.e9-16.
27. Güçlü S, Elem E, Unutkan A. Gençlerin cinsel sağlık konusunda bilgi düzeylerini artırıcı bir müdahale: akran eğitimi projesi [An intervention to increase sexual health information levels of youth: peer education project]. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* [Journal of Research in Education and Teaching] 2015;4(4): 156-62.
28. Koluacı S, Güneş G, Pehlivan E. İnönü Üniversitesi öğrencilerinin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri ve hizmetten beklentileri [The Knowledge of the students of İnönü University about the reproductive health and their

- expectations from the services]. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Journal of Inonu University Medical Faculty] 2010;17(1): 7-14.
29. Yazganoğlu KD, Özarmağan G, Tozeren A, Özgülnar N. Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar hakkında bilgi, tutum ve davranışları [Knowledge, behavior and attitudes of university students toward sexually transmitted infections]. Türkiye Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi [TURKDERM-Archives of The Turkish Dermatology and Venerology] 2012; 46(1):20-5.
30. Zhou H, Wang XY, Ye F, Gu HH, Zeng XP, Wang Y. Contraceptive knowledge, attitudes and behavior about sexuality among college students in Beijing, China. Chinese Medical Journal 2012;125(6):1153-57.

## İstanbul Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nün SWOT Analizi A SWOT Analysis of Istanbul University Physiotherapy and Rehabilitation Department

Gökşen Kuran ASLAN<sup>a</sup>, Tansu BİRİNCİ<sup>b</sup>, Gökçe LEBLEBİCİ<sup>b</sup>, Pınar ÖDEVOĞLU<sup>b</sup>  
Ezgi TÜRKMEN<sup>b</sup>, Emrah ZİREK<sup>b</sup>, Ela TARAKÇI<sup>c</sup>, Arzu RAZAK ÖZDİNÇLER<sup>d</sup>

**ÖZET Amaç:** İstanbul Üniversitesi (İÜ) Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nün mevcut iyi halini korumak ve daha ileriye taşımak amacıyla bir SWOT analizi yapmak ve sayıları hızla artan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerinin, kurumumuzu nasıl etkilediğini akademisyenlerin ve öğrencilerin gözünden araştırmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya İÜ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon lisans programında öğrenim gören gönüllü 80 lisans öğrencisi ve eğitim veren 10 öğretim üyesi dâhil edildi. Bölümün güçlü yanları, zayıf yanları, fırsatları ve tehditleri hazırlanan açık uçlu anket formu ile değerlendirildi. Yanıtlar 'İçerik Analizi Yöntemi' ile analiz edildi. **Bulgular:** İÜ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nün güçlü yönünü; öğretim üyelerinin %90'ı "Yüksek lisans ve doktora programlarının olması" olarak görürken lisans öğrencilerinin %68.7'si "Akademisyenlerin fizyoterapistlerden oluşması, klinik tecrübelerinin fazla olması ve alanlarında uzman olmaları nedeniyle zengin bir akademik kadroya sahip olması" olarak görmekteydi. Zayıf yönler için; öğretim üyelerinin %80'i "Tıp fakültesinden ayrı bir kampüste eğitim veriyor olmanın sıkıntıları" olduğunu belirtirken lisans öğrencileri zayıf yön olarak %56.2'si "Dersliklerin, amfinin ve bina koşullarının artan öğrenci sayısını karşılayamaması" olduğunu söyledi. Fırsatlar için; öğretim üyelerinin %90'ı "Farklı disiplinlerle bir arada eğitim alma imkânına sahip olunması" şeklinde belirtirken lisans öğrencilerinin %38,7'si "İÜ'nün köklü bir üniversite olması ve eğitim alanında bir marka haline gelmiş olması nedeniyle iş yaşamında iyi bir referans olması" olduğunu belirtti. Olası tehditler için; öğretim üyelerinin %90'ı "Mesleki hakların yetersizliği" şeklinde belirtirken lisans öğrencilerinin %51.2'si "Okullardaki kontenjanların artmasıyla düşük puanlarla öğrenci alınması sonucu niteliksiz fizyoterapistlerin mezun olması" olduğunu bildirdi. **Sonuç:** Göze çarpan güçlü yönleri koruyarak ve fırsatları değerlendirerek bu özelliklerin ön plana çıkması sağlanmalıdır. Ayrıca zayıf yönler ve tehditler göz önüne alınarak belirlenecek doğru stratejilerle, İÜ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü her yönüyle tercih edilen bir kurum haline getirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Eğitim; Fizyoterapi ve Rehabilitasyon; SWOT Analizi

**ABSTRACT Purpose:** The aim of study was to made SWOT analyze for maintain the current well-being of Istanbul University (IU) Physiotherapy and Rehabilitation Division and even move forward and was to evaluate how the increased number of Physiotherapy and Rehabilitation schools affected on our institute in the eye of academicians and students. **Methods:** 80 volunteer undergraduates and 10 academicians were included. Strengths, weaknesses, opportunities and threats of division were evaluated by open-ended questions. Content analysis was used to analyze the responses derived from open-ended questions. **Results:** 90% of the academicians saw "Having master's and doctoral programs" as strongest feature while 68,7% of undergraduates thought "Having rich academic squad consist of physiotherapists who were experts in their field". Weaknesses were; 80% of the academicians said "The struggle of giving education in the campus that is separated from Medical School" while %56,2 of the undergraduates thought "Classrooms, amphitheaters and building conditions do not meet the demand. Opportunities were; 90% of the academicians thought "Having the opportunity to be educated with different disciplines" while 38,7% of the undergraduates thought "IU is well-established university in the field of education and

Geliş Tarihi/Received: 01-08-2016/ Kabul Tarihi/Accepted:28-09-2016

<sup>a</sup> Yrd. Doç. Dr. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

<sup>b</sup> İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Cerrahpaşa İstanbul

<sup>c</sup> Doç. Dr İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü,

<sup>d</sup>Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü,

Sorumlu Araştırmacı /Correspondence: Gökşen KURAN ASLAN; İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, e-posta: goksenkuran@yahoo.com

**Atf:** Kuran Aslan G, Birinci T, Leblebici G, Ödevoğlu P, Türkmen E, Zirek E, Tarakçı E, Razak Özdiñçler A. İstanbul Üniversitesi Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Bölümü'nün SWOT Analizi HSP 2016;3(3):184-190

**To cite this article:** Kuran Aslan G, Birinci T, Leblebici G, Ödevoğlu P, Türkmen E, Zirek E, Tarakçı E, Razak Özdiñçler A. A SWOT Analysis Of Istanbul University Physiotherapy And Rehabilitation Department HSP 2016;3(3):184-190

a brand for business". Potential threats were; 90% of the academicians said "Lack of professional rights" while 51,2% of the undergraduates thought "Due to increasing quota in schools, students who came to the program have the lowest exam score and they graduate as an unqualified physical therapists". **Conclusion:** Prominence features should be ensured by retaining the outstanding opportunities and evaluating strengths. Considering the weaknesses and threats correct strategies should be determined so IU Division of Physiotherapy and Rehabilitation becomes preferable institution in every aspect.

**Key Words:** Education; Physiotherapy and Rehabilitation; SWOT Analysis

## Giriş

### *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümleri ve Fizyoterapi Mesleği*

Fizyoterapistlik, dünya çapında kabul görmüş ve nitelikleri belirlenmiş bir meslektir. Türkiye’de 50 yılı aşkın süredir icra edilmektedir. Fizyoterapi mesleğinin toplumumuza kazandırılması ve toplumumuzda yaygınlaşmasını sağlamak amacıyla birçok üniversitede dört yıllık Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümleri açılmıştır<sup>1</sup>. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü 1986 yılında ülkemizde açılan ikinci bölüm olarak eğitim vermeye başlamıştır. 2010 yılından itibaren Sağlık Bilimleri Fakültesi’ne bağlı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü olarak eğitim-öğretim faaliyetlerini sürdürmektedir.

İstanbul Üniversitesi 500 yılı aşkın süredir faaliyetlerini etkin bir şekilde sürdüren, ‘Dünyanın En İyi 500 Üniversitesi’ arasında 10. kez yer alan tek Türk üniversitesidir<sup>2</sup>. İstanbul Üniversitesi’nin 500 yılı aşkın köklü geleneğini yansıtan bir kurum olarak Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü’nde 2015 - 2016 eğitim yılı içerisinde lisans eğitimine devam eden 486 öğrenci, lisansüstü eğitime devam eden 30 öğrenci bulunmaktadır. Ayrıca, 20 kişilik akademik öğretim kadrosu ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon alanında seçkin bir eğitim verilmektedir. İstanbul Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü evrensel bilgiye ulaşmayı ve üretmeyi hedefleyen, temel bilgiyi edinmiş, klinik beceri geliştirmiş, analitik düşünme tutumunu çalışma prensibi haline getirebilen, çağdaş eğitim ve öğretim bilgileri çerçevesinde araştırmacı, yaşam boyu öğrenme prensibini benimsemiş, üretken, mesleki hak ve sorumluluğunu bilen ve uygulayan, etik prensiplere bağlı, yetkin fizyoterapistler yetiştirmeyi amaçlamaktadır. Gerek akademisyenleri gerekse öğrencileriyle ulusal ve uluslar arası alanda en çok tercih edilen, eğitim programı akreditasyonunu sağlamış, fizyoterapi eğitimi konusunda markalaşmış, mezunları en çok tercih edilen, öncü ve saygın bir program olmayı hedeflemektedir<sup>3</sup>.

## SWOT Analizi

SWOT kısaltması, güçlü yönler (Strengths), zayıf yönler (Weaknesses), fırsatlar (Opportunities) ve tehditler (Threats) sözcüklerinin İngilizce karşılıklarının baş harflerinden oluşmuştur. SWOT analizi dış çevre analizi ile saptanan, alanda ortaya çıkan olanaklar ve tehditlerin, iç çevre analizinde saptanan kurumun kuvvetli ve gelişime açık yönleri ile karşılaştırılmasını sağlar<sup>4</sup>. Değerlendirme boyunca elde edilen veriler kurumun ilerlemesini ve gelişmesini sağlayacak stratejilerin oluşturulmasına olanak verir.<sup>5</sup>

Güçlü yönler, kurumların herhangi bir konuda rakiplerine göre daha üstün olduğu yönlerdir. Her kurum bir gelişmeyle karşılaşmadan önce hangi yönlerinin üstün olduğunu bilmek ve ona göre stratejiler belirlemek zorundadır. Üstün olduğu yönleri belirleyerek, önce çabalarını yoğunlaştıracağı etkinlik alanlarını belirlemiş olur, daha sonra da rakipleriyle hangi alanlarda mücadele edeceğini açığa çıkarıp rekabet alanını kendisinin belirleyebilmesi avantajını elinde tutar.<sup>6</sup> Zayıf Yönler ise kurumların rakiplerine göre daha az verimli ve etkili olduğu durumlardır. Kurum zayıf olan yönlerini güçlendirmeye çalışmazsa, çevrede meydana gelen değişiklikler zamanla kurumun aleyhine işlemeye başlar. Bu nedenle, bir kurumun üstün taraflarını bilmesi kadar, zayıf taraflarını da bilmesi önemlidir. İçinde bulunduğu sektörde yaşanan rekabet ortamından dolayı, kurum zayıf yönlerinin farkında olduğunda, kendisi için zararlı adımları atmaktan ve başaramayacağı işlere girmekten kaçınacaktır.<sup>7</sup>

Fırsatlar, amaçlara ulaşılmasında çevrenin kuruma sunduğu elverişli koşullardır. Kurumlar fırsatları yakalayabilmek için devamlı olarak çevreyi anlamaya ve öngörmeye çalışmalıdırlar. Tehditler ise kurumların amaçlarına ulaşmasını zorlaştıran veya imkânsız hale getiren yeni durumlardır. Tehdit, kurumun başarısını engelleyecek ve onu zarara uğratacak her şeydir. Her kurumun karşılaşılabileceği olumsuz gelişmeler ve tehditler, kurum tarafından her zaman izlenmeli ve açığa çıkarılmalıdır.<sup>8</sup>

2012 yılı kayıtlarına göre, Türkiye’deki üniversitelerde açılan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Bölümü/Yüksekokulu sayısı 50'yi aşmıştır<sup>9,10</sup>. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon eğitimi veren okul sayısının artmış olması, doğal bir rekabeti de beraberinde getirmiştir. Böylece bu okulların hangi ölçütlere göre tercih edileceği ve hangi okulun hangi alanda daha güçlü veya daha zayıf olduğu sorusu ortaya çıkmıştır. Bu ihtiyaç doğrultusunda İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünün öğrenciler ve akademisyenlerin görüşüyle, öne çıkan güçlü yönleri korumak, fırsatları tanıyıp kullanmak, ayrıca zayıf yönler ve tehditler göz önüne alınarak belirlenecek doğru stratejilerle, mevcut iyi halin temelini sağlamlaştırmak ve üzerine ek değerler kazandırmak amacıyla SWOT analizi planlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Katılımcıların Belirlenmesi

Aralık 2015- Şubat 2016 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünde yapılan kesitsel çalışma iki farklı grup üzerinde gerçekleştirildi. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanlığı'ndan gerekli izinler alındıktan sonra çalışmaya başlandı. Araştırmada çalışma evreni olarak Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü lisans öğrencilerinden "Research Randomizer"<sup>11</sup> programı kullanılarak; her sınıftan rastgele 25 kişi olmak üzere toplam 100 öğrenci seçildi. "Research Randomizer" programı araştırmacı tarafından tanımlanan evren sayısı içerisinde belirlenen örneklem büyüklüğü kadar rastgele numara seçer. Her dönemde bulunan öğrenci sayısı o dönemin evren büyüklüğü olarak alındı ve bu evrenler içerisinde her dönem için 25 kişilik örneklem oluşturdu. Rastgele seçilen numaralar öğrencilerin listedeki sıralamalarıyla eşleştirilerek formun uygulanacağı 100 öğrenci belirlenmiş oldu. Belirlenen öğrencilere değerlendirme formları verilerek; çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan ilgili formları yüz yüze yöntemiyle doldurarak geri dönüş yapmalarını, katılmak istemeyenlerin ise formları doldurmadan iade etmeleri istendi. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde görev almakta olan öğretim üyelerine ulaşılarak çalışmaya katılmaya gönüllü olanların aynı çalışma formunu doldurmaları istendi.

### Veri Toplama

İstanbul Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünün güçlü yanları, zayıf yanları, fırsatları ve tehditlerinin belirlenmesi amacıyla araştırma verilerini toplanmak üzere hazırlanmış olan SWOT Analizi Formu kullanıldı (Tablo 1).

Anket sonuçları, yapılan SWOT analiziyle ilişkilendirildi.

### Verilerin Analizi

Katılımcıların vermiş oldukları yanıtlar, araştırmacılar tarafından bir nitel araştırma yöntemi olan içerik analizi yöntemi ile analiz edildi. Ortak cevaplar bir araya getirilirken, cevaplar ortaklık payı fazla olandan az olana doğru sıralandı.

Tablo 1. İstanbul Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü SWOT Analizi

|  |
|--|
| <b>GÜÇLÜ YANLAR</b>  |
| Bölümümüzü diğer üniversitelerdeki Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerine göre daha güçlü kılan özellikler nelerdir? Maddeler halinde düşüncelerinizi yazınız.  |
| <b>ZAYIF YANLAR</b>  |
| Bölümümüzü diğer üniversitelerdeki Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerine göre daha zayıf kılan özellikler nelerdir? Maddeler halinde düşüncelerinizi yazınız.  |
| <b>FIRSATLAR</b>   |
| Bölümümüzün diğer üniversitelerdeki Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerine göre daha güçlü olmasını sağlayan/sağlayacak fırsatların neler olabileceğini düşünüyorsunuz? Maddeler halinde düşüncelerinizi yazınız. |
| <b>TEHDİTLER</b>   |
| Bölümümüzü tehdit eden, zayıflamasına neden olabilecek durumların neler olduğunu düşünüyorsunuz? Maddeler halinde düşüncelerinizi yazınız.   |

### Bulgular

Çalışma formu verilmiş olan 100 fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencisinin 80 tanesinden (%80) ve fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitimi veren 12 öğretim üyesinin 10 tanesinden (%83.3) geri dönüş alındı. Anket sonuçları değerlendirmeye alınan 80 öğrencinin 22'si 1. sınıf, 20'si 2. sınıf, 24'ü 3. sınıf ve 14'ü 4. sınıf öğrencisiydi. Çalışmaya katılan 10 öğretim üyesinin 1'i Profesör, 3'ü Doçent, 5'i Yardımcı Doçent ve 1'i Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktaydı. Lisans öğrencileri bölümün güçlü yönleri için toplamda 13 madde, zayıf yönleri için 19 madde, fırsatları için 6 ve tehditler için ise 10 madde belirlediler. Öğretim üyeleri ise güçlü yönler için 22 madde, zayıf yönler için 10, fırsatlar için 9 ve tehditler için 8 madde belirlediler. Güçlü yönler için belirtilen en önemli 5 madde Tablo 2'de, zayıf yönler için belirtilen en önemli 5 madde Tablo 3'te, fırsatlar için belirtilen en önemli 5 madde Tablo 4'te ve tehditler için belirtilen en önemli 5 madde Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 2. Güçlü Yönler

| Güçlü Yönler   | Öğretim Üyeleri  | n (%)  | Lisans Öğrencileri   | n (%)     |
|----------------|--|--------|--|-----------|
| <b>Madde 1</b> | Yüksek lisans ve doktora programlarının olması   | 9 (90) | Akademisyenlerin fizyoterapistlerden oluşması, klinik tecrübelerinin fazla olması ve farklı alanlarda uzmanlaşmış zengin bir akademik kadroya sahip olması   | 55 (68.7) |
| <b>Madde 2</b> | Türkiye’de kurulan ikinci okul olması ve 26 mezunların verilmesiyle tanınırlığın yüksek olması   | 5 (50) | Anatomi dersinin kadavra üzerinden işlenmesi   | 14 (17.5) |
| <b>Madde 3</b> | Bölümün idari kadrosunun ve tüm öğretim üyelerinin fizyoterapistlerden oluşması  | 5 (50) | Rehabilitasyon derslerinin ayrıntılı olarak işlenerek kaliteli bir mesleki eğitim verilmesi  | 14 (17.5) |
| <b>Madde 4</b> | Akademik personelin fizyoterapinin temel ve farklı alanlarında uzmanlaşmış olmaları  | 5 (50) | İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi’nde staj yapma olanağının olması  | 13 (16.2) |
| <b>Madde 5</b> | Temel tıp bilimleri derslerinin İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeleri tarafından 29 yıldır fizyoterapistlere özelleşmiş bir biçimde veriliyor olması | 5 (50) | Temel tıp bilimleri derslerinin ayrıntılı olarak işlenmesi ve bu derslerin İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi öğretim üyeleri tarafından verilmesi | 13 (16.2) |

Tablo 3. Zayıf Yönler

| Zayıf Yönler   | Öğretim Üyeleri  | n (%)  | Lisans Öğrencileri  | n (%)     |
|----------------|--|--------|---|-----------|
| <b>Madde 1</b> | Tıp fakültesinden ayrı bir kampüste eğitim veriyor olmanın sıkıntıları | 8 (80) | Dersliklerin ve amfinin öğrenci sayısına göre yetersiz kalması ve okul koşullarının artan öğrenci sayısını karşılayamaması  | 45 (56.2) |
| <b>Madde 2</b> | Öğrenci sayısının her yıl artıyor olması                               | 8 (80) | Dersler için gerekli olan ekipman ve malzemelerin yetersiz olması   | 29 (36.2) |
| <b>Madde 3</b> | Fakültemizin derslik ve uygulama alanındaki fiziki yetersizliği        | 8 (80) | Üniversite’nin sosyal aktivite imkânlarının yetersizliği ve öğrenci kulüplerinin de bu konuda yetersiz olması               | 25 (31.2) |
| <b>Madde 4</b> | Uygulamalı dersler için yeterli ekipman olmaması                       | 5 (50) | Okulun fiziki olarak liseyi anımsatması ve binanın üniversite için uygun olmaması   | 24 (30)   |
| <b>Madde 5</b> | Akademik çalışmaların yürütülebilmesi için yeterli ekipman olmaması    | 5 (50) | Pratik derslerin hasta üzerinden anlatılmaması nedeniyle yetersiz kalması ve teorik bilgi ile koordineli olarak verilmemesi | 13 (16.2) |

Tablo 4. Fırsatlar

| Fırsatlar      | Öğretim Üyeleri   | n (%)  | Lisans Öğrencileri   | n (%)     |
|----------------|---|--------|--|-----------|
| <b>Madde 1</b> | Farklı disiplinlerle bir arada eğitim alma imkanına sahip olunması                            | 9 (90) | İstanbul Üniversitesi'nin köklü bir üniversite olması ve eğitim alanında bir marka haline gelmiş olması nedeniyle iş yaşamında iyi bir referans olması   | 31 (38.7) |
| <b>Madde 2</b> | Yapılan bilimsel çalışmalar ile Fizyoterapi bilimine farklı alanlarda katkı sağlanıyor olması | 7 (70) | İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi imkânlarından faydalanabiliyor olması   | 13 (16.2) |
| <b>Madde 3</b> | Üniversitemizin 2 adet araştırma ve uygulama hastanesinin bulunması                           | 6 (60) | Üniversitenin İstanbul'da yer alması nedeniyle ulaşılabilecek imkânların fazla olması  | 12 (15)   |
| <b>Madde 4</b> | Üniversite tarafından verilen mezuniyet diplomasının yurtdışında geçerliliğinin olması        | 6 (60) | Ülke çapındaki diğer okullardaki birçok Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü öğretim üyesinin İstanbul Üniversitesi'nde lisansüstü eğitimini tamamlamış olması nedeniyle birçok okulla ilişkilerin başlatılmasının ve geliştirilmesinin kolay olması | 9 (11.2)  |
| <b>Madde 5</b> | Kanıtı dayalı fizyoterapi uygulamalarının yapıyor olması                                      | 5 (50) | Farabi ve Erasmus programları ile öğrenci ve öğretim üyesi değişimi olanakları   | 6 (7.5)   |

Tablo 5. Tehditler

| Tehditler      | Öğretim Üyeleri   | n (%)  | Lisans Öğrencileri  | n (%)     |
|----------------|---|--------|---|-----------|
| <b>Madde 1</b> | Mesleki hakların yetersizliği   | 9 (90) | Okullardaki kontenjan sayısının artmasıyla daha düşük puan ile öğrenci alınması sonucu niteliksiz fizyoterapistlerin mezun olması                     | 41 (51.2) |
| <b>Madde 2</b> | Mezun sayısının giderek artıyor olması  | 8 (80) | Akademik kadrosu ve eğitim olanakları yetersiz olan çok sayıda okulun açılması ve niteliksiz mezun sayısının artması                                  | 41 (51.2) |
| <b>Madde 3</b> | Sağlık Bilimleri Fakültesinin bölümü olarak diğer bölümlerle aynı standartta yürütülecek idari ve öğrenci işlerinin daha yüksek puanla bölüme yerleşen ve farklı eğitim süreci olan bölümümüz öğrencileri için dezavantaj oluşturması | 6 (60) | Fizyoterapistler arasındaki mesleki örgütlenmenin sağlanmamış olması sebebi ile yasal hakların elde edilememesi ve mesleğin yasalarla desteklenmemesi | 20 (25)   |
| <b>Madde 4</b> | Fiziki ve teknolojik yetersizliklerden dolayı öğrencilerin motivasyonunun azalması  | 6 (60) | Yanlış sağlık politikaları nedeniyle hastanın fizyoterapiste dolaylı yollardan ulaşması ve mesleki otonominin sağlanamamış olması                     | 17 (21.2) |
| <b>Madde 5</b> | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi olmak için başvuruda bulunmaması  | 6 (60) | İstihdamın artan mezun sayısı ile paralel olarak artmaması ve devlet hastanelerindeki kadroların yetersiz olması                                      | 13 (16.2) |

### Tartışma ve Sonuç

Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü lisans öğrencileri ve öğretim üyeleri kapsamında iki grup üzerinde ya

pılmış olup, bölümün durum analizi farklı paydaşların bakış açısına göre ortaya konmuştur. Araştırma sonucunda fizyoterapi ve rehabilitas-



yon bölümü öğrencileri ve öğretim üyelerinin kişisel, statüsel ve jenerasyon farklılıklarına rağmen bölümün güçlü ve zayıf yönleri ile karşılaşabileceği fırsat ve tehditler açısından benzer özellikleri vurguladıkları görülmektedir. Ancak, bu benzer özelliklerin lisans öğrencileri ve öğretim üyelerinin gözünde önem sırası farklıdır.

Araştırma sonucunda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü lisans öğrencileri ve öğretim üyeleri tarafından ortak olarak belirtilen güçlü yönler; bölümün idari kadrosunun ve tüm öğretim üyelerinin fizyoterapistlerden oluşması, öğretim üyelerinin fizyoterapinin farklı alanlarında uzmanlaşmış olması ve klinik tecrübelerinin fazla olması, temel tıp bilimleri derslerinin İstanbul Tıp Fakültesi öğretim üyeleri tarafından fizyoterapistlere özelleşmiş biçimde anlatılıyor olmasıdır. Bunlara ek olarak, öğretim üyeleri, yüksek lisans ve doktora programlarının olması, Türkiye’de kurulan ikinci fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü olması nedeniyle tanınırlığının yüksek olmasının güçlü yön olduğunu vurgularken lisans öğrencileri ders programında yer alan rehabilitasyon derslerinin ayrıntılı olarak işlenmesi, anatomi dersinin kadavra üzerinde anlatılması ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi’nde staj yapma olanağının mesleki eğitimin niteliğini arttırdığını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan akademisyenlerin zayıf yön olarak vurguladıkları konu akademik çalışmaların yürütülebilmesinde sıkıntı yaşamalarına neden olan ekipman yetersizliği ve tıp fakültesinden ayrı bir kampüste eğitim verme durumudur. Lisans öğrencileri ise zayıf yön olarak üniversitenin sosyal aktivite imkânlarının yetersiz olduğunu ve öğrenci kulüplerinin bu konuda yetersiz kaldığı konusunu vurgulamıştır. Her iki grup tarafından zayıf yön olarak görülen özellikler; dersliklerin ve uygulama alanlarının fiziki şartlarının yetersiz olması ve her geçen yıl artmakta olan öğrenci sayısını karşılamakta yetersiz kalması, uygulamalı dersler için gerekli ekipman ve malzemelerin eksik olmasıdır.

İki grup arasında verilen cevaplar arasındaki farkın en fazla olduğu bölüm fırsatların belirtildiği bölümdür. Lisans öğrencileri daha çok bölümün sunmuş olduğu fırsatların sonuçlarına ve yararlarına odaklanırken öğretim üyeleri bu fırsatların temelinde yatan özellikleri analiz etmiştir. Öğretim üyeleri tarafından bölümün yüksek lisans ve doktora programlarına sahip olması güçlü bir yön olarak belirtilirken lisans öğrencileri bölümün mezuniyet sonrası lisansüstü eğitime devam edebilme olanağı sunuyor olmasını bir fırsat

olarak görmektedir. Aynı zamanda İstanbul Üniversitesi’nin köklü bir geçmişe sahip olması ve marka değeri taşımasının iş yaşamında iyi bir referans oluşturması, üniversitenin İstanbul’da yer almasının ulaşılabilir imkân sayısını arttırması lisans öğrencileri tarafından fırsat olarak belirtilen diğer özelliklerdir. Öğretim üyeleri ise üniversitenin iki adet araştırma ve uygulama hastanesine sahip olmasını ve farklı disiplinlerle bir arada eğitim alma imkânı sunmasını birer fırsat olarak değerlendirmektedir. Yalnızca verilen eğitimin niteliğini değil aynı zamanda fizyoterapi bilimine katkı sağlayabilecek çok çeşitli alanlarda bilimsel çalışmaların yürütülmesi ve kanıt dayalı fizyoterapi uygulamalarının yapıyor olmasını da fırsat olarak görmektedirler.

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerine ayrılan öğrenci kontenjanının giderek arttırılmasına bağlı olarak mezun sayısının artması ancak istihdamın artan mezun sayısına cevap verememesi hem öğretim üyeleri hem de lisans öğrencilerinin tehdit olarak gördüğü bir durumdur. Her iki grup tarafından tehdit olarak görülen bir diğer durum ise elde edilen mesleki hakların yetersiz olması ve mesleki otonominin sağlanamamasıdır. Öğretim üyelerinin tehdit olarak bildirdiği fiziki şartların yetersizliği ve teknolojik altyapıdaki eksikliklerden kaynaklı öğrencilerin motivasyonun azalması lisans öğrencileri tarafından sadece zayıf yön olarak görülmektedir. Lisans öğrencilerinin vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde mezun olduktan sonra iş bulmalarını zorlaştırabilecek ya da çalışma şartlarının kötüleşmesine neden olabilecek durumları tehdit olarak gördükleri sonucuna ulaşılabilir.

Sonuç olarak, belirlenen bu noktalar sayesinde göze çarpan güçlü yönler korunmalı ve aynı zamanda fırsatlar değerlendirilmelidir. Bu özelliklerin ön plana çıkması sağlanarak mevcut iyi halin temeli sağlanmalıdır ve üzerine ek değerler kazandırılmalıdır. Ayrıca zayıf yönler geliştirilmeye çalışılmalı ve olası tehditlere karşı önlemler olarak doğru stratejiler belirlenmelidir. Her ne kadar bölümün benzer özelliklerini vurgulamış olsalar da doğru stratejileri belirlerken öğretim üyeleri ve alan lisans öğrencilerinin düşünceleri ayrı ayrı analiz edilmelidir. Bu sayede, İstanbul Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünün hem öğrenciler için her yönüyle tercih edilen bir kurum olabilmesi ve marka değerini koruyabilmesi hem de yapılacak mesleki yenilikler ile diğer üniversiteler arasında lider konumuna gelebilmesi hedeflenmelidir.

### Kaynaklar

1. Özdiçler AR. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Giriş. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2016. p.10-11.
2. [http://www.istanbul.edu.tr/?p=64860/](http://www.istanbul.edu.tr/?p=64860) Erişim tarihi: 09.09.2016
3. <http://sabif.istanbul.edu.tr/fizyoterapi/> Erişim Tarihi: 06.06.2016.
4. Bryson JM. Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations: A Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement, 4th ed. Sanfransisco: Jossey-Bass Publishers; 2011.
5. Rue D, Byars D. Management Skills and Application. 7th ed. Richard Irwin Inc; 1995.
6. Schermerhorn J. Management, 5th ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 1996.
7. Yıldırım N. Okul müdürlerine göre ilköğretim okullarının SWOT(GZFT) analizi. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi 2008; 1: 123-43.
8. Dinçer Ö. Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. 6. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları; 2002.
9. Gürses HN, Alemdaroğlu İ, Tanrıverdi M. Türkiye’de fizyoterapi ve rehabilitasyon fakülte bölümü/yüksekokullarının incelenmesi ve müfredat analizi, Turk J Physiother Rehabil. 2014; 25(1): 16-27.
10. <http://www.fizyoterapistler.org/tfd/index.php/en/dernek-hakk-nda/fizyoterapi-ue-niversiteleri/> Erişim Tarihi: 09.09.2016
11. <https://www.randomizer.org/> Erişim tarihi: 15.05.2016

## Hemşireliğin Felsefi Özü İyileştirme ve İyileştirici Bakım Yöntemleri

### Nursing Philosophical Essence Improvement and Healing Treatment Methods

Hediye ARSLAN ÖZKAN<sup>a</sup>, Zümrüt Bilgin<sup>b</sup>

**ÖZET** Hemşirelik var olduğu zamanlardan bu yana hemşireler, insanların yaralarını sarmak, acılarını dindirmek, yeniden yaşama uyum sağlamalarını desteklemek amacıyla bir iyileşme sürecinin uygulayıcısı olmuşlardır. Günümüzdeki tıp ve hemşirelik biliminde, teknoloji ve biyomedikal alandaki gelişmeler sayesinde iyileştirme sürecinde çok çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu gelişmeler, hemşirelik bakımını ama aynı zamanda felsefesini de etkilemiş olmasına karşın, iyileştirme felsefesi daima korunmuş, bakımın öz amacı olmaya yüzyıllardır devam etmiştir. Bir başka deyişle hemşireliğin bakım verici rolünün özünü iyileştirme süreçleri oluşturmaktadır. İyileşmede kullanılan mevcut modellerin çoğu teknolojik yöntemlere dayalı tedavi ve bakım uygulamalarıdır. Oysa iyileştirme (terapötik yaklaşım) yaratabilmek için güven, umut, inanç, insan onuruna saygı, adil yaklaşım ve bilimsel birikimle yoğrulmuş bir profesyonellik gerekmektedir. Aynı zamanda bireyi bilme, birlikte olma, onun için eylemde bulunma ve onun yaşamını kolaylaştırma gibi birden çok eylemi kapsamaktadır. İyileştirici bakım sürekli ilişkiye dayanır, hasta ve hemşire iyileşme sürecinin ortaklarıdır, hemşireler hastaların iyileşme yolculuklarında yanında olarak iyileşme sürecini hızlandırabilir. İyileştirici bakım, hastalığın şiddetini azaltmak veya ortadan kaldırmak için yapılan hemşirelik girişimlerinin tamamını ayrıca hasta ve ailesinin bakıma aktif katılımını sağlamayı içerir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, felsefe, iyileştirici, bakım

**ABSTRACT** In essence, since the time of beginning the nursing profession has been around to heal the wounds of people, relieve the pain. It has become a practice of the healing process to adopt people back to the life again. In today's medical and nursing science, many various methods have been applied during the healing process, thanks to advancements in technology and biomedical fields. Although these developments changed the way of nursing care and its philosophy throughout the history, the healing philosophy behind nursing has always been always stayed the same and continued for centuries. In other words, the essence of caring in the nursing profession has been constituted by improvements in the healing process. Most of the recent methodological models used for treatment and caring are based on technological improvements. However, to maintain healing process (therapeutic approach), a fair approach and the professionalism built on trust, hope, faith and respect for human dignity are required. Likewise, in this approach, knowing the person, being together with her/him and taking actions to facilitate his/her are equally important. A curative healing process depends on continuous communication between a patient and nurse. In addition, nurses are able to accelerate the healing process by assisting patients during the course. In summary, a curative care performed to reduce the severity of disease consists of all of the nurses' effort, in addition to the ensured active participation of the patients' family.

**Key words:** Nursing, philosophy, healing, care

#### Giriş

*“Hemşirelerin yetkin bir yaşam felsefesi kazanmaları, felsefenin anlamını kavramaları ile mümkündür”.*<sup>1</sup>

Evrendeki her şeyi gerçekliğin bütünlüğü içinde ve sistematik olarak düşünme, düşünce ürünlerini sürekli olarak eleştirme çabası olan felsefe, bilgi ve bilgelik anlamını taşır. Felsefe kendini

bilme, başkalarını anlama, bireye, topluma-kültüre özgü düşünme ve sorgulamaya yön veren bir bilimdir. Hemşirelik felsefesi hemşireliğin amacına uygun bakım verme, destekleme, iyileştirme ve rehabilite etmek için temel olan hemşirelik davranışı ve uygulamalarını yönlendiren değerler, amaçlar ve kararlardan oluşan soyut yapılardır. Watson hemşireliği “bakım

Geliş Tarihi/Received:08-03-2016 / Kabul Tarihi/Accepted: 26-07-2016

<sup>a</sup> Prof. Dr. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, e-mail:hedarslan@gmail.com

<sup>bb</sup> Öğr.Gör. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, e-mail: zumrutbilgin1@hotmail.com

Sorumlu yazar /correspondence: Öğr.Gör. Dr. Zümrüt Bilgin, Adress: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü Tıbbiye C. No:49 Haydarpasa Kampüsü. 34668 – İstanbul Telefon: 216 550 e-mail: [zumrutbilgin1@hotmail.com](mailto:zumrutbilgin1@hotmail.com)

**Atf :Arslan Özkan H, Bilgin Z. Hemşireliğin Felsefi Özü İyileştirme ve İyileştirici Bakım Yöntemleri. HSP 2016;3(3):191-200**

**To cite this article: Arslan Özkan H, Bilgin Z. Nursing Philosophical Essence Improvement and Healing Treatment Methods. HSP 2016;3(3):191-200**

verme felsefesi ve bilimi” olarak tanımlamıştır. Bakım felsefesi ve bakım verme, hemşirenin etkin olduğu, birey ya da toplumun sağlıklı ilgili gereksinimlerini belirleme, karşılama, sürdürme, iyileştirme-rahlatma, bilgilendirme ve değerlendirme faaliyetleri ile birlikte çevreyi algılama moral ve etik değerlerini önemsemesini gerektirir.<sup>2,3,4,5,6</sup>

Hemşireliğin öncelikli hedefi, birey ve toplum sağlığını korumak ve geliştirmek, sonraki hedefleri ise hastalık ya da engellilik durumunda bireyin iyileşmesini hızlandırmak ve sağlamaktır. İlk olarak Florence Nightingale’in 1860 yılında hemşireliği, “hastanın çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi” olarak tanımlamasıyla iyileştirme kavramı hemşirelik bilgisine girmiştir. İyileştirici bakımın, hastanın bütüncül ve humanistik bir şekilde ele alındığı hemşirelik yaklaşımı olarak kabul edilmesinde en önemli hemşire kuramcılardan biri Watson’dır. Watson iyileştirici bakım yaklaşımının, bireyin kendi bakımına ve kendine ilişkin kararlara katılımını amaçladığını vurgulamış, Watson modelini on iyileşme faktörü üzerine temellendirmiştir. İyileştirici faktörler hasta bireye güvenli bakım ve umut vermeyi içerir.<sup>7</sup> İyileştirme kavramı, hemşirelik bilimi ve sanatta hemşireliğin “özü” olup, bakım ve iyileşme için yapılan her türlü girişim ve uygulamaları içermektedir.<sup>7</sup> Bu derlemenin amacı hemşireliğin felsefi özü iyileştirme ve iyileştirici bakım yöntemleri konusunda literatüre katkı sağlamaktır.

## Hastalık ve İyileşme Süreci

### Hastalık ve iyileşme

Hastalık “bireyin fiziksel, ruhsal entelektüel ya da spiritüel fonksiyonlarında bozulma, gerileme ya da azalmanın oluşması” durumu olarak tanımlanmıştır.<sup>8</sup> İnsanların sağlıkla ilgili çeşitli hastalık deneyimleri olabilir, hastalık durumu ise optimal sağlıklı olmayı engeller. Smith (1981) sağlıklı olmayı dört şekilde tanımlamıştır. Sağlıklı olma düzeyi ile ilgili ilk görüş, geleneksel olarak Batı biyomedikal bakış açısıyla, hastalık olmaması olarak belirtilmiştir. İlk görüşe göre sağlık gelecekte hastalığın daha fazla tahribatının önlenmesi, patolojinin ortadan kaldırılması ve sürecin etkin yönetilmesidir. Hastalık iyileştirildiği ya da yok edildiği düşünüldüğünde en azından optimal sağlık sağlanmış ve gelecekteki kötüleşme durdurulmuş olur. Smith tarafından açıklanan ikinci sağlıklı olma modeli, bireyin uyum sağlama kapasitesi olarak gösterilmiştir. Bu açıdan bakıldığında, hastalık

belirtilerinin iyileşmesi için en uygun ortamı (ağrı kontrolü), bedensel destek süreçleri (etkinin ortadan kaldırılması), yaşamın sürdürülmesi (yeterli beslenme, enfeksiyon kontrolü) ve sağlıkta sapma durumunda başa çıkma veya sağlıklı yaşamaya hazırlanmayı sağlamada (eğitim) yöneten (yeterli beslenme, enfeksiyon kontrolü) birinin olmasıdır. Üçüncü bakış açısı, fonksiyonel sağlık, rolünün yerine getirilmesini vurgular. İnsanların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirildiği düşünülürse sağlıklı olduğu düşünülür. Bu açıdan bakıldığında, önemli olan yaşamdaki meşguliyete (iyi uyku, egzersiz oyun, çalışma vb.) katkıda bulunma yeteneğidir. Dördüncü sağlık düzeyi ise önceki modellerin üçünü de içermekte ve mutluluk (eudaimonistic) modeli olarak da adlandırılmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık, sakinliğin önemini ve anlamlılığını, beden bütünlüğünü içerir.<sup>9</sup>

Bireylerin sağlıkla ilgili temel inançları; sağlık bakım davranışları, çeşitli bakım modelleri, hastalık ve iyileşme süreci üzerinde etkilidir. Dünya genelinde sağlık, hastalık ve iyileşme ile ilgili çeşitli tamamlayıcı inanç bakım modellerinin ve sağlık bakım uygulamalarının olduğu bilinmektedir. Larson'un (1981) da belirttiği gibi sağlıkla ilgili kuram-model sınıflaması konusunda kesin bir görüş bulunmamakla birlikte bu kuram-modeller aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır:

1. *Medikal Model (The Medical Model)*

2. *Holistik Model (The Holistic Model)*

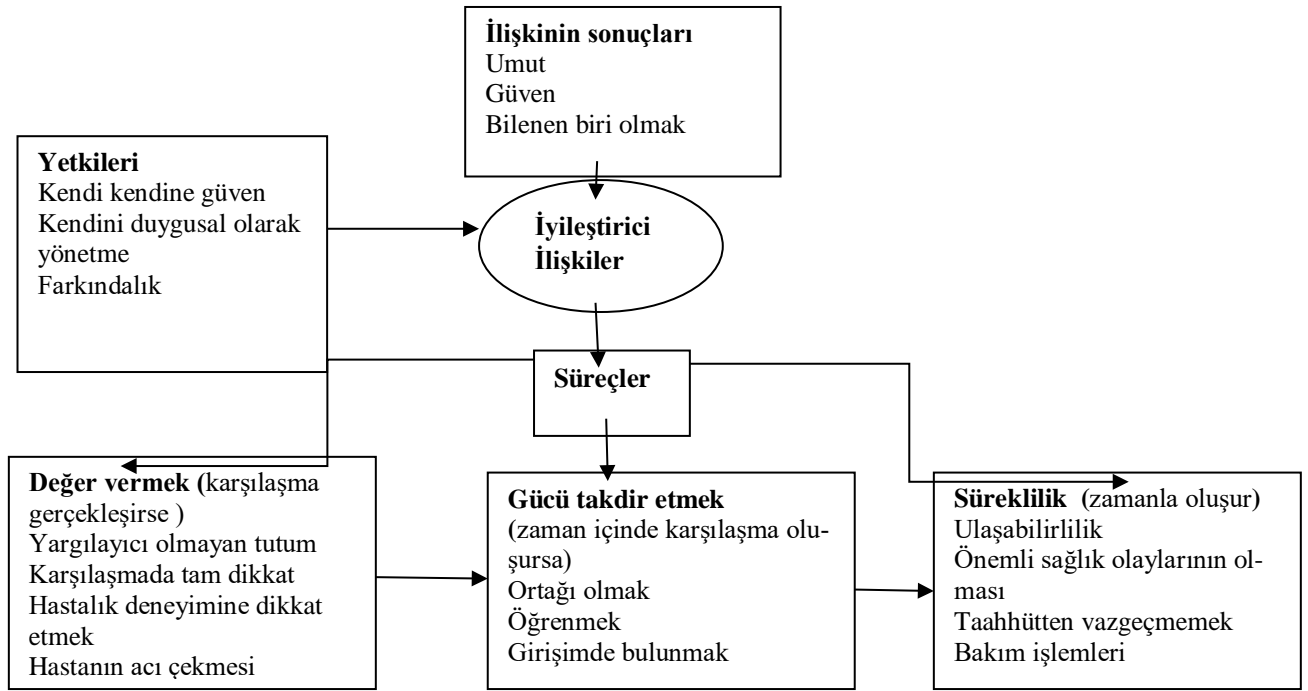
3. *Sağlık-iyilik Modeli (The Wellness Model)*

4. *Çevre Modeli (The Environmental Model)*

*İyileştirici bakım* modeli, sağlıkta mükemmelliyet, geleceğe yönelik olarak sağlıkta iyileşme ve gelişme üzerinde odaklanmaktadır. İyileştirici modelin temel hedefi iyilik halini sağlayıcı koşulları arttırmaktır. İyileştirme modeline göre, üst düzey iyilik hali, bireylerin fonksiyonlarını yerine getirebilme potansiyelinin yüksek olmasını ve bu fonksiyonelliğin bireyin beden, akıl ve ruh bütünlüğü ile sürdürülmesini içermektedir. Bu modelde bireyi sürekli olarak mükemmel doğru giden ve gelişen bir sistem olarak görme eğilimi söz konusudur.<sup>9,10,11</sup>

## İyileştirme süreçleri

İyileştirme süreci, hemşirelik bilimi ve sanatının temeli olup, iyileşmeyi de içeren temel hemşirelik bakımıdır. Watson ilk çalışmalarında hemşireliğin özünü “iyileştirici” faktörlerle açıklamış, ancak son yayınlarında “iyileştirme sürecini” tanımlamıştır. İyileştirme süreçleri,

Şekil 1. İyileştirici İlişki Modeli <sup>11</sup>

hemşirelik için bir rehberdir. İyileştirme süreçleri birbirleriyle kesin sınırlarla ayrılmaz her biri diğeri ile ilişki içindedir. Süreçler tek tek ya da bir bütün halinde de uygulanabilir. Bazen bir sürece yönelik yapılan uygulamalar aynı zamanda diğeri bir sürecin ele alınmasını gerektirebilir. Bu süreç ve bakım uygulamalarının temel amacı, modern tedavi girişimlerine karşın hemşireliğin daha fazla bakım verici ve iyileştirici yönünün ortaya çıkarılmasını sağlamaktır. <sup>12,13</sup>

Klinisyenlere göre iyileştirici bakım ilişki süreçleri, bilinçli bir girişim ile başlar ve tüm hastalara yargılayıcı olmayan bakım vermeyi gerektirir. Cortis ve Kendrick hemşirelik bakımını; insana özgü bir özellik, bir duyuş, kişilerarası dinamik, tedavi edici bir süreç ve etik yükümlülük olarak belirtmiştir. <sup>14</sup> Sherwood bakımı, hastalara bilgi ve beceri düzeyinde yardım edici girişimlerde bulunulması, fiziksel ve duygusal sorunlara yönelik tedavi edici ve iyileştirici uygulamaların yapılması olarak değerlendirmiştir. <sup>15</sup> Finfgeld-Connett bakımı duyarlılık, yakın ilişki ve uzman hemşirelik uygulaması ile karakterize kişilerarası bir süreç olduğunu savunmuştur. <sup>16</sup> Bu süreçte hemşirelik bakımı, iyileşme ve holistik bakım kavramları üzerine

odaklanır. Hemşirelerin iyileştirme sürecindeki başarısı; hastaların sorunlarının doğru belirlenmesi-tanımlanması ile başlar, çeşitli iyileşme yol-yöntemlerinin kullanılması ile devam eder ve bireye optimum bakım vermesiyle tedavide en iyi sonuca ulaşmayı hedefler. <sup>11,14,15</sup> Girişimsel uygulamalar sırasında hemşire iyileştirme süreçlerine göre bakımı şekillendirmelidir. Watson'ın İnsan Bakım Modelinde önerilen kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemleri aşağıda yer almaktadır. <sup>12,13</sup>

1. Duyuma tekniklerinin (müzik, doğa sesi, melodi, ilahi şarkılar) bilinçli kullanımı.
2. Görsel tekniklerin (ışık, renk, sanatsal çalışmalar) bilinçli kullanımı
3. Nefes tekniklerinin (soluk alıp-verme ve koku tedavisi gibi) bilinçli kullanımı.
4. Dokunma tekniklerinin (reiki ve masaj) bilinçli kullanımı.
5. Tat alma tekniklerinin (diyetin yeniden düzenlenmesi) bilinçli kullanımı.
6. Zihinsel-bilişsel tekniklerin (düş kurma ve odaklanma) bilinçli kullanımı.
7. Kinestetik-dokunsal (masaj, hareket, dans ve yoga) tekniklerin bilinçli kullanımı.
8. Odaklanma yönteminin (fiziksel, ruhsal, sosyal, bilişsel) bakım bilincinin kullanımı. <sup>12,13</sup>

### İyileştirici Bakım Yöntemleri Alternatif/Tamamlayıcı yöntemler ve iyileşme

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi tanımları birbirinden farklı olmasına karşın literatürde birlikte ya da alternatif/tamamlayıcı yöntemler (ATY) olarak kullanılmaktadır. ATY iyileşmede önemli bir araç olarak bütüncül hemşirelik bakımında yerini almıştır. Bu yöntemler, özellikle öz-bakımın sağlanması, hastalığın önlenmesi ve iyileşme durumunun artırılması, anksiyetenin ve ağrının giderilmesi, konforun artırılması durumlarında etkin şekilde kullanılan hemşirelik girişimleridir. ATY'in çoğu, progresif gevşeme, rehberli imgeleme, yoga, dokunma terapisi, aromaterapi, müzik terapi, refleksoloji, masaj, aktif dinleme, merkezi odaklanma, hipnoterapi, homeopati gibi hemşirelerin iyileştirmeyi kolaylaştırmak için bağımsız olarak kullanabileceği doğal tedavi yöntemleridir. Bunların bazıları özel eğitim alındıktan sonra uygulanabilmektedir.<sup>17</sup> Yeldham, hasta bakımında kullanılan tamamlayıcı tedavilerin, bakımı alanlarda stresi azaltarak hastalığı önleyebileceğini ifade etmiştir.<sup>18</sup> Ayrıca, hasta ile olan samimi ilişkilerin, masaj, pozitif atmosfer ve sevgi dolu bakımın genellikle ilaçlardan daha iyi sonuçları olduğunu bildirilmektedir. Krieger ise tutarlı iyileştiricilerin en önemli özelliklerinin şefkat ve amaçlılık olduğunu ifade etmektedir.<sup>19</sup> Birçok ATY uygulayıcısı dikkatin girişim uygulamalarından daha etkili olduğunu kabul etmektedir. Örneğin hemşire ilaç tedavisi sırasında sevgi dolu, pozitif enerji iletimi yansıtan bir yaklaşımla ya da terapötik dokunma tekniklerini kullanarak ve "dikkatli ilaç uygulamaları" ilkelerine uygun girişimde bulunduğu iyileşmenin daha ekili olacağından söz edilmektedir.<sup>17,18</sup>

### İyileştirici çevre

İnsanlar, çevreleriyle sürekli etkileşim halinde olduklarından, sağlıkları iç ve dış çevre koşullarından etkilenmektedir. Çevre biyolojik, fiziksel, psikososyal ve kültürel özellikler taşımaktadır. Hasta bireylerin bakım sürecinde daha çok fiziksel ya da iyileştirici çevreden etkilediği, iyileştirici çevre olarak, bireyin fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforu ve iyilik durumunu arttıran çevrenin kabul edildiği belirtilmektedir. Bireylerin bakım ve tedavi sürecindeki iyileşme ortamları ve çevresi bu açıdan önemlidir.<sup>1,12</sup>

Hemşirelik, bireye en iyi doğal ortamları sağlayarak iyileşmesine yardımcı olan etkinlikler bütünüdür. Florence Nightingale hemşirelik ile ilgili notlarında iyileşmede çevrenin önemine değinmiş ve iyileşme ortamları oluşturmada hemşirenin önemli bir sorumluluğu olduğunu belirtmiştir. Nightingale ışık, temiz hava, hoş koku, gürültü seviyesinin düşüklüğünün, uygun sıcaklık ve beslenmenin, görselliğin iyileşme ortamına önemli katkıları olduğunu bildirmiştir. Ayrıca Nightingale kronik hastalığı ya da rahatsızlığı olan bireylerde küçük ev hayvanlarının iyileşme süreçlerini pozitif olarak etkilediğini düşündüğünden tavsiye etmiştir. Hemşirelik ile ilgili notlarında kişilerin iyileşmesinde psikososyal ve manevi faktörlerin önemini de vurgulamış, hemşirelerin iyileşme ortamlarını hem kendileri hem de bakım sonuçları üzerinde olumlu bir etki yapacak şekilde düzenlemelerini istemiştir. Bakımın iyileştirici çevre ile desteklendiğinde bireyin iyileşme süreci ve derecesinde önemli bir fark yaratıldığı belirtilmiştir. Florence Nightingale çevresel değişiklikler ile hastaların, morbidite ve mortalite sonuçlarında olumlu fark göstermeyi başarmıştır.<sup>1,20,21</sup>

Cohen Mansfield ve Werner doğal manzara ve seslerin hastane içi ortam ve çevrelerinde kullanmanın tıbbi girişimler sırasındaki ağrı kontrolünde etkin bir yöntem olduğunu, endişeyi azalttığını, cerrahi müdahale sırasında rahatlama sağladığını kan basıncı ve kalp atım hızını olumlu yönde etkilediğini belirtilmiştir.<sup>22</sup> İyileşme ortamının görünür etkileri; bireyin hızlı iyileşmesi ile mobilize olması, tedavi merkezinde kalış süresinin kısalması, hastane ve hastalar için daha düşük maliyet, hasta ve sağlık çalışanı memnuniyetinde artış olarak gösterilmiştir.<sup>1,23</sup>

Hastaların bakım aldıkları tedavi merkezleri ve bakım ortamları iyileşmeyi hızlandıracak şekilde düzenlenmeli ve hastalar fiziksel, duygusal ve manevi olarak kendilerini rahat hissettiği bir ortamda karşılanmalı ve bakımları sürdürülmelidir. Sağlık bakım alıcılarının; iyileştirici çevre, fiziksel çevre (temiz, güvenilir, konforlu, bireyin beslenme, hijyen vb.), duygusal çevre (bireyin istekleri doğrultusunda, sessiz, huzurlu vb.) manevi çevre (bireylerin inançları doğrultusunda dua, ibadet etmek, meditasyon yapabilmek vb.) gereksinimlerini karşılayabilecek bir sağlık bakım ortamı yaratılmalı ve

bireyin konforunu artıracak ve iyileşmesini hızlandıracak uygun çevre ortamı oluşturulmalıdır.<sup>20,23</sup>

### Sanatla iyileşme

Sanat insanla nesnel gerçeklik arasındaki estetik ilişkidir. Çeşitli alanlarda belirlenen sonuca ulaşmak için bilgi ve becerinin en çarpıcı ve dikkat çekici şekilde kullanılmasıdır. Hemşirelik Uygulamaları Kuramı'nda sanat, "bilgi ve becerinin hastanın gereksinimini karşılamaya yönelik kullanılması" olarak tanımlanmıştır.<sup>24,25</sup> Wiedenbach'e göre "hemşirelik sanatı hastaların gereksinimleri ve kaygılarını anlamak, hastaların yeterliliğini artıran yöntemleri geliştirmek ve değişik sağlık bakım uygulamaları ile hastaları iyileştirmek" olarak ifade edilmiştir.<sup>26</sup>

Sanat çoğunlukla, psikolojik iç görü ve duygusal olgunlaşmanın bir aracı olarak kullanılır. Hastaların bireysel öykülerini, gereksinimlerini ve sağlıklı olmanın onlar için ne anlam ifade ettiğini kavramak ve onları daha iyi tanımak için sanattan yararlanılmıştır. Ayrıca görsel sanatların iyileştirici potansiyeli olduğuna inanılır. Birçok tedavi ve iyileştirme yöntemlerinde sanatın kullanıldığı bilinmekte ve yaratma sürecinin bireyi iyileştirici gücünün olduğuna inanılmaktadır.<sup>24,27,28</sup>

Sanatın, hemşire ve hastaların karşılıklı kendilerini daha iyi ifade etmelerini sağlama, bakımın niteliğinin artırılması ve iyileşme sürecini hızlandıran iyi bir araç olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda sanat, rahatsızlık ve hastalık varlığında iyileşme yöntem becerilerinin geliştirilmesinde aracılık rolü üstlenerek bireyin kendi bakımında daha fazla rol katılımını sağlayarak iyileşme sürecini hızlandırabilir.<sup>25</sup>

Sanat sağlık bakım alıcısı bireylerin hastalıklarıyla ilgili fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal deneyimlerini birleştirmelerine aracılık eder, hastalığı ile ilgili yeni başa çıkma yolları bulmalarını kolaylaştırır ve bireysel sınırlarını fark etmelerini sağlar. Yapılan çalışmalarda sanatsal terapilerin kanser hastalarında hastaya yeni başa çıkma yolları bulmasını, kişisel sınırlarını fark etmelerini sağlayarak; anksiyete, depresyon ve yorgunluk hissini azalttığı, stres belirtilerinde belirgin bir azalma ve sağlıklı bağlantılı yaşam kalitesinde ise belirgin artışa neden olduğu gösterilmiştir.<sup>27,28</sup>

Hemşirelik biliminin temeli olan yaratıcılığa dayalı sanatın (müzik, resim, dans gibi) bakımın kalitesini olumlu yönde etkilediği be-

lirtilmekte, hem bakım alıcılarının hem de bakım vericilerinin sağlığına olumlu yönde katkı sağlamak amacıyla bakım uygulamalarında sanatsal girişimlerin hastaların bakımında kullanılması önerilmektedir.<sup>27,28</sup>

### Mizahın iyileştirici gücü

Mizah komik, eğlendiren, hareket veya ifade ve mimiklerle kişinin hoşça vakit geçirmesine katkıda sağlayan her şey, gülmeyi oluşturan nesne olarak tanımlanmaktadır. Bir başka ifade ile duygu, düşünce ve toplumsal değerleri şaka anlatan espri ya da gülmecelerdir. Terapötik (iyileştirici) mizah ise, sağlığın geliştirilmesi ve hastalık durumunda ise iyileşmenin hızlandırılması için yapılan espri ve şakaları içeren uygulamalardır. İyileştirici mizah hastaların fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel boyutunu destekleyip güçlendirerek bireyin hastalıkla ve olumsuz duygularla baş etmesini kolaylaştırır.<sup>29</sup>

Mizah yalnızca insanlara özgü sosyal bir özelliktir. Çocuk ya da yetişkin olan her yaş grubunda iyileşme faaliyetinde oldukça önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Tedavi sürecinde ise mizahın fizyolojik, sosyal, psikolojik ve bilişsel yararları üzerinde durulmaktadır. Batı kaynaklı görüşlerde, mizahın iyileştirici gücünün olduğu, hastalıkların iyileştirilmesinde kullanılmasının M.Ö. 4. ve 5. yy.da Yunanistan'a kadar uzandığı gösterilmiştir. Mizah, 13. yy'da cerrahi müdahaleler için anestezi olarak kullanılırken, 16. yy'da depresyon hastalarını tedavi etmek için önerilmiştir. Ortaçağda ise mizahın, sindirime yardımcı olduğu düşünülmüştür.<sup>29,30,31</sup>

Mizahın, sağlıklı bireylerde sağlığı geliştirme, hastalık varlığında ise iyileştirme amacıyla ilk kez Coser tarafından kullanıldığı ve hemşirelik bakımının bir parçası olduğu belirtilmiştir. Mizah sadece hastaların iyileşmesinde için değil, hasta ailesi, yakınları ve diğer sağlık personeli arasındaki etkileşimi olumlu yönde pekiştirme amaçlı olarak da kullanılabilceği belirtilmiştir.<sup>29</sup>

Sağlık alanında yapılan çeşitli çalışmalarda (psikiyatri hastalarına bakım veren 22 hemşire ile yapılan niteliksel bir çalışmada hasta ile güven ilişkisinin kurulmasına yardımcı; öğün bakım ünitesinde çalışan 8 hemşire ile yapılan başka bir niteliksel çalışmada, hem hasta ve yakınları hem de kendi aralarında mizahı kullandıklarında yararlı; onkoloji hastalarında yapılan başka bir çalışmada ise ağrının et-

kisini azalttığı, ölüm korkusu ile baş etmede mizahın yararlı olduğu ve pediatri hemşireleri çocuklarda stresle baş etmede) mizahın kullanılmasının iyileşmede etkili olduğu gösterilmiştir.<sup>29</sup>

Mizah, bireylerin ve sağlık bakım sağlayıcılarının kendilerini en iyi anlatmalarının yollarından biri olduğu, bireyler arasındaki etkileşimi pozitif yönde etkilediği, gerginliği ve stresi azalttığı düşünülmektedir.<sup>33</sup>

### **Terapötik sesler/Müzik terapisi ve iyileşme**

Müziğin her kültürde bilinen en eski iyileştirme yöntemlerinden biri olduğu bilinmektedir. Müziğin insan yaşamının her döneminde var olması ve hastaların tedavisinde kullanıyor olmasının en temel nedenlerinden biri yüzyıllardır insanların ücretsiz ve alternatif tedavilere olan ilgisinin artarak sürmesi ve müziğin sağlığa olan etkisi ve katkısının çok yönlü olmasından kaynaklanmıştır. Müzik, özellikle hastaların sinir ve endokrin sistemini pozitif yönde etkileyerek duygu ve düşüncelerinin olumlu yönde değişmesini ve anlamlı tepkilerin oluşmasına zemin hazırlar.<sup>34,35</sup>

Geçmişten günümüze kadar çeşitli sağlık bakım ortamlarında müziğin iyileştirici gücünden yararlanılmıştır. Müzik, çeşitli sağlık sorunu olan bireylerde; değişik psikiyatrik bozukluğu (zeka geriliği, otistik, nevroitik madde kullanan hastalarda), onkoloji ve terminal dönem hastalarında, herhangi bir tıbbi ve cerrahi girişimlerden önce, doğum salonlarında ve yoğun bakım üniteleri gibi klinik ortamlarda kullanıldığı belirtilmiştir. Yapılan araştırmalarda, müziğin insanın duygusal durumunu düzenleyen hormonlarını (serotonin, dopamin, adrenalin, testosteron gibi) yaşam bulgularını (kan basıncı, solunum ritmi gibi) olumlu yönde etkilediği, fizyolojik işlevlerini düzenlediği, beyindeki oksijen ve kanlanmayı sağladığı- dengelediği gözlenmiştir. Müzik terapisinin sadece bir takım hastalarda tedavi aracı olarak kullanılmakla kalmayıp, koruyucu olarak da kullanılabileceği ve müziğin bireyin iyileşmesinde güçlü bir hızlandırıcı etkisi olduğu belirtilmiştir.<sup>36,37</sup>

### **Spiritualite (maneviyat) ve iyileşme**

Spiritual bakım, hasta bireyin durumuna göre verilmesi gereken bilişsel ve bütünleştirici bakım uygulamaları olarak tanımlanmıştır. Wongand Yau (2009) spritualiteyi, “doğuştan var olan çevre ile bağlantılı, başkaları ile ilişkiler

yoluyla belirginleşen, yaşamın anlamı ve amacını sağlayan ve iç barışı yaşamak için kendilik yeteneğinin temel özü” olarak tanımlamıştır.<sup>42</sup> Spiritualitenin, sağlıkla ilişkili dinamikler ve davranışlar üzerindeki güçlü etkisi nedeniyle holistik bakım, felsefesinin "temel unsuru" olarak görülmektedir.<sup>38,39</sup>

Florance Nightingale döneminden beri, spiritual bakım hemşirelik uygulamalarının bir parçası olmuştur. Florence Nightingale bağımsız, profesyonel modern hemşirelik değerlerini bütünleştirici bakış açısıyla ortaya koymuştur. O “sağlık için; manevi gereksinimlerin vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli olduğunu zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebileceğini” belirtmiştir.<sup>38,40</sup>

Spiritual bakım tamamlayıcı ve alternatif iyileştirme yöntemlerinden birisidir; mizah, iyileştirici dokunma ve aktif dinlemeyi de kapsamaktadır. Sağlık Bakım Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (The International Counsel of Nursing) “spiritual bakımı yüksek kaliteli bakımın bir parçası” olarak göstermiştir.<sup>41,42,43</sup>

Spiritual bakım, özellikle bireyin emosyonel stres, fiziksel hastalık ve ölüm durumunda duygusal tehdit algısı ya da varoluşsal bir kriz yaşadığı durumlarda; sorunun çözümüne yönelik umut, güç ve çare kaynaklarını bulmada yetersiz kaldığı zor zamanlarda öne çıkmaktadır. Spritüel yönün bu durumlarda öne çıkmasının temel nedeni, bireylerin hastalığını kabul etmelerini ve gelecekle ilgili plan yapmalarına kolaylaştırmaktır.<sup>45,46</sup>

Akıl, beden ve ruh arasında dengenin bozulduğu hastalık varlığında hemşirelerin; bireyin kaygılarını anlamaya çalışmasının, empati yapmasının hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı, fizyolojik ve psikolojik olarak onları rahatlattığı, bakım vericisi ile alıcısı arasındaki etkileşimi artırdığı bildirilmiştir. Ayrıca spiritual bakımın hasta bireyin kendini güçlü hissetmesine, iyileşmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasına olumlu etkilerinin olduğu bildirilmektedir.<sup>46,47,48</sup>

Bu nedenle spiritual hemşirelik girişimlerinin hasta bakım uygulamalarının tamamlayıcısı olduğu vurgulanmaktadır. Spiritual bakım vermeden önce hemşirenin ayrıntılı değerlendirme yapması önemlidir Temel spiritual değerlendirme alanlarının; bireylerin, toplumsal kültürü, inançları, yaşam kalitesi, sağlık ve spritüel



stres göstergeleri, dini kimliği, spiritüel destek sistemleri ve uygulamaları olduğu belirtilmektedir.<sup>45,46</sup>

Hemşirenin bakım verdiği hastayı değerlendirebilmesi ve soruna özgü gereksinimleri doğru saptayabilmesi, uygun girişimleri planlayabilmesi açısından hemşirelerin; spiritalite konusundaki bilgi, beceri ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde olması, hasta ve ailelerinin içinde buldukları durumu onlar açısından değerlendirebilmesi gerekmektedir. Khorshid ve Gürol Arslan (2006) tarafından yapılan çalışmada hastaların spirital yönelimlere ilişkin ifadelerinin dinlenmesi ve spirital kaygı belirtilerinin değerlendirilmesinin spirital gereksinimlerine ilişkin verilerin toplanmasına rehberlik edebileceği belirtilmiştir.<sup>46</sup> Son 20 yıldır hemşire araştırmacılar ve uygulayıcıları tarafından hemşirelik bakımında spirital bakımın önemi kanıtlanmış olmasına karşın, araştırmalar; hemşirelerin bakımın spirital alanına ilişkin rollerinin kötü/yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle sağlık bakım sistemindeki ekibin 24 saat hizmet veren bir üyesi olarak çalışan hemşirelerin spirital bakım konusundaki bilgi, beceri ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde olmasını zorunlu kılmaktadır.<sup>46</sup>

### Reiki ile iyileşme

Yaşam enerjisini temel alan iyileşme yöntemleri insanlık tarihi boyunca var olmuştur. Enerji tedavileri antik çağlardan beri varlığını sürdüren şifa yöntemleri olarak kullanıldığı gösterilmiştir. Bu tedaviler ilaç ve cerrahi yaklaşımların aksine, insanları enerjiyle iyileştirmeye odaklanmıştır.

Hemşirelik bakımında enerji terapi uygulamaları yeni iyileştirme uygulaması değildir.<sup>49</sup> Martha Rogers bu iyileştirme kavramı ve uygulamasını 50 yıldan daha uzun süre önce hemşirelik literatürüne kazandırmıştır. Bir enerji terapisi olan terapötik dokunma, Rogers'ın teorisinden etkilenen ve New York Üniversitesi'nde çalışan Dolores Krieger ve Dora Kunz tarafından 1970'lerde geliştirilmiş bir Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT) yöntemidir.<sup>50</sup> Reiki yönteminde enerji, elle dokunularak aktarılır. Hasta bakımında dokunarak mesleğini icra eden bakım sağlayıcı hemşire aynı zamanda evrensel yaşam enerjisini aktaran bir araçtır, akan ve oluşan enerjiyi aktarır. Aktarılan enerji reiki alıcısının gereksinimine göre belirlenir. Enerji terapileri genel sağlık- iyilik halinin, relaksasyonun sağlanması ve birçok kronik hastalığın

semptomlarının azaltılması ya da tamamen giderilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Sağlık sorunlarının tedavisinde enerji terapilerinin etkinliğini destekleyen kanıta dayalı çalışmalar bildirilmiş ve rutin hemşirelik bakımı uygulamalarına enerji terapileri dahil edilmiştir.<sup>51,52</sup>

### İyileştirici Sağlık Bakımında Hemşirenin Rolü

İnsanlar, sağlığını sürdürme ya da hastalık varlığında sağlık sorunları ile başa çıkmada sağlık alanında hizmet veren "profesyonel" ya da uzman kişilerin yardımına gereksinim duyarlar. Hemşirelerin kendi sağlıklarını korumalarının yanında, hastaların yaşamlarının sürdürülmesinde ciddi sorumlulukları vardır. Hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi hastalık varlığında ise iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinden sorumlu olan bir sağlık disiplindir. Sağlık hizmetleri alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşirelik bakım felsefesini etkilemiştir. Hemşirelikte bakım felsefesi ve bakım verme, hemşirenin etkin olduğu, birey ya da toplumun sağlıklı ilgili gereksinimlerini belirleme, sağlıklarını koruma, sürdürme, hastalık ya da sorun varlığında ise; bireyi rahatlatma, bilgilendirme ve değerlendirme işlevleri ile birlikte bireyin çevresini algılama, moral ve etik değerlerini önemsemeyi gerektirir.<sup>53</sup>

### Hemşirelikte Kişilerarası Bakım İlişkisinin Önemi:

- Hastalıkla ilişkili olmaksızın hemşire, bireyin değerli ve bütün olduğunu düşünür.
- Hemşire, bireyin itibarını, bütünlüğünü koruma, iyileşme sürecini geliştirme- arttırma bilinci ve niyetindedir bireyle moral bağlantı kurar.
- Hemşire bireyin subjektif önemini doğrulayan niyet, istek ve hislerine odaklanır.
- Hemşire alitta yatan durumu fark etme, doğru bir şekilde saptama ve ruhsal durum ile bağlantı kurma yeteneğine sahiptir.
- Hemşire, bireyin iletişimde katkısı olan sözcükleri, davranışları, duyguları, düşünce, his ve enerji alanlarını fark eder.
- Hemşire, dünyadaki diğer insanların durumunu fark etme, değerlendirme yeteneğine sahiptir. Bu yetenek; hareketler, jestler, yüz ifadeleri, işlemler, bilgi, dokunma, sözel ifadeler ve diğer bilimsel, estetik ve sanat kap-

samındaki girişimler yoluyla olur. Bu yetenek, geliştirilmiş bakım-iyileştirme yöntemlerine, hemşirelik sanatına, geliştirilmiş hemşirelik tedavilerine ve iyileştirme sanatına dönüşür.

- Hemşire, doğal iyileşme sürecini engelleyen uyumsuzluk ve enerji blokajlarının bir kısmını azaltarak bakım-iyileştirme yöntemlerinin uyum, bütünlük ve yararlı bir şekilde sunulmasını sağlar.<sup>53</sup>
- Hemşireliğin bakım verici rolünün özünü iyileştirme süreçleri oluşturur. İyileştirme bireyi bilme, birlikte olma, onun için eylemde bulunma ve onun yaşamını kolaylaştırma gibi birden çok eylemi gerektirir. İyileştirici bakım sürekli ilişkiye dayanır. Hasta ve hemşire iyileşme sürecinin ortaklarıdır. Hemşireler hastaların iyileşme yolculuklarında yanında olarak iyileşme sürecini hızlandırır. İyileştirici bakım, hastalığın şiddetini azaltmak ve ortadan kaldırmak için yapılan hemşirelik girişimlerinin tümünü içerir. Hastalığın şiddeti arttıkça uygulanan girişim sayısı artar ve çeşitlenir.<sup>7</sup>

Teknolojik, sosyo-ekonomik ve çevresel etmenlere bağlı olarak hemşirelik mesleğinin rolleri farklılaşmakta, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve tedavi aşamasında hemşirelere farklı görevler düşmektedir. Bu durum bireyin iyileşmesi sürecinde tıbbın tedavi ve girişimlerin yanında, hemşireliğin iyileştirici bakım verici

rolü ve yönünün güçlendirilmesini gerektirmektedir. Bununla birlikte bireyin sağlık ve iyilik durumunu koruyabilmesi- sürdürebilmesi için bireyin farkındalık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık bakımında daha fazla rol alması sağlanmalıdır.<sup>1,3,53</sup>

### Sonuç

Bireyin sağlık durumunun bozulması ya da kötüleşmesi durumunda günümüzde çeşitli tedavi edici-iyileştirici hemşirelik bakım yaklaşımları-yöntemleri kullanılır. Bu yöntemlerden bazıları hemşireler tarafından uygulanırken bazıları ise hasta hasta ve ailesinin bakıma aktif katılımını gerektirmektedir. Hastalık ya da sağlık sorunu olan bireylerde iyileştirme yaratabilmenin yolu; güven, umut, inanç, insan onuruna saygı, bakımda adil yaklaşım ve bilimsel birikimle yoğrulmuş profesyonel hemşirelik bakım yaklaşımıdır. Sağlık bakımı alan bireyi bilme, birlikte olma, onun için eylemde bulunma ve onun yaşamını kolaylaştırma iyileştirme açısından önemlidir. İyileştirici bakım süreci sürekli ilişkiye dayanır, hasta ve hemşireler iyileşme sürecinin ortaklarıdır. Hemşireler, hasta bireylerin iyileşme yolculuklarında onların yanında olarak, çeşitli iyileşme yöntem-tekniplerini kullanarak ya da hastaların kendi-ailelerine öğreterek onların iyileşme süreçlerine aktif katılımını sağlar ve hastaların tedavi-iyileşme süreçlerinde fark yaratabilir.

### Kaynaklar

1. Velioglu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Akademi Basın Yayın, İstanbul, 2012;s.93-102.
2. Arslan Özkan H. Hemşirelikte Bilim Felsefe ve Bakımın Temelleri. Akademi Basın Yayın, 2014, İstanbul.
3. Kahraman S. Modern ve postmodern düşünceler hemşirelik felefesini etkiledi mi?. CÜ. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12(2):56-61.
4. Watson J. Jean Watson: Theory of human caring. In: Parker, M.E. (Ed), *Nursing Theories and Nursing Practice*. 2nd ed., Philadelphia: FA Davis Company 2005b;295-305.
5. Öner Altıok H, Şengün F, Üstün B. Bakım kavram analizi. *DEUHYO ED*. 2011; 4 (3):137-140.
6. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012; (3):66-74.

7. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm Florianópolis* 2007;16(1):129-35.
8. Akça Ay F. Mesleki temel kavramalar. Ed:F Akça Ay *Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2008;s.40-42.
9. Smith J. The idea of health: A philosophical inquiry. *Adv Nurs Sci* 1981;3:43-50.
10. Swanson KM, Wojnar, D. Optimal healing environments in nursing. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2004;10: 43-48.
11. Scott JG, Cohen D, Diccico-Bloom B, Miller WL, Stange KC, Crabtree BF. Understanding healing relationships in primary care. *Annals of Family Medicine*. 2008;6(4):315-321.
12. Watson J. *Nursing: Human science and human care*. New York: Jones & Bartlett Learning, 1nd Revised edition, 2008.

13. Arslan Özkan İ, Okumuş H. Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012;2;61-72.
14. Cortis JD, Kendrick K. Nursing ethics, caring and culture. *Nurs Ethics* 2003;10 (1):77-88.
15. Sherwood GD. Meta-synthesis of qualitative analysis of caring: defining a therapeutic model of nursing. *Advanced Practice of Nursing Quarterly* 1997;3: 32-42.
16. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 196-204.
17. Akkuş Topçu S. Hemşirelik uygulamaları ve eğitiminde tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2009; 6 (2):5-9.
18. Yeldham M. Combining complementary therapies and nursing skills to supplement healing. *Aust J Holist Nurs* 2000;7( 1 ):21-25.
19. Krieger, D. (1997). Therapeutic Touch Inner Workbook. New Mexico: Bear and Company, Inc. Lampmann, F. (1998). A frontier of medical research: Prayer. *Christian Science Monitor*, 90, 4-8.
20. Sungur Ergeneoğlu A, Aytuğ A. Sağlık kurumlarında değişen paradigmlar ve iyileştiren hastane kavramının mimari tasarım açısından irdelenmesi. *MMGARON YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi* 2007; 2(1):44-63.
21. Bhowmik SR. Incorporation of healing environment in the ICU. *Sinhgad e-Journal of Nursing* 2011; 1(1):10-12.
22. Cohen Mansfield J, Werner P. Outdoor wandering parks for persons with dementia: A survey of characteristics and use, *Alzherms Disease and Associated Disorders*. 1999; 13(2):109-117, Lippincott Williams and Wilkins, USA.
23. Akın G. İnsan sağlığı ve çevre etkileşimi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi* 2014;54, (1) 105-116.
24. Teksöz E, Ocakçı AF. Çocuk hemşireliği'nde sanat uygulamaları. 2014). *DEUHYO ED* 2014;7(2), 119-123.
25. Aydın B. Tıbbi sanat terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(1):69-83.
26. Wiedenbach E. The helping art of nursing. *American Journal of Nursing* 1963;63(11) 54-57.
27. Spaniol S. Art and mental illness: where is the link? *The Arts in Psychotherapy* 2001;28:221-232.
28. Monti AD, Peterson C, Kunkel SJE, Hauck WW, Pequignot E, Rhodes L et al. A randomized, controlled mindfulness based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psychooncology* 2006;15:363-373.
29. Aydın A. Hemşirelik ve mizah. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 9 (1).
30. Bar-Sela G, Atid L, Danos S, Gabay N, Epelbaum R. Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psychooncology* 2007; 16:980-984.
31. Yardımcı İ. Mizah Kavramı ve Sanattaki Yeri. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2010; 3(2): 1-41.
32. Arslan Özkan H: Mizahın aile üzerine etkisi, Ed: S Kuşuoğlu, BC Demirbağ Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2015 Ankara.
33. Klein A. "Mizahın İyileştirici Gücü" (Çev: Sibel Karayusuf), Epsilon Yayınları, 1999, İstanbul.
34. Karamızrak N. Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Heart Journal* 2014; 17(1):54-57
35. Çoban A. Müzikterapi. Ruh Sağlığı İçin Müzikle Tedavi. İstanbul: Timaş Yayınları; 2005;40-58.
36. Gençel Ö. Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2006; (14)2: 697-706 .
37. World Federation of Music Therapy, Bulletin. 1997; 1, July, s.1
38. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research* 2009; 23(4):242-244.
39. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing* 2005; 23(1): 19-33.
40. Çetinkaya B, Altındağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;8(1):47-50.
41. Carpenter K, Girvin L, Kitner W et al. Spirituality: A dimension of holistic critical care nursing. *Dimens Crit Care Nurs* 2008; 27(1):16-20.
42. McEwen M. Spiritual nursing care. *Holistic Nursing Practice* 2005; 19(41):161 -168.
43. Öz F. İnsan, spiritual gereksinimler ve hemşirelik. *Klinik Bilimler ve Doktor* 2004; 10, 266-273.
44. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 2006;5: 885-896.
45. Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(1):51-58.

46. Khorshid L, Gürol Arslan G. Hemşirelik ve spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006; 22 (1): 233-243.
47. Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *American Psychological Societ.* 2001;10(1): 21-24.
48. Como JM. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic Nursing Practice* 2007;21(5):224-236.
49. Sağkal T, Eşer İ. Hemşirelikte yeni bir uygulama: reiki dokunma terapisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011;4 (1):182-189.
50. Rogers M. Nursing: a science of unitary human beings. In: *Conceptual Models for Nursing Practice*, 3rd edn (ed. J. P. Riehl-Sisca), 1989; pp. 181-188. Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut.
51. Singg S. Use of Reiki as a biofield therapy: An adjunct to conventional medical care. *Clin Case Rep Rev*, 2015; 1(3):54-60.
52. Erdoğan Z, Çınar S. Reiki:eski bir iyileştirme sanatı-modern hemşirelik uygulaması. *Kafkas J Med Sci* 2011; (2):86-91.
53. Arslan Özkan H, Çıtak Tunç G. İyileştirici bakım modelleri ve hemşirelik, Ed: H. Arslan Özkan. *Hemşirelikte Bilim Felsefe ve Bakımın Temelleri*. Akademi Basın Yayın, 2014, İstanbul.

## Üriner İnkontinans Tedavisinde Önerilen Yaşam Biçimi Uygulamalarına Güncel Yaklaşım

### Current Approach to the Application of Lifestyle on the Urinary Incontinence Treatment

Merve KADIOĞLU<sup>a</sup>, Nezihe KIZILAKAYA BEJİ<sup>b</sup>

**ÖZET** Üriner inkontinans, kadınların yaşam kalitesini etkileyen, fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkisi olan yaygın bir durumdur. Farmakolojik ve cerrahi tedaviler dışında, yaşam tarzı değişiklikleri, davranışsal, fiziksel ve tamamlayıcı müdahaleler üriner inkontinans semptomlarını hafifletmek için uygulanan tedavi yaklaşımlarıdır. İnkontinanslı hasta için en az invaziv ve en az tehlikeli yöntemin ilk seçenek olması önerilmektedir. Bu nedenle üriner inkontinans semptomlarını azaltmaya yönelik farmakolojik ve cerrahi olmayan yöntemler oldukça önemlidir. Bu derlemenin amacı; yaşam biçimi uygulamalarının (kilo kaybı, sigara tüketimi, diyet bileşenleri, sıvı alımı, egzersiz ve bağırsak alışkanlığı) üriner inkontinans semptomları üzerindeki etkisini güncel çalışmalar doğrultusunda incelemektir.

**Anahtar Kelimeler:** İdrar kaçırma, üriner inkontinans, yaşam biçimi

**ABSTRACT** Uriner incontinence is an widespread situation which effects the life quality of the womens on pshological, phsical and social ways. Apart from changing of pharmacological and surgical treatments, the life tendency, behavioral, phsical and complemantary implementation are the way of treatments of to lighten the UI symptoms. It's recommended that for the patient with UI the least dangerous and invasive method is the first option so that, unsurgical and pharmalogic methods are very important decrease UI symptoms. The aim of this article review the effects of the life tendancy implamentations (lose weight, smoking, diet, liquid consuming, exercise and bowel habits etc.) on the UI symptoms under the light of the recent studies.

**Keywords:** Urinary incontinence, lifestyle

#### Giriş

Üriner inkontinans (Üİ), yaş ile beraber görülme sıklığı artan, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan, sosyal ve hijyenik problemlere yol açan istemsiz idrar kaçırma durumudur. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha fazladır. Anneliğe ilişkin gebelik, doğum gibi faktörlerin yanında menopoz, sistosel, rektosel, uterus prolapsusu, histerektomi gibi operasyonlar, idrar yolu enfeksiyonları, obezite ve genetik faktörler Üİ'ın oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir.<sup>1</sup>

Üİ, gizli toplumsal bir epidemi olduğu için gerçek sıklığını tespit etmek zordur. Çeşitli araştırmalarda, kadınlarda Üİ prevalansı birbirinden çok farklı bulunmuştur. Üİ prevalansı,

çalışılan popülasyonun yaşına ve inkontinans tanımlama kriterine göre %3 ile %55 arasında değişmektedir. Yaş ilerledikçe Üİ şikayeti daha çok görülmekle beraber, genç ve orta yaşlı kadınlarda da prevalansı %12 ile %42 gibi geniş bir aralık göstermektedir.<sup>2</sup>

Fiziksel ve psikososyal anlamda yıpratıcı olan bu durumu yaşayan kadınların, üriner inkontinans bulguları olmayanlara göre öz güveni düşük, anksiyete düzeyleri yüksek, sosyal izolasyona yatkın oldukları belirlenmiştir.<sup>3</sup> Bu sorunu yaşayanlar; kendilerini “garip veya başkalarından farklı” hissettiklerini, altlarına kaçırma korkusu ile toplu taşıma araçlarından, evden mesafe olarak çok uzaklaşmaktan ve cinsel ilişkiye girmekten kaçındıklarını belirtmişlerdir.<sup>4</sup> Buna rağmen

Geliş Tarihi/Received: 18-11-2015/ Kabul Tarihi/Accepted: 24-06-2016

<sup>a</sup> Research Assistant, M.Sc ,Istanbul University Florence Nightingale School of Nursing

<sup>b</sup> Prof., PhD, Biruni University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, e-mail: [nezihebeji@yahoo.com](mailto:nezihebeji@yahoo.com)

Sorumlu yazar /Correspondence: Merve Kadioğlu, Research Assistant, M.Sc ,Istanbul University Florence Nightingale School of Nursing, Department of Women's Health and Diseases Nursing, Sisli 34387, Istanbul, Turkey, E-mail: [kadioglumerve@gmail.com](mailto:kadioglumerve@gmail.com)

**Atf:** Kadioğlu M, Kızılkaya Beji N. Üriner İnkontinansın Tedavisinde Önerilen Yaşam Biçimi Uygulamalarına Güncel Yaklaşım. HSP 2016;3(3):201-207

**To cite this article:** Kadioğlu M, Kızılkaya Beji N. Current Approach to the Application of Lifestyle on the Urinary Incontinence Treatment. HSP 2016;3(3):201-207

kadınların pek çoğu, idrar kaçırmanın “yaşa bağlı normal olduğu” düşüncesi ve “muayene olmaksızın çekindikleri” için sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır.<sup>1</sup>

Üİ tedavisi, hastalığın derecesine göre planlanmakla beraber inkontinanslı hasta için en az invaziv ve en az tehlikeli yöntemin ilk seçenek olması önerilmektedir.<sup>4</sup> Bu nedenle Üİ semptomlarını azaltmaya yönelik farmakolojik ve cerrahi olmayan yöntemler oldukça önemlidir. Ayrıca Üİ’ın görülme sıklığı ve rahatsız edici doğası göz önüne alındığında, kadınların mesane semptomlarını kontrol etmek amacıyla yeni yaşam biçimi değişikliklerini benimsemeye istekli olmaları mümkündür. Bu konuda bilgilendirilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duyabilirler.<sup>1</sup> Sağlık personelinin de, önerilen yaşam biçimi uygulamalarının Üİ üzerinde etkileri hakkında kanıt temelli bilgiye sahip olmaları kaçınılmazdır. Bu sebeple, önerilen yaşam biçimi uygulamalarının Üİ üzerinde etkinliğinin güncel çalışmalar üzerinden irdelemesi amaçlanmıştır.

#### Yaşam Biçimi Uygulamaları

Yaşam biçimi, her gün bilinçsiz olarak yapılan, sağlığını olumlu veya olumsuz olarak etkileyen alışkanlıklardır.<sup>6</sup> Sağlıklı yaşam biçimi uygulamaları; hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için önerilen primer davranışlardır.

Üİ’ın primer tedavisin de amaç; “hastaya zarar vermeden, en az girişimle Üİ semptomlarını hafifletmek ve sağlıklı yaşam biçimi uygulamalarını kazandırarak yaşam kalitesini artırmak” olmalıdır.<sup>4</sup>

Yaşam biçimi uygulamalarının, Üİ üzerine etkisi ile ilgili yeterli çalışma olmamasına rağmen, Üİ başlangıcında ya da sonrasında semptomların azalmasında önemli rol oynadığı için sağlık personeli tarafından idrar kaçırma şikayeti olan hastalara tavsiye edilir.<sup>7</sup> Avrupa Üroloji Birliği’nin 2013 yılında yayımlanmış olduğu rehberde, yaşam biçimi uygulamalarının Üİ semptomları üzerine etkisi ve kanıt düzeylerine yer verilmiştir (Tablo1).

Bu uygulamalar;

- Kilonun verilmesi,
- Aşırı/yetersiz sıvı alımının düzenlenmesi,
- Kafeinli içeceklerden uzak durulması,
- Alkol tüketiminin azaltılması,
- Pelvik taban kaslarının aşırı gerilmesine neden olan ağır aktivitelerin kısıtlanması,

- Sigaranın bırakılması,
- Bağırsak alışkanlığının kazanılması (kabızlığın önlenmesi) şeklindedir.

#### Beden Kitle İndeksi (BKİ)/ Kilo Kaybı

Obezite ve artmış BKİ, başta stres inkontinansı olmak üzere inkontinansın risk faktörlerinden biridir.<sup>8,9</sup> Obezite ve inkontinans arasındaki ilişkiyi belirleyen pek çok araştırma mevcuttur.<sup>4-13</sup> Bir yıl boyunca prospektif olarak takip edilen BKİ 30 kg/m<sup>2</sup> den fazla olan kadınlarda, idrar kaçırma ya da aşırı aktif mesane (AAM) semptomlarının gelişmesinin daha olası olduğu belirlenmiştir.<sup>4</sup> Thubert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada morbid obez kadınlarda idrar kaçırma rölatif riski normal kiloda ki kadından beş kat daha fazla çıkmış, %10 ağırlık kaybı %50 üriner sızıntı sıklığını azaltmıştır.<sup>10</sup> Ülkemizde yapılan, 1023 kadının katıldığı toplum tabanlı bir çalışmada, 50 yaş üzeri kadınlarda BKİ 25 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olanlarda inkontinans görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir.<sup>11</sup>

Avrupa Üroloji Birliği (European Association of Urology) ve ACP (American College of Physicians) klavuzlarında, kilo vermenin önerilme derecesi kanıt A düzeyindedir.<sup>14,15</sup> Subak ve arkadaşlarının yapmış olduğu randomize kontrollü bir çalışmada, toplam beden ağırlığının % 5-10 civarında kilo kaybının, idrar kaçırma ataklarında %54 oranında azalma meydana getirdiği rapor edilmiş ve aynı grubun altı aylık süre içinde iyileşmelerinin devam ettiği bildirilmiştir.<sup>12</sup> Aynı grupta yapılan daha küçük bir çalışmada üç aylık kilo verme programına kayıtlı kadınların beden ağırlığının %5’inin kaybının, kayda değer bir oranda idrar kaçırma ataklarını azalttığı rapor edilmiştir.<sup>16</sup> Yapılan bir meta analiz çalışması, cerrahi olmayan (gastrik bypass veya mide kelepçesi ameliyatı gibi) kilo kaybının, obez kadınlarda üriner inkontinans tedavisinde standart uygulamanın bir parçası olarak kabul edilmesi gerektiğini göstermiştir.<sup>13</sup>

Gastrik bypass veya mide kelepçesi ameliyatını takiben oluşan önemli kilo kaybının (fazla kilonun %50’si) Üİ’ a özellikle kaçırma durumuna iyi geldiğine dair kanıtlar mevcuttur.<sup>17</sup> Bu durum sadece morbid obeziteye sahip kadınların tek başına diyet ile elde edemeyeceği kilo kaybı hedefi olanlara uygulanabileceğinden bu sonuçların dikkatle yorumlanması gerektiği ve kesinlikle tek başına Üİ’ın, cerrahiye bağlı kilo kaybı için primer bir endikasyon olarak kabul edilmemesi önerilmektedir.<sup>4</sup>

### Sıvı Alımı

Sıvı alımını değiştirmek konusunda kanıtlar çelişkili ve sıvı alımının azaltılmasına yonelik kanıtlar C duzeyindedir.<sup>14</sup> Aşırı sıvı alımı, Üİ'ı ve AAM semptomlarını artırabilirken, sıvı kısıtlaması da dehidratasyon, konstipasyon ve idrar konsantrasyonunun artmasına neden olabilir. İdrar konsantrasyonundaki bu artış mesane mukozosunda iritasyonu ve acil idrar yapma hissini, sık idrar yapmayı ve idrar yolu enfeksiyonlarını tetikleyebilir.<sup>3,18</sup> Bu nedenle; yetersiz ya da aşırı miktarda sıvı alan kadınlara tavsiyelerde bulunurken, kişiye özel bir girdi-çıktı gnlđđ yardımıyla yeterli sıvı alımı ykws alınarak, BKİ, egzersiz yapma duzeyleri, beslenme şekli ve hava koşulları dikkate alınmalıdır.<sup>4,17</sup> Kadınlr için genel kural; her 24 saat de vücut ağırlığının her kilogramı için (kilogram başına) 24 mililitre (ml) sıvı alınması şeklinde olmalıdır.<sup>17</sup> Randomize çalışmada beş hafta boyunca günlük sıvı alımını değiştirmenin idrar kaçırma üzerinde hiçbir etkisi bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır.<sup>19</sup> Diğer bir çalışma ise detrüsör aşırı aktivitesi olan kadınlarda sıvı alımı artışının sıkışma durumlarını artırdığını ve üç hafta boyunca sıvı alımının azaltılmasının sıklık, sıkışma ve idrar kaçırma durumlarını azalttığını raporlamıştır.<sup>20</sup> Diğer yandan 35-79 yaş arası 65 bin 179 kadın ile yapılan bir kohort çalışmasında, toplam sıvı alımı ile inkontinans görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda kadınlrın idrar kaçırma gelişimini önlemek için, sıvı alımının kısıtlanmaması gerektiği önerilmiştir.<sup>21</sup> Hashim ve ark. tarafından yapılan çalışmada, sıvı alımındaki %25'lik azalma AAM semptomlarını azaltmakla beraber Üİ'ı azaltmadığı saptanmıştır.<sup>20</sup> Üİ Şikayeti olan, özellikle AAM'li hastalarda, gece uyumadan dört saat önce sıvı alımından kaçınılması, yatmadan önce mesanenin boşaltılması, akşam saatlerinde sulu meyve ve sebze tüketiminden kaçınılması gibi neriler Üİ, noktüri, AAM ile başa çıkabilmesi ve uyku kalitesinin arttırılması açısından önemli olabilir.<sup>20</sup>

### Kafein Alımı

Kafein günlük yaşamda pek çok yiyecek ve içecekte bulunan bir maddedir. Kafeinin detrüsör kasılması üzerindeki uyarıcı etkisi nedeniyle, detrüsör basıncını önemli derecede artırarak alt ri-ner sistem semptomlarını (ASS) etkilediği düşünülmektedir.<sup>19</sup>

Kafein alımının Üİ zerine etkisini araştıran çalışmalarda çelişkiler olmasına rağmen pek çok bulgu kafein tüketiminin azaltılmasının idrara sıkışma ve idrara çıkma sıklığını azalttığını,

ancak Üİ üzerinde etkili olmadığını göstermiştir. Kafein tüketimi azaltılmasının Avrupa roloji Birliği kılavuzlarındaki kanıt düzeyi B olarak belirtilmiştir.<sup>7</sup> Uluslararası Kontinans Birliği; "kafein tüketiminin azalması ile kontinansın artacağını" belirtmiştir.<sup>1</sup> İngiltere'de 2244 kadın ile yapılan kesitsel bir çalışma da; kafein tüketiminde "alınan miktarın" nemli olduğu ve kafein tüketim miktarı ile AAM semptomları arasında pozitif ilişki bulunduğu ortaya konmuştur. Ayrıca bir bardak içindeki çay (tea bag) miktarı ve tüketilen kahve sayısı (bardak olarak) arttıka AAM semptomlarında da artış olduğu belirlenmiştir.<sup>22</sup> eşitli gözlemsel çalışmalar 100 mg/gün üzerinde kafein alımı ile idrar yapma sıklığı ve idrar kaçırma arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir.<sup>23</sup> 27 bin 936 kadın ile yapılan kesitsel bir çalışmada, kahve alımının önemli bir etkisi bulunmazken, çay tüketenler tüm inkontinans tipleri açısından biraz daha riskli bulunmuştur.<sup>24</sup> Başka bir çalışmada; kahve tüketimi ile Üİ arasında ilişki bulunmazken, çay tüketenlerde AAM semptomları ve noktüri görülme sıklığı daha fazla bulunmuştur.<sup>25</sup> rodinamik değerlendirmede kafeini günlük olarak yüksek dozda tüketen kadınlrın, günlük olarak minimum dozda tüketen kadınlara göre 2,4 kat daha fazla detrüsör aşırı aktivitesi sergileyebilecekleri tespit edilmiştir.<sup>26</sup> Bir randomize kontrollü çalışmada, bir ayda mesane eğitimi yanında kafein alımının da (100 mg/gün altına) azaltıldığı grup ile tek başına mesane eğitimi uygulanan grup karşılaştırıldığında her ikisi (mesane eğitimi ve kafein kısıtlaması) uygulanan grubun sıklık ve sıkışma durumlarının daha çok azaldığı gösterilmiştir.<sup>27</sup> Bu doğrultuda; günlük kafein tüketiminin kısıtlamasının tek başına Üİ üzerinde etkili olmadığı, AAM semptomlarını, sıkışma ve idrara çıkma sayısını azalttığı söylenebilir.

### Alkol

Alkol, mesaneyi uyarıcı etkisi ve diüretik özelliği nedeniyle inkontinansa sebep olabilir. Mesaneyi uyarıcı etkisinden dolayı (anekdotal kanıt), özellikle AAM semptomları ile ilgili rol oynadığı düşünülmektedir.<sup>4,28</sup> Bazı alışmalar, artan Üİ ile alkol tüketimini ilişkilendirmiştir.<sup>25,26</sup> Ancak iki kesitsel çalışmada ise alkol kullanımı ve sıkışma semptomları arasında hiçbir ilişki olmadığı saptanmıştır.<sup>25,26</sup> Alkol tüketiminin Üİ tipleri veya sıkışma üzerine etkilerini açıklamak için ileriye dönük çalışmalara gereksinim vardır.

### Diyet ve Bileşenleri

İnkontinansa (özellikle urge inkontinansa), birçok gıda maddelerinde mesane irritasyonu başlatma veya arttırmada önemli rol oynadığı bilinmektedir. Üİ hastalarına genellikle konstipasyon riskini önlemek için lifli gıdaları tercih etmeleri, mesane irritasyonunu tetikleyebileceği için domates, bal, gazlı/asitli içeceklerden, baharatlı ve şekerli yiyeceklerden uzak durmaları önerilir.<sup>29</sup> Ancak besin öğelerinin (makro/mikro) Üİ semptomları üzerine olumlu/olumsuz etkilerini araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Besin öğelerinin Üİ başlangıcı üzerindeki etiyolojisinin belirlenmesi, tedavi sürecinde beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve yeni beslenme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Belirli gıdaların AÜSS gelişme riskini artırdığı veya azalttığı ile ilgili bazı kanıtlar vardır.<sup>4,30,31</sup> Orta yaşlı 5816 kadın ile yapılan, bir yıllık takip süresine sahip büyük bir kohort çalışmasında tavuk ve sebzenin yeni başlangıçlı AAM riskini azalttığı, ekmeğin ise yeni başlayan AAM ve SÜİ riskini azalttığı bulunmuştur.<sup>30</sup> Gazlı içeceklerin AAM semptomlarının ortaya çıkma riskini artırdığı, yağ ve kolesterol içeren besinlerin idrar kaçırma için yatkınlık oluşturduğu belirtilmiştir.<sup>30</sup> Ayrıca 3 besin öğesinin AAM oluşumu üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.<sup>31</sup> Vitamin D, protein ve potasyum ağırlıklı beslenenlerde AAM semptomlarının görülmesi anlamlı derecede düşük bulunmuştur.<sup>31</sup> Ancak, literatürde bildirilen hiçbir çalışma prospektif olarak yukarıdaki diyet bileşenlerinden herhangi birinin değiştirilmesinin AÜSS üzerine etkisini incelememiştir. Vitamin D'nin pelvik taban kas disfonksiyonu ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar da mevcuttur.<sup>30</sup> Aynı araştırmacılar tarafından orta yaş (40±) 20244 kadın ile yapılmış bir yıllık izlem sonunda; toplam yağ tüketiminin (doymuş ve doymamış yağ) SÜİ'nin başlama riskini artırdığı, ayrıca çinko ve B12 vitamini alanlarla SÜİ başlama riski arasında pozitif ilişki bulunmuştur.<sup>32</sup> Ancak diyet bileşenlerinin SÜİ üzerine etkilerinin kesin olarak belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.

Amerikada 2011 yılında 30-79 yaşlarında 2060 kadınla yapılan kesitsel bir sağlık araştırmasında vitamin ve minerallerin Üİ ile ilişkisi araştırılmıştır.<sup>33</sup> Vitamin C ve Kalsiyum tüketimi ile idrar depolama/idrar kaçırma arasında pozitif ilişki bulunmuştur.<sup>33</sup> Ancak vitamin C ve Beta kritoksantin (portakal, karpuz, mısır, kişniş, avakado vb.) tüketimi ile işeme semptomları arasında negatif ilişki bulunmuştur. Hastanın idrar

depolama, işeme ve kaçırma semptomları sorgulanıp, önerilen vitamin ve minerallerin doza ve kullanım formuna bağlı olarak alt üriner sistem semptomlarına katkı sağlayabileceği belirtilmiştir.<sup>33</sup>

Sonuç olarak, Üİ'nin tedavisinde önemli bir basamak olan beslenme ve diyetin düzenlenmesine ilişkin, kanıt temelli çalışmalara gereksinim vardır.

### Sigara

Geçmişte yapılan çalışmalarda sigara içmenin sıkışma ve idrar kaçırma durumlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir.<sup>34,35</sup> Sigaranın Üİ semptomlarını artıracığına dair tutarlı ve yeterli kanıt yoktur (Kanıt C).<sup>4</sup> Ancak sigara içenlerde Üİ prevalansı yüksek olabilir.<sup>4</sup> Sigara bırakmanın, Üİ semptomlarının seyri üzerine etkisine dair hiçbir kanıt yoktur (Kanıt D).<sup>7</sup> Varsayılan etkileri arasında sigaranın mesane iritasyonuna etkisi (AAM ve Üİ semptomları) ve kronik öksürük, bronşit belirtileri sonucu artmış karın içi basınç (stres üriner inkontinans) bulunmaktadır.<sup>4</sup> Tampakoudis ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içenlerde içmeyenlere göre özellikle urge üriner inkontinans daha fazla rapor edilmiştir.<sup>36</sup> Norwegian Epincont çalışması, sigara içme ile mesane kontrolü arasında "doz-yanıt" ilişkisini göstermiştir.<sup>4</sup> Üİ, sigara tüketimi (günde 20'den fazla sigara) ile ilişkili bulunmuş, sigarayı fazla tüketen kadınlarda daha fazla ve sık idrara çıkma ihtiyacı belirlenmiştir.<sup>24</sup> Ancak ciddi Üİ ile sigara tüketimi (sayısına bakılmaksızın) arasında zayıf ilişki bulunmuştur.<sup>24</sup> David ve arkadaşları tarafından SÜİ'ye bağlı tekrarlayan ameliyatlara üzerine tütün kullanımının etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmada; tütün kullanımının, SÜİ'ye bağlı tekrarlayan ameliyat artışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.<sup>37</sup> Literatürde sigarayı bırakmanın idrar tutama veya AAM üzerine etkisini inceleyen prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

### Egzersiz

Yaşa bakılmaksızın her 3 kadından biri fiziksel aktivite ve egzersiz sırasında idrar sızıntısı yaşamasına rağmen fiziksel aktivitenin ve farklı türden egzersizlerin Üİ ve tipleri üzerindeki etkisi yeterince kanıtlanmıştır.<sup>17</sup> Genellikle stres inkontinans yakınması olan pek çok kadının, özellikle idrar kaçırma korkusu ile fiziksel egzersizlerden kaçındıkları kabul edilmektedir.<sup>4</sup> Norawegian Epincont çalışmasında fiziksel aktivite (düşük seviye) Üİ için bir risk faktörü olarak saptanmıştır.<sup>24</sup> Carl ve arkadaşlarının 14-21 yaş kadın atlet-



lerde yaptıkları çalışmada, spor yaparken %25'inin SÜİ ve UÜİ semptomlarını yaşadıkları ve bu durumun %15'inin yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur.<sup>38</sup>

Kadın atletler yoğun fiziksel aktivite sırasında Üİ yaşayabilir, ancak günlük yaşantılarında bu şikayet olmayabilir (Kanit C).<sup>7</sup> Ağır/yorucu fiziksel aktivite sonraki yaşamlarında Üİ için hazırlayıcı bir faktör değildir (Kanit C).<sup>7</sup> Prospektif kohort çalışmasında orta ve ileri yaş kadınlarda fiziksel aktivitenin (orta düzey) Üİ başlama riskini artırdığı bulunmuştur.<sup>36</sup> Ancak orta düzey egzersizin Üİ riskini artıracığına dair yeterli kanıt yoktur (Kanit B).<sup>7</sup> in'de yapılan 6000 kadının dahil olduğu kesitsel bir çalışmada, sıkışma durumunun haftada en az bir kez egzersiz yapan kadınlarda ortaya çıkma olasılığının düşük olduğu bulunmuştur. Diğer alışmalar da, egzersiz yapan kadınlar ile yapmayan kadınlar arasında Üİ prevalansı açısından hiçbir fark saptanmamıştır.<sup>39</sup> Bir çalışmada gebelik öncesi yüksek tempolu egzersiz yapılmasının kadınların ilk doğumlarından sonra idrar tutamamasına zemin hazırlayabildiği, başka bir çalışmada ise düşük etkili (yüzme) egzersizlere karşı yüksek etkili (jimnastik) egzersizleri yapan sporcularda sıkışma ya da idrar kaçırma sıklığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır.<sup>40,41</sup> Farklı düzey egzersizlerin, farklı gruplar üzerinde (gebe, atletler vs.) sıkışma ve idrar kaçırma üzerine etkisini ele alan kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

### Bağırsak Alışkanlığı/Kabızlık

Kabızlıkla beraber dışkılama sırasındaki ıkınma pelvik taban ve karın içi basınç artışına neden olduğundan Üİ için bir risk faktörüdür.<sup>4,7</sup> Kabızlık yks olanlarda Üİ gelişme riski arasında ilişki vardır (Kanit C).<sup>7</sup> Kabızlığın nlenmesi Üİ semptomlarını ortadan kaldırmaz ancak konstipasyonun nlenmesi Üİ tedavisinde oldukça önemlidir (Kanit D).<sup>7</sup> Yapılan çalışmalarda, uzun süren kabızlık (haftalık olarak iki kereden daha az) ve ıkınma, sıkışma, idrar kaçırma, aşırı aktif mesane ve uterovajinal prolapsus ile ilişkili olarak gösterilmiştir.<sup>39</sup> İki farklı çalışmada AAM semptomları ile kronik kabızlık arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur.<sup>42,43</sup> Bu doğrultuda, tedavide ilk yaklaşım olarak AAM semptomlarına eşlik eden kabızlığın önlenmesi önerilmiştir.<sup>42,43</sup> Kabızlığın, alt üriner sistem semptomları üzerine etkisini inceleyen prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

**Tablo 1. Yaşam Biçimi Uygulamaları Yönelik neriler\***

| nerilen Uygulama   | Kanit Düzeyi |
|---|--------------|
| riner inkontinans yakınması olan obez kadınlara, kilo verilmesi önerilir.  | <b>A</b>     |
| Tek başına Üİ üzerinde etkili olmadığı ancak sıkışma ve idrara çıkma sayısını azalttığı için günlük kafein tüketimi kısıtlanması önerilir.                    | <b>B</b>     |
| Aşırı veya yetersiz sıvı tüketen Üİ hastalarının, yeterli miktarda sıvı almaları önerilir.  | <b>C</b>     |
| Ağır fiziksel aktivite sırasında idrar kaçırma sorunu yaşayan atletlere, bu durumun ileri yaşlarda Üİ'a yatkınlık oluşturmayacağına dair danışmanlık yapılır. | <b>C</b>     |
| Sigaranın Üİ zerine kesin bir etkisi olmamakla beraber, sigara içen Üİ hastalarına sigarayı bırakmaları için profesyonel destek almaları önerilir.           | <b>A</b>     |
| Üİ semptomlarına eşlik eden kabızlığın tedavi edilmesi önerilir.  | <b>C</b>     |

\*European Association of Urology guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence (2013)

### Sonuç

Mevcut çalışmaların çoğu; obezite, sigara kullanımı, kabızlık, kafein ve alkol tüketimi, gazlı içecekler ve bazı diyet bileşenlerini aşırı aktif mesane semptomları ve üriner inkontinans ile ilişkilendirmiştir. Ancak tüm yaşam biçimi davranışlarını kapsayan kanıt temelli, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Yüksek prevalansı, belirgin morbiditesi ve yüksek psikososyal etkilerinden dolayı inkontinans durumu sağlık personeli tarafından sorgulanmalı ve tedavi yöntemlerinin yanısıra hastaların yaşam biçimi davranışları ele alınmalıdır. Kanıt dayalı öneriler doğrultusunda davranış modifikasyonu sağlanmalı, Üİ hastalarının yaşam kalitesinin artırılması ve semptomların hafiflemesi hedeflenmelidir.

### Kaynaklar

1. Ertem G. Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi [Investigating urinary incontinence patients coping with their illness]. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi [Journal of Human Sciences ] 2009; 6(1):177-187.

2. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *JAMA* 2004;291(8):986-95.
3. Özcan H, Kızılkaya- Beji N. Üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parameter: Yaşam kalitesi [Urinary incontinence used in the evaluation of patients with an important parameter: Quality of life]. *Göztepe Tıp Dergisi [Med Med J]* 2014;29(4):236-238.
4. Nicholas Christofi N, Hextall A. An evidence-based approach to lifestyle interventions in urogynaecology. *Menopause International* 2007; 13: 154–158.
5. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol. Urodyn*2002; 21: 167-178.
6. Kıray Vural B. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi [Health Risk Appraisal and Its Important for Nursing]. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi [Journal of Cumhuriyet University School of Nursing]* 1998;2 (2): 39.
7. Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, Neisius A, Ridder DJMK, Tubaro A, Turner WH, Pickard RS. European Association of Urology guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Actas Urol Esp.* 2013;37(4):199-213.
8. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler [Urinary incontinence frequency and affecting factors in women aged over 18]. *Ege Tıp Dergisi [Ege Journal of Medicine]* 2013;52(1):15-19.
9. Asplund R, Aberg HE. Nocturia in relation to body mass index, smoking and some other life-style factors in women. *Climacteric* 2004;7:267–7.
10. Thubert T, Deffieux X, Letouzey V, Hermieu JF. Obesity and urogynecology: A systematic review. *Prog Urol* 2012;22(8):445-53.
11. Işıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. Eskişehir Alpu ilçesi 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi: Bir toplum tabanlı çalışma [Prevalance, risk factors and effects on life quality of urinary incontinence among 18 years or older women living in alpu district of eskisehir: a population based study] *Nobel Med* 2011;7(2):34-39.
12. Subak LL, Whitcomb E, Shen H. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol* 2005;174: 190– 195.
13. Ahroni JH, Montgomery KF, Watkins BM. Laparoscopic adjustable gastric banding: weight loss, co-morbidities, medication usage and quality of life at one year. *Obes Surg* 2005;15: 641– 647.
14. European Association of Urology Guidelines. <http://www.uroweb.org/guidelines>. Erişim: 01.06.2016.
15. Qaseem A, Dallas P, Ann Forciea M, Starkey M, Denberg T, Shekelle P. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2014; 161:429-440.
16. Subak LL, Johnson C, Whitcomb E. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Int Urogynecol J* 2002;13: 40–43.
17. Newman DK, Cardozo L, Sievert KD. Preventing urinary incontinence in women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013, 25: 388–394.
18. Firdolaş F, Penbegül N, Dağgüllü M. Aşırı aktif mesane tedavisinde konservatif yaklaşımlar [Conservative Treatments in the Management of Overactive Bladder]. *Turk Urol Sem* 2010; 1:27-31.
19. Dowd TT, Campbell JM, Jones JA. Fluid intake and urinary incontinence in older community-dwelling women. *J Community Health Nurs* 1996; 13:179–86.
20. Swithinbank L, Hashim H, Abrams P. The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. *J Urol* 2005; 174:187–189.
21. Townsend MK, Mary K, Jura YH, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Fluid intake and risk of stress, urgency, and mixed urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2011;205(1):73.
22. Juna H, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Gradstein F. Caffeine intake and the risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. *J. Urol* 2011;185 (5):1775-1780.
23. Tomlinson BU, Dougherty MC, Pendergast JF. Dietary caffeine, fluid intake and urinary incontinence in older rural women. *Int Urogynecol J* 1999; 10:22–28.
24. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? *The*

- Norwegian EPINCONT Study. *BJOG* 2003; 110:247–254.
25. Nygaard IE. Does prolonged high-impact activity contribute to later urinary incontinence? A retrospective cohort study of female olympians. *Obstet Gynecol* 1997; 90:718–722.
  26. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol* 2000;96:85–89.
  27. Bryant CM, Dowell CJ, Fairbrother G. Caffeine reduction education to improve urinary symptoms. *Br J Nurs* 2002;11:560–565.
  28. Maserejian NN, Minassian VA, Vatche A, Hall SA, McKinlay JB, Tennstedt SL. Treatment status and risk factors for incidence and persistence of urinary incontinence in women. *International Urogynecology Journal* 2014;25(6):775–782.
  29. Robinson D, Giarenis I, Cardozo L. You are what you eat: The impact of diet on overactive bladder and lower urinary tract symptom. *Maturitas* 2014;79:8–13.
  30. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU Int* 2003;92:69–77.
  31. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MMK. Nutrient Composition of the Diet and the Development of Overactive Bladder: A Longitudinal Study in Women. *Neurourology and Urodynamics* 2004; 23:204–210.
  32. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MMK. Diet as a risk factor for the development of stress urinary incontinence: a longitudinal study in women. *European Journal of Clinical Nutrition* 2004;58:920–926.
  33. Maserejian NN, Giovannucci EL, McVary KT, McKinlay JB. Intakes of Vitamins and Minerals in Relation to Urinary Incontinence, Voiding, and Storage Symptoms in Women: A Cross-Sectional Analysis from the Boston Area Community Health Survey. *European Urology* 2011;59:1039–1047.
  34. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:339–345.
  35. Nuotio M, Jylha M, Koivisto AM. Association of smoking with urgency in older people. *Eur Urol* 2001;40:206–212.
  36. Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults (Protocol). *The Cochrane Library* 2010, Issue 9.
  37. Sheyn D, James RL, Taylor AK, Sammarco AG, Benchek P, Mahajan S. Tobacco use as a risk factor for reoperation in patients with stress urinary incontinence: a multi-institutional electronic medical record database analysis. *International Urogynecology Journal* 2015;26(9):1379–1384.
  38. Carls C. The prevalence of stress urinary incontinence in high school and college-age female athletes in the Midwest: implications for education and prevention. *Urol Nurs* 2007;27:21–24.
  39. Song Y F, Zhang WJ, Song J, et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. *Chinese Med J* 2005;118:887–892.
  40. Eliasson K, Nordlander I, Larson B, et al. Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. *Scand J Med Sci Sports* 2005;15:87–94.
  41. Nygaard IE. Does prolonged high-impact activity contribute to later urinary incontinence? A retrospective cohort study of female olympians. *Obstet Gynecol* 1997;90:718–722.
  42. Coyne KS, Cash B, Kopp Z, Gelhorn H, Milson I, Berriman S, Vats V, Khullar V. The prevalence of chronic constipation and faecal incontinence among men and women with symptoms of overactive bladder. *BJU Int*. 2011;107(2):254–261.
  43. Kaplan SA, Dmochowski R, Cash BD, Kopp ZS, Berriman SJ, Khullar V. Systematic review of the relationship between bladder and bowel function: implications for patient management. *International Journal of Clinical Practice* 2013;67(3):205–216.

## Kayıp ve Yas Sürecinde Kardeşler

### Siblings who Are in Loss and Process of Grieving

Gizem KERİMOĞLU YILDIZ<sup>a</sup>, Serap BALCI<sup>b</sup>

**ÖZET** Çocuklar için ölüm, kavranması ve kabullenilmesi zor bir durumdur. Bu nedenle çocukların ölüme verdikleri yas tepkisi, yaş gruplarına ve içinde buldukları kültüre göre farklı şekillerde yaşanabilir. Kardeşin ölümü ise yaşayan kardeş üzerinde derin bir etki bırakabilir ve çocuğun yaşamını geri dönüşsüz bir şekilde değiştirebilir. Kardeşin ölümü nedeniyle yaşanan yas tepkileri sıklıkla uzun bir zaman sürecinde yaşanan büyük üzüntüyü ve depresyonu içerebilir. Bu deneyimi yaşayan çocuklar, özellikle hastalığın olduğu ve ölümün beklendiği süreçte ebeveynlerin de kendi yas süreçlerine odaklanmalarından dolayı, aileden sınırlı destek alabilir, daha az iletişim kurabilirler ya da ihmale uğrayabilir ve görünmez olduklarını hissedebilirler. Bu durum onların korku, öfke, anksiyete ya da depresyon yaşamalarına neden olabilir. Hemşireler, hastalık sürecinin her aşamasında aile, hasta çocuk ve kardeşle iletişim halinde olmaları nedeniyle kardeşlerinin ölümünü yaşayan çocukları desteklemede, sağlık personelleri arasında önemli bir role sahiptir. Hemşire, yas sürecindeki ebeveynlere ve kardeşlere vereceği eğitim ve uygun yaklaşımla yas sürecini uyumlu bir şekilde yaşayabilmelerine destek olabilir ve uyumsuz yas süreci yaşayan ebeveynleri ve çocukları erken dönemde fark edip, girişimlerini buna göre planlamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Yas süreci, kardeş, hemşire

**ABSTRACT** Death is a hard situation to understand and accept for children. Therefore the grieving reaction of children in death situation may be different regarding to age group or cultural back ground of children. Death of a sibling may make a profound impact to the living sibling and may make irreversible changes in the living sibling's life. Grieving reactions which are caused by the death of siblings can commonly cause major sorrow and depression. Children who experienced this situation can get less support from their parents because of parents' own grief or they can communicate less and may feel neglected and invisible. This situation may cause them to feel frightened, angry, anxious and depressed. Nurses have an important role among the other health care professionals to support the children who experienced sibling's death because nurses are always in touch with parents, sick children and their siblings at every stages of disease process. Nurse can support parents and siblings to live their grief process in a harmonious way by appropriate approach and education or nurses may notice earlier parents and siblings who are living the grief process inappropriately and should plan the nursing interventions according to them.

**Keywords:** Process of grieving, sibling, nurse.

#### Giriş

Kayıp, birey için önemli ve değerli nesnelere (kişi, organ, işlev, obje, hayvan vb.) yitirilmesi ya da ölüm sonucu kişinin hayatından uzaklaşması anlamına gelmektedir. Ölüm, evrensel bir olgudur ve aslında doğmak kadar yaşamın bir parçası ve doğal bir süreçtir. Ancak kayıp yaşayan kişiye acı ve keder duyguları yaşatır ve birey yas sürecine girer.<sup>1</sup>

#### Çocuklar ve Ölüm Algısı

Çocuklar için ölüm, kavranması ve kabullenilmesi zor bir durumdur. Ancak kaçınılmaz bir durum olması nedeniyle çocuk, anne-babasını, aile büyüklerini (büyükanne/büyükbaba), kardeşini ve arkadaşını kaybederek ölüm ile karşı karşıya kalabilir.<sup>1,2</sup> Çocuklar bir kayıp karşısında çok farklı tepkiler gösterebilirler ve yas süreci her za

Geliş Tarihi/Received: 15-08-2016 / Kabul Tarihi/Accepted: 28 -09-201

<sup>a</sup>Araştırma Görevlisi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, E-mail:gizemkrm@gmail.com

<sup>b</sup>Yard. Doç.Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**Sorumlu yazar /Correspondence:** Gizem Kerimoğlu Yıldız, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abidei Hürriyet cad. Şişli İstanbul, E-mail:gizemkrm@gmail.com

**Atf:** Kerimoğlu Yıldız G Balcı S. Kayıp ve Yas Sürecinde Kardeşler. HSP 2016;3(3):208-215

**To cite this article:** Kerimoğlu Yıldız G Balcı S. Siblings who Are in Loss and Process of Grieving. HSP 2016;3(3):208-215

man erişkinlerde izlenen süreci izlemeyebilir.<sup>1,3</sup> Çocuklarda yas, yaş gruplarına ve kültüre göre farklı şekillerde yaşanabilir. Bunun yanında çocukların ölümü algılamasında bilişsel ve psikososyal gelişim düzeyi, aile üyeleri arasında yaşadığı ölüm deneyimleri, yakın arkadaşlarının ölümü, ebeveynlerin tepkileri, destek sistemleri ve ailenin inançları gibi faktörler de rol oynanabilir.<sup>4</sup> Çocukların ölüm ve sonuçlarını dört yaşından sonra anlamaya başlayabileceği belirtilse de çocuğun ölümüne ilişkin algısı; olgunluğuna, bireysel deneyimlerine ve ölümün sonuçlarını anlayabilmesine göre değişiklik gösterebilir.<sup>5,6</sup> Daha önce ölüm deneyimi olan bir çocuk ölen kişinin gittiğini ve bir daha geri dönmeyeceğini bilir.<sup>5</sup> Çocukların ölümü algılayabilmeleri için ölümün 4 önemli özelliğini; geri dönüşsüzlük, kesinlik, kaçınılmazlık ve nedenselliği anlamaları gereklidir. Bu dört bileşenin algılanması, çocuğun gelişimsel düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Çocuklar, ölümü bir son olarak algılamalarına rağmen, ölümün evrensel ve kaçınılmaz olduğunu anlayamazlar.<sup>7</sup> Çocukların yaş dönemlerine göre ölüm algılarını aşağıdaki şekilde gruplandırabiliriz.

#### **Çocukların yaş dönemlerine göre ölüm algıları**

**0-1 yaş dönemi:** Ayrılık anksiyetesi görülebilir. Bu dönemde çocuk ölümü algılayamaz ancak kardeşin ölümü nedeniyle ilginin dağılması ve ebeveynlerin de yas sürecinde olmasından dolayı ebeveynlerden ayrı kalma, yalnız kalma gibi duygular yaşayabilir. Bebekler nedenini gerçekten anlayamazlar bile ebeveynlerin yaşadığı üzüntüyü algılayabilirler. Bu nedenle yas sürecini yaşamaları bile ebeveynlerinin yas sürecinden dolayı olarak etkilenebilirler.<sup>4,7,8</sup>

**1-3 yaş dönemi:** Üç yaş altındaki çocuklarda soyut kavramlar gelişmediğinden ölümün bir son olduğunu, yaşamın tüm işlevlerinin durduğunu anlayamaz ve ölümün geri dönüşlü bir olay olduğunu düşünürler.<sup>1</sup> Bu dönemde çocuklar ebeveynlerinin ve çevrelerindeki insanların büyük acı ve keder yaşadıklarını görünce buna tepki olarak üzüntü yaşayabilirler.<sup>4</sup> Üç yaş altındaki çocuklar taklitle öğrenirler ve bu nedenle normal yas süreci yaşayan bir ebeveyn gördüklerinde bunun normal bir süreç olduğunu, aynı zamanda ağlamanın ve kayıp duygusu hakkında konuşmanın sağlıklı bir süreç olduğunu öğrenebilirler.<sup>7</sup>

**3-6 yaş dönemi:** Bu dönemde çocuklar ölümün geçici ve geri dönüşlü olduğuna inanırlar. Ölüm onlar için geçici bir ayrılıktır ve hareketsizlik ve uyku ile aynı anlamdadır.<sup>1,4,7</sup> Bu dönemde çocuklar çevrelerindeki yastan etkilenirler, ancak bu onlar için sürekli olmayabilir. Çocuklar bazen yapmak istediklerini yapabilmek

için yas sürecine kısa bir ara verebilir ve daha sonrasında yaslarına devam edebilirler.<sup>3,5,7,9</sup> Yaşam ve ölüm, bu dönemdeki çocuklar için ayrı değildir. Bu nedenle ölen bir kişinin başka bir yerde tüm fonksiyonlarını devam ettirdiğine inanırlar.<sup>4</sup>

**6-12 yaş dönemi:** Çocukların okula başlamaları ve soyut düşüncenin gelişmeye başlaması ile birlikte düşünceleri daha az benmerkezci olmaya başlar ve ölümün sürekliliğini kabul etmeye başlarlar.<sup>7</sup> Ölüm süreci bu dönemdeki çocuklar tarafından daha gerçekçi algılanmakla birlikte, yine de ölümü kendilerinden uzak kabul ederler.<sup>1</sup> Bu nedenle 7 yaşındaki bir çocuk kardeşinin ölümünü ve bunun sürekli bir durum olduğunu anlayabilir. Ancak aynı çocuk ölümün kendisinin de başına gelebileceğini anlamakta zorlanabilir.<sup>7</sup> Bu dönemde çocuklar yaşları ilerledikçe ölümün geri dönüşsüz ve sürekli bir olay olduğunu anlamaya başlarlar.<sup>1</sup> Ölümün yaşamdan farklı olan dört özelliğinden (geri dönüşsüzlük, işlevsizlik, evrensellik, nedensellik/ ölümü farklı sebeplerle açıklayabilme) ilk üçü 7-10 yaşları arasındaki çocuklarda, dördüncü özellik ise ergenlik döneminde kavranabilmektedir.<sup>4</sup>

**12- 18 yaş dönemi:** Bu dönemde çocuklar ölümün; evrensel, geri dönüşsüz ve kişisel bir deneyim olduğunu anlarlar.<sup>4</sup> Ergenlik döneminde çocuklar artık yetişkinlere benzer şekilde yas süreci tepkileri gösterebilirler. Ölümü sorgulamaya başlarlar. Bu sorgulamaların ve düşüncelerin dinlenmesi ve paylaşılması, yas sürecindeki ergenlerin bu dönemdeki olumsuz ve uzun süreli yasın sonuçlarından etkilenmelerini önleyebilir.<sup>1</sup>

#### **Kardeşin Ölümü ve Çocuk Üzerine Etkileri**

Kardeş ilişkisi, benzersiz, çok yönlü, çoğu zaman yaşam boyu süren bir bağlanma ile devam eder.<sup>10</sup> Kardeşlik çocukluk çağında sosyalleşme ve gelişim için oldukça önemlidir.<sup>11,12</sup> Bu nedenle bir kardeşin ölümü, yaşayan kardeş üzerinde derin bir etki bırakabilir ve çocuğun dünyası geri dönüşsüz bir şekilde değişir. Bu değişim anidir, ancak kardeş üzerindeki etkileri bir ömür boyu görülebilir.<sup>8</sup> Yapılan sistematik bir derlemede, genellikle yas sürecinde olan ve kayıp yaşayan ebeveynlerde psikososyal sorunlarla ilgili konulara odaklanıldığı<sup>13</sup>, ancak kardeşlerin yas sürecini ve sonuçlarını konu alan sadece birkaç çalışmanın bulunduğu görülmektedir.<sup>7,8,14</sup>

Kardeşlerinin ölümünü yaşayan çocuklar, özellikle hastalığın oluştuğu ve ölümün beklediği süreçte ailenin yaşadığı yoğun yas duygusundan dolayı ihmale uğrayabilir ve farklı duygular hissedebilirler. Bu yaşanan duygular hayatta kalan kardeş üzerinde uzun dönemli etkilerin

oluşmasına neden olabilir. Kardeşin ölümü nedeniyle yaşanan yas tepkileri sıklıkla uzun bir zaman sürecinde yaşanan büyük üzüntüyü ve depresyonu içerir. Yas sürecinde, kardeşlerde agresif patlamalar ve davranış problemleri görülebilmektedir.<sup>15,16</sup>

Çocukların kayba ilişkin ilk gösterdikleri tepkiler genellikle; şok ve inanmama, korku ve itiraz, hissizlik ve donup kalma ya da her zamanki günlük yaşam aktivitelerini sürdürme/ yadsıma şeklinde olabilmekte ve yas sürecinde çocuklar çoğu zaman kaygı, uykuya dalmada güçlük, üzüntü ve özlem, öfke ve saldırganlık, suçluluk, okul başarısında düşme ve fiziksel şikayetler yaşayabilmektedirler.<sup>1</sup> Örneğin; 1-3 yaşındaki çocuklar ölümle karşı karşıya kaldıklarında regresyon göstererek bir önceki dönemin özelliklerini göstermeye başlayabilirler. Daha önce tuvalet eğitimi almış çocuklar altına kaçırmaya başlayabilir.<sup>17</sup> Çocuk bağımlı ya da çekingen görünebileceği gibi öfke nöbetleri de yaşayabilir.<sup>18</sup> Oyun döneminde çocuk, yasını oyun aracılığı ile gösterebilir. Ölen kardeşinin ne zaman eve döneceğini sorabilir. Çocuk yas sürecinin yarattığı güçlü duygularla baş edebilmek için yasına kısa süreli aralar vererek sonrasında tekrar yas sürecine dönebilir.<sup>19</sup> Fletcher, Mailick, Song and Wolfe (2013) çocukluk döneminde kardeşinin ölümünü deneyimleyen çocukların okul başarılarının ve erişkin dönemde ise meslek yaşamlarının olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır.<sup>14</sup> Kardeşin ölümü 6-12 yaş döneminde ise çocuğun kendini akranlarından farklı hissetmesine ve aşağılık duygusu geliştirmesine neden olabilir. Bu yaşındaki kardeşler yaptıkları herhangi bir hareketin kardeşlerinin ölümüne neden olmayacağını bilirler, ancak yine de suçluluk duygusu yaşayabilirler. Bu çocuklar yas sürecinde agresif davranışlar, anksiyete, regresyon ve yalnızlık yaşayabilirler ve üzgün, mutsuz ve bazı zamanlarda depresif görünebilirler.<sup>3,20</sup> Okul çağı çocuklarında yasa bağlı olarak baş ağrısı, karın ağrısı, enürezis, uyku bozuklukları ya da yeme bozuklukları gibi bazı fiziksel yakınmalar da görülebilir.<sup>3</sup> Yalnızlık duygusu ve akranlardan ayrı kalmak yas deneyiminde üzüntü ve öfke kadar yaygındır.<sup>21</sup> Yas sürecindeki kardeşler aynı zamanda sosyal işlevsellikte ve ilişkilerde de değişiklikler yaşayabilirler. Normal çocuklarla karşılaştırıldığında yas sürecindeki çocukların ölümünden 2 yıl sonra daha az uyum ve daha az sosyal etkileşim yaşadıkları görülmektedir.<sup>22</sup> Daha uzun süreli, büyük bir çalışmada; 9 yaşından büyük olan yas sürecindeki kardeşlerin, normal akranlarıyla karşılaştırıldığında; benlik saygılarının

daha düşük olduğu, olgunlaşma ve uyku bozuklukları gibi sorunların görülme riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.<sup>23</sup> Ülkemizde yapılan bir çalışmada son bir yıl içinde birinci derecede yakını (anne, baba, kardeş, dayı, teyze, dede, nine vs.) kaybetmiş ergenlerin yasa karşı tutumları cinsiyet ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Ergenlik döneminde, kızların ve birinci derecede yakını kaybedenlerin daha yoğun yas yaşadıkları bulunmuştur.<sup>24</sup> Kardeşler, akranlarından yabancılaştıklarını hissedebilirler ve sıradan akran aktiviteleri daha az önemli görünebilir. Daha sonrasında da arkadaşlarından izole olabilirler.<sup>25</sup> Ebeveynlerin de kendi yas süreçlerine odaklanmalarından dolayı, kardeşler aileden sınırlı destek alabilir, daha az iletişim kurabilirler.<sup>26</sup> Bazı çocuklar ise ebeveynlerine koruyucu içgüdüyle yaklaşarak onları koruma davranışına girebilirler ya da ebeveynlerinin yaşadığı yastan kendilerini sorumlu tutabilirler.<sup>25</sup> Bazıları ise aileleriyle daha yakın iletişim kurabilir<sup>27</sup> ya da okulu, arkadaşları ve aktiviteleri “sınımlanacak bir alan” olarak tanımlayabilirler.<sup>3</sup>

Ebeveyn çocuk ilişkisi, ölüm öncesinde ve sonrasında aile bağlılığının seviyesi ve bakım verilen ortam, çocuğun yas deneyiminde önemli rol oynamaktadır.<sup>14,28,29</sup> Ebeveyn ve çocuk ilişkisinin olumlu olması ve ebeveynin yas sürecinin uygun olması çocuğun strese bağlı yaşadığı nöroendokrin yanıtın azalmasını sağlamaktadır.<sup>30,31</sup> Anksiyete, etkisiz baş etme, depresyon, posttravmatik stres ve uyumsuz yas süreci ile çocuğun steroid salınımı arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmektedir.<sup>31</sup>

Ölüm korkusu da yas sürecinde belirsizliğin, geri dönüşsüzlüğün ve ölümün sonluluğunu anlamada yetersizlikle ilişkili olarak önemli bir rol oynamaktadır. Küçük çocuklar özellikle deneyimsiz oldukları için bu konuda hassastırlar.<sup>37</sup> Tüm yaşındaki çocuklar ölümünden korkmalarının yanında kendilerine bakım veren ebeveynlerinin de öleceğinde endişelenebilirler.<sup>21</sup> Eğer ölüm süreci bir hastalık sonucu gerçekleşmişse, tüm hastalık süreci boyunca hasta çocuk ebeveynlerin odak noktası haline gelmektedir. Bu durum aileye yakın diğer kişiler için de geçerlidir (aile büyükleri, arkadaşlar vb.).<sup>15,32</sup> Tüm bu zaman boyunca sağlıklı kardeşler görünmez olduklarını hissedebilmekte ve bu durum onların korku, öfke, anksiyete ya da depresyon yaşamalarına neden olabilmektedir.<sup>33</sup> Ayrıca küçük çocuklar, kardeşleri öldüğünde özellikle yakın zamanda onlara sinirlenmiş ve ölmelerini dilemiş olabilmeleri nedeniyle aşırı suçluluk duyabilirler. Örneğin, bütün ilginin

onun üzerinden hasta kardeşine kayması nedeniyle öfke duyan kardeş, hasta kardeşinin ölmesini ve böylece ilginin tekrar eskisi gibi ona dönmesini dileyebilir.<sup>7</sup>

Ölüm bazı kardeşlerin çok büyük zorluklar yaşamalarına neden olabilirken, bazı kardeşlerde büyüme ve olgunlaşma fırsatı da olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, yas sürecinin ilk yılında kardeşlerin hemen hepsinin bakış açılarında, ilgilerinde ve ilişkilerinde değişiklik olduğu ve bunların sıklıkla kişisel gelişimin göstergeleri olduğu belirtilmiştir.<sup>34</sup> Kardeşin ölümünden sonra 3-12 ay boyunca akran ilişkileri yaşa göre farklı olarak etkilenebilmektedir; okul çağında yas sürecindeki erkek çocuklar akranları tarafından hassas, izole ya da mağdur olarak algılanabilmekte ancak ergenlik döneminde yas sürecindeki çocuklar popüler ya da lider olarak görülebilmektedirler.<sup>35</sup>

### Yas Sürecindeki Çocuğa Yardım ve Hemşirenin Rolü

Yas süreci çocuğun yeterli destek almadan üstesinden gelemeyeceği duygular yaşamasına neden olabilir.<sup>36</sup> Sevdikleri insanın ölümünü deneyimleyen kardeşlerde dürüst ve açık bir iletişim onu desteklemede önemlidir.<sup>28,29,37,38,39</sup> Yas sürecinde tüm yaşta ki çocuklar, güven ortamı içinde, süreçle ilgili soru sorabilme ve paylaşımında bulunmaya gereksinim duyarlar. Ancak, bu gereksinim erişkinlerin çocukları olumsuz haberlerden koruma gerekçesi ile karşılanamamaktadır.<sup>36,40,41</sup> Bunun yanında çoğu zaman kardeşin yaşadığı yas, aile içinde hastalığı olan ya da ölen bir çocuk üzerine odaklanıldığında krizdeki aile için görünmez olabilmektedir.<sup>10</sup> Ebeveynler ve sağlık personeli kardeşin yaşayabileceklerini göz önünde bulundurmaya çalışmalarına rağmen çoğu zaman ebeveynler ölen çocuklarıyla olabildiğince zaman geçirmek isteyebilirler.<sup>42</sup> Sonuç olarak çocuk için sorularının yanıtsız bırakılmasına ve yanlış anlamaların gelişmesine yönelik istemsiz bir eğilim görülebilmektedir. Çocuklar bu sürecin sonunda yanıtsız kalan sorularına kendi hayal güçleri ile yanıt oluşturmaya başlamakta ve ilerleyen dönemde ölümden bir şekilde sorumlu olduklarını düşünmeye başlamaktadırlar. Soruları dürüst ve doğru bir şekilde cevaplamak; çocukla ebeveynler ve sağlık personeli arasında güvenli bir ilişkinin oluşmasına katkı sağlar.<sup>43</sup>

Kardeşlerinin ölümünü yaşayan çocukları desteklemede sağlık personelleri arasında hemşireler, önemli bir role sahiptir. Ancak bu desteğin sağlanması için hemşirelerin çocuğun bilişsel gelişimine göre ölüm kavramını anlama

düzeyini bilmelidirler.<sup>20</sup> Örneğin bebeklik döneminde, ebeveynlerin rahatlamasını ve yas sürecini uyumlu bir şekilde geçirmelerini sağlayabilirler. Hemşireler ağlayan, uyku ve yeme düzensizlikleri yaşayan bebeklerin bu tepkilerini normal ve beklenen durumlar olduğunu açıklayabilir. Ebeveynler bebeklerinin bakımını olağan şekilde sürdürmeleri ve bebekleri ile daha fazla zaman geçirmeleri için desteklenmelidir.<sup>19</sup>

Çocukla paylaşılan bilginin miktarı hem gelişim dönemine hem de ne kadar bilmek istediklerine dair bireysel tercihlerine göre değişebilir. Rağmen 2 yaşındaki çocuklar bile basit ve somut bir dille anlatılan ölüm kavramını anlayabilir.<sup>8</sup> Bu nedenle hemşireler 1-3 yaş döneminde yas süreciyle ve sürecin zorluklarıyla karşı karşıya kalan çocuğa öncelikle ölüm kavramını anlatabilir ve aileye bu yaşta ki çocuklarına ölüm kavramını nasıl anlatacakları konusunda bilgi verebilir. Hemşire, ölümü; bedenın artık çalışmaması ve bundan sonra da çalışmayacak olması, şeklinde tanımlayabilir. Küçük çocukların bu kavramları anlayabilmesi yas sürecinde önemli bir başlangıçtır.<sup>8</sup> Okul öncesi dönemde ise hemşire çocuğun sorularını dinlemeli, bu sorulara samimi ve basit cevaplar verebilmelidir.<sup>44</sup> Bunun yanında hemşire, bu dönemdeki çocuğa ölümü anlatırken çocuğun henüz soyut düşünemediğini bilmelidir. Bu dönemde çocuğa “ Melekler kardeşini çok seviyordu. O yüzden yanlarına aldılar” ya da “ kardeşin huzurlu bir uykuda” gibi cümleler kurulmamalıdır. Çünkü çocuklar bu cümlelerden ölümün bir ödül olduğunu ya da uyuduğunda onun da başına gelebilecek bir durum olduğunu düşünebilir.<sup>8</sup> Bu dönemdeki çocuklar, suçluluk duygusu yaşayabileceğinden, ölüme neden olmadıklarına dair güvenceye ihtiyaç duyabilirler. Çocuklar ebeveynleri ve hemşireler tarafından desteklenmeli, kardeşlerinin ölümüyle ilgilerinin olmadığı uygun bir şekilde anlatılmalıdır.<sup>19</sup>

Hemşireler, okul dönemindeki çocuklara yaklaşımda ise kapsamlı aile değerlendirmesi yapmalı ve bu dönemdeki çocuğun soru sorması için onu cesaretlendirmeli, duygularını paylaşmasını sağlamalıdır. Ebeveynler ise hemşirenin desteğiyle kendilerinin de yas yaşadıklarını çocuklarına belirtmelidirler.<sup>20</sup> Bu dönemde cenaze törenlerine katılım, onların ölen kardeşleriyle vedalaşması ve kardeşlerinin olmadığı bir yaşama geçişi destekleyebilir.<sup>20</sup> Destek grupları da bu dönemde çocuğun yaşadığı yalnızlık duygusu ile baş etmelerini sağlamak için yararlı olabilir.<sup>8</sup> Spuij ve arkadaşları (2013) bilişsel davranışsal terapi yaklaşımı ve ebeveyn danışmanlık seansla-

rının, çocukların uzamış yas süreci semptomlarını azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır.<sup>45</sup> Ayrıca çocuklar için yas kamplarının etkinliği ile ilgili yapılan bir literatür incelemesinde kampların çocukların benzer yaş gruplarında ölüm dene-

yimini yaşamış çocukların bir araya gelmesini sağlayarak yas sürecinin üstesinden gelmelerine destek olduğu gösterilmiştir.<sup>46</sup> Bu kamplar çocukların terapötik bir ortamda oyun yoluyla kayıpları hakkında konuşmaya fırsat sağlamakta ve yas süreci ile sağlıklı baş etme yolları geliştirmelerini sağlamaktadır.<sup>46</sup>

Ergenler ise yas sürecinde duygularını paylaşmaya ve birilerinin onları dinlemesine ihtiyaç duyabilirler. Yas süreciyle birlikte ergenlerin zaten değişmekte olan dünyalarına oldukça büyük bir değişiklik daha eklenmiş olur. Birilerinin onları dinlemesini isteyebilirler ve ölen kardeşleri hakkında konuşmak onları rahatlatır. Hemşire bu dönemde, kaybettiği kardeşi ile ilgili duygularını ve anılarını paylaşmasında çocuğa destek olmalıdır. Çocuğu yargılamadan dinleyerek güven ortamı oluşturmaktadır.<sup>8</sup>

Yas tutan çocukları desteklemek için yapılacak uygulamalar tüm aileyi kapsamalıdır. Çünkü yas yaşayan çocukların süreçleri onlara bakım veren ebeveynlerin deneyimlerinden oldukça etkilenir.<sup>36</sup> Ebeveynler çoğu zaman çocukların yastan etkilenmediğini, çok çabuk uyum sağlayabildiklerini ve bu nedenle kayıpla baş edebilmek için yardıma ihtiyaçları olmadığını düşünebilir.<sup>47</sup> Bu nedenle yas sürecinde ebeveynler, çocukları ile iletişim kurma konusunda yetersiz kalır ve bu konuda desteğe ihtiyaçları vardır.<sup>48,49</sup> Çocuğa duygularını ve düşüncelerini ifade edebilmesi, soru sorabilmesi konularında zaman tanınması gerektiği ebeveynlere anlatılmalıdır.<sup>37</sup> Birçok ebeveyn hemşireden çocukları ile konuşmak için yardım isteyebilmektedirler.<sup>48,49</sup> Ölüm hakkında konuşulan çocuklar kardeşlerinin kaybı ile daha iyi baş edebilmekte ve bu sürece daha iyi hazırlanabilmektedir.<sup>20</sup> Bu nedenle eğer mümkünse kardeşin ölümünden önce ebeveynler çocuklarının yas sürecini uyumlu bir şekilde geçirebilmelerini sağlamak için desteklenmelidirler. Literatür ebeveynlerin bu konuda hemşireler tarafından desteklenmeleri gerektiğini belirtirken,<sup>37,38,50,51</sup> çoğu hemşire bu konuda eğitimlerinin yetersiz olması nedeniyle bu rehberliği sağlamada çekinik davranmaktadır.<sup>39,42,43,49,51</sup>

Hemşireler ve ebeveynler, yas yaşayan çocukla iletişimde şunlara dikkat etmelidir:

- 1) Hasta kardeşin hastalığı ile ilgili bilgiler erken dönemde açık ve dürüst bir şekilde açıklanmalıdır.
- 2) Kelimelerin yaratacağı etki unutulmamalı, bu nedenle kanser ve ölüm gibi kelimeler seçilirken dikkatli olunmalıdır.
- 3) Çocuğun, ebeveyni üzmemek için çoğu zaman duygularını paylaşmaktan ve ölümle veya yaşla ilgili tartışma başlatmaktan kaçınabileceği unutulmamalıdır.
- 4) Çocuklarla yaşam sonu ve ölümle ilgili konuşulurken yaş dönemine uygun konuşmalar yapılmalıdır.
- 5) Yas sürecindeki çocukla konuşulurken “ölümü tedavi edebilir miyim?”, “ölümüne ben mi neden oldum?” ve “kardeşime öldükten sonra ona kim bakacak/ biri bakacak mı?” gibi endişelerini ifade eden sorulara hazırlıklı olunmalıdır.
- 6) Sosyal desteğin önemi bilinmeli, ebeveynler ve kardeşler uygun destek birimlerine yönlendirilmelidir.
- 7) Çocuğun duygularını açığa çıkarmasına ve direncinin arttırılmasına destek olunmalıdır.
- 8) Ailenin yas sürecini beraberce yaşayabileceği yollar geliştirilmelidir.<sup>36</sup>

Yas sürecine yaklaşımı içeren eğitim, hem hemşireye hem de ebeveyn verilebilir. Bu eğitim süreci, hasta çocuğa yaşam sonu bakım verilirken hastanede başlamalı ve hemşire evde başka kardeşin olup olmadığını sorgulamalıdır. Böylece yas sürecindeki kardeşe erken dönemde ulaşılabilir.<sup>50</sup> Eilertsen ve arkadaşları (2013) yas sürecindeki çok az kardeşin hastanede sağlık personelinin hastalık veya ölüm sürecinde destek aldığını göstermiştir.<sup>38</sup> Destek almayan çocuklarda ise sonraki dönemlerde disfori, depresyon, anksiyete, ayrılık anksiyetesi, post travmatik stres bozukluğu, davranışsal problemler görülebilmektedir.<sup>8</sup>

Hemşirelik kuram/modellerinin önemli bir kısmında ölüm kavramının bulunmasına rağmen ülkemizde hemşirelik eğitim müfredatında aileye ölüm sonrası ve yas sürecinde desteğe ilişkin konular bulunmamaktadır. Ancak hastayla ve ailesiyle birebir iletişim içerisinde olan hemşireler; psikolog, pedagoğ, psikiyatrist ve çocuk gelişimi uzmanları gibi diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içerisinde çalışarak çocuklarla, kardeşlerinin ölümünden sonra yaşayabilecekleri konular hakkında konuşabilirler ya da aileleri bu konuları konuşmaları için destekleyebilirler. Böylece hemşire yas sürecindeki ebeveynlere ve kardeşlere vereceği eğitim ve uygun yaklaşımla yas sürecini uyumlu bir şekilde yaşayabilele-



rine destek olabilir ve uyumsuz yas süreci yaşayan ebeveynleri ve çocukları erken dönemde fark edip, girişimlerini buna göre planlayabilir. Ülkemizde yas yaşayan çocuklar için destek sağlayan herhangi bir program ya da kurum bulunmamaktadır. Ancak bu durumun farkında olan hemşireler yas sürecinde olan bu çocuklar için uyum sağlama ve sosyal destek mekanizmalarını erken dönemde hastanelerde oluşturmalıdır.

### Kaynaklar

1. Öz F. Sağlık Alanına İlişkin Temel Kavramlar. 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık. 2010. p. 233-9.
2. Seven S. Çocuk Ruh Sağlığı. 3. Baskı. Ankara: Pegem Akademi. 2013; p. 160-9.
3. Nolbris M, Hellstrom AL. Siblings' needs and issues when a brother or sister dies of cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2005; 22(4):227- 33.
4. Ak B. Kronik ve Yaşamı Tehdit Edici/ Ölümcül Hastalığı olan çocuk ve Hemşirelik Bakımı. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H ve Boluşık B. Editörler. Pediatri Hemşireliği. 1.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2013. p.905-22.
5. Giovanola J. Siblings' involvement at the end of life. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2005; 22: 222-26.
6. Forward DR, Garlie N. Search for new meaning: adolescent bereavement after the sudden death of a sibling. *Canadian Journal of School Psychology* 2003; 18(1-2):23-53.
7. Willis C. The grieving process in children: strategies for understanding, educating, and reconciling children's perceptions of death. *Early Childhood Education Journal* 2002; 29(4):221-6.
8. Machajewski V, Kronk R. Childhood grief related to the death of a sibling. *Journal of Nurse Practitioners* 2013; 9:443-8.
9. Noppe IC, Noppe LD. Adolescent experiences with death: letting go of immortality. *Journal of Mental Health Counseling* 2004; 26(2):146-67.
10. Packman W, Horsley H, Davies B, Kramer R. Sibling bereavement and continuing bonds. *Death Studies* 2006; 30(9): 817-41.
11. Stormshak EA, Bullock BM, Falkenstein CA. Harnessing the power of sibling relationships as a tool for optimizing social-emotional development. *New Directions for Child and Adolescent Development* 2009; 126:61-77.
12. Wong TML, Branje SJT, Vander Valk IE, Hawk ST, Meeus WHJ. The role of siblings in identity development in adolescence and emerging adulthood. *Journal of Adolescence* 2010; 33(5): 673-682.
13. Rosenberg AR, Baker KS, Syrjala K, Wolfe J. Systematic review of psychosocial morbidities among bereaved parents of children with cancer. *Pediatric Blood and Cancer* 2012; 58:503-12.
14. Fletcher J, Mailick M, Song J, Wolfe B. A sibling death in the family: common and consequential. *Demography* 2013; 50: 803-26.
15. Hamama R, Ronen T, Feigin R. Self-control, anxiety, and loneliness in siblings of children with cancer. *Social Work in Health Care* 2000; 31(1):63-83.
16. Silverman PR, Baker J, Cait C, Boerner K. The effects of negative legacies on the adjustment of parentally bereaved children and adolescents. *Omega Journal of Death and Dying* 2003; 46: 335-52.
17. Hames CC. Helping infants and toddlers when a family member dies. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2003; 5(2):103-110.
18. Auman MJ. Bereavement support for children. *Journal of School Nursing (Allen Press)* 2007; 23(1):34-9.
19. Kirwin KM, Hamrin V. Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2005; 18(2): 62-78.
20. Busch T, Kimble CS. Grieving children: are we meeting the challenge? *Pediatric Nursing* 2001; 27(4):414-18.
21. McClatchey SI, Wimmer JS. Coping with parental death as seen from the perspective of children who attended a grief camp. *Quantitative Social Work* 2014; 13: 221-36.
22. Hutton CJ, Bradley BS. Effects of sudden infant death on bereaved siblings: a comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994; 35(4): 723-32.
23. Eilegard A, Steineck G, Nyberg T, Kreicbergs U. Psychological health in siblings who lost a brother or sister to cancer 2 to 9 years earlier. *Psychooncology* 2013; 22:683-91.
24. Balcı Çelik S. Ergenlerin Yasa Karşı Tutumlarının Cinsiyet ve Depresyon Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması. *İlköğretim Online* 2011; 10: 735-742.
25. Dyregrov K, Dyregrov A. Siblings after suicide V "The forgotten bereaved." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2005; 35(6):714-24.

26. deCinque N, Monterosso N, Dadd L, Sidhu G, Macpherson R, Aoun S. Bereavement support for families following the death of a child from cancer: experience of bereaved parents. *Journal of Psychosocial Oncology* 2006; 24(2): 65-84.
27. Woodgate RL. Siblings' experiences with childhood cancer: a different way of being in the family. *Cancer Nursing* 2006; 29(5): 406-414.
28. Grenklo TB, Kreickbergs U, Valdimarsdottir UA, Nyberg T, Steineck G, Fürst CJ. Self-injury in youths who lost a parent to cancer: nationwide study of the impact of family-related and health-care-related factors. *Psychooncology* 2014; 23: 989-97.
29. Shapiro DN, Howell KH, Kaplow JB. Associations among mother-child communication quality, childhood maladaptive grief, and depressive symptoms. *Death Studies* 2014; 38:172-8.
30. Hagan M, Roubinov D, Gress-Smith J, Luecken LJ, Sandler IN, Wolchik S. Positive parenting during childhood moderates the impact of recent negative events on cortisol activity in parentally bereaved youth. *Psychopharmacology* 2011; 214: 231-8.
31. Kaplow JB, Shapiro DN, Wardecker BM. Psychological and environmental correlates of HPA axis functioning in parentally bereaved children: preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress* 2013; 26: 233-40.
32. Sidhu R, Passmore A, Baker D. An investigation into parent perceptions of the needs of siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2005; 22(5): 276-87.
33. Labay LE, Walco GA. Brief report: empathy and psychological adjustment in siblings of children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology* 2004; 29(4):309-14.
34. Foster TL, Gilmer MJ, Vannatta K, Barrera M, Davies B, Dietrich MS, et al. Changes in siblings after the death of a child from cancer. *Cancer Nursing* 2012; 35: 347-54.
35. Gerhardt CA, Fairclough DL, Grossenbacher JC, Barrera M, Gilmer MJ, Foster TL, et al. Peer relationships of bereaved siblings and comparison classmates after a child's death from cancer. *Journal of Pediatric Psychology* 2012; 37: 209-19.
36. Warnick A. Supporting youth grieving the dying or death of a sibling or parent: considerations for parents, professionals, and communities. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2015; 9: 58-63.
37. Keeley MP, Generous MA. Advice from children and adolescents on final conversations with dying loved ones. *Death Studies* 2014; 38: 308-14.
38. Eilertsen MB, Eilegard A, Steineck G, Nyberg T, Kreicbergs U. Impact of social support on bereaved siblings' anxiety: a nationwide follow-up. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2013; 30:301-10.
39. Möller M, Barkmann C, Krattenmacher T, Kühne F, Bergelt C, Beierlein V, et al. Children of cancer patients: prevalence and predictors of emotional and behavior problems. *Cancer* 2014; 120: 2361-70.
40. Chowns G. 'Until it ends, you never know ...': attending to the voice of adolescents who are facing the likely death of a parent. *Cruse Bereavement Care* 2013; 32: 23-30.
41. Wilkins KL, Woodgate RL. A review of the qualitative research of the childhood cancer experience from the perspective of the siblings: a need to give them a voice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2005; 22: 305-19.
42. Price J, Jordan J, Prior P. A consensus for change: parent and Professional perspectives on care for children at the end-of-life. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 2013; 36:70-87.
43. Turner J, Clavarino A, Yates P, Hargraves M, Connors V, Hausmann S. Development of a resource for parents with advanced cancer: what do parents want? *Palliative Support Care* 2007; 5:135-45.
44. Torbic H. Children and grief: but what about the children? *Home Healthcare Nurse* 2011; 29(2): 67-79.
45. Spuij M, van Londen-Huiberts A, Boelen PA. Cognitive-behavioral therapy for prolonged grief in children: feasibility and multiple baseline study. *Cognitive and Behavioral Practice* 2013; 20: 349-61.
46. Clute MA, Kobayashi R. Are children's grief camps effective? *Journal of Social Work End-of-Life Palliative Care* 2013; 9: 43-57.
47. Clements PT, Weisser SM. Cries from the morgue. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2003; 16(4): 153-61
48. Thastum M, Johansen MB, Gubba L, Olesen LB, Romer G. Coping, social relations, and communication: a qualitative exploratory

- study of children of parents with cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2008; 13:123–38.
49. Golby BJ. Parenting with chronic cancer: a relational perspective. *Social Work in Healthcare* 2014; 53: 48–58.
  50. Nolbris MJ, Ahlstrom BH. Siblings of children with cancer – their experiences of participating in a person-centered support intervention combining education, learning and reflection: pre- and post-intervention interviews. *European Journal of Oncology Nursing* 2014; 18: 254–60.
  51. Chow A. Developing emotional competence of social workers of end-of-life and bereavement care. *British Journal of Social Work* 2013; 43: 373–93.

## Toplumda Eşcinsellere Yönelik Tutumlar ve Lezbiyen Kadınlarda Sağlık Eşitsizliği

### Attitudes Towards Homosexuals in Society, and Health Inequalities Regarding Lesbian Women

Nevin HOTUN ŞAHİN<sup>a</sup>, Dilek BİLGİÇ<sup>b</sup>

**ÖZET** Dünyada eşcinsellere yönelik tutumlar değişmeye, lezbiyen ve aileleri konusunda toplumun farkındalığı artmaya, eşcinsellik kabul edilebilir bir yaşam stili olarak daha fazla görülmeye başlamıştır. Buna karşın yine de heteroseksüel kadınlarla kıyaslandığında lezbiyen kadınlar gerek koruyucu sağlık hizmetlerin kullanımında gerekse sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmada önemli düzeyde eşitsizlikler yaşayan, büyük ölçüde ayrımcılığa maruz kalan bir gruptur. Lezbiyen kadınlar çoğunlukla hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri arasında açığa çıkma korkusu ve homofobik tutumlardan dolayı kaliteli bir sağlık bakımı elde etmek için mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Lezbiyen kadınlar heteroseksüellerle karşılaştırıldığında lezbiyenler koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmakta, sağlık sorunu ortaya çıktığında tedaviyi geciktirmekte ya da sadece şiddetli semptomlarda yardım arama davranışı göstermektedir. Lezbiyen kadınların sağlık bakım hizmetlerine erişmesinde engel oluşturan hem hizmet verenlerden hem de sağlık bakım sisteminden kaynaklı bazı faktörler vardır. Bu nedenle bu özel ve farklı kadın grubunun sorunlarına yönelik sağlık çalışanlarının eğitilmesi gerekir. Sağlık çalışanlarının eğitilmesi, rehberliği ve desteği sayesinde lezbiyen çiftler ne istediklerine karar verebilir, seçimlerini savunabilir ve sağlık hizmeti almada daha istekli olabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Eşcinsellik, lezbiyen, sağlık eşitsizliği, hemşirelik, ebelik

**ABSTRACT** In today's world, there have been changes in attitudes towards homosexuals and increases in community's awareness of lesbians and their families, and thus homosexuality has begun to be a more acceptable lifestyle. However, when the use of preventive health services by lesbian women is compared with that by heterosexual women, it is seen that the former group still suffers significant levels of inequalities in benefiting from health care and is exposed to discrimination to a great extent. The comparison of lesbian women with heterosexual women in terms of benefiting from health services has revealed that the former group receives preventive healthcare services less, and that when they have health problems, they delay the treatment and display help-seeking behavior only when the symptoms become severe. There are several factors arising both from the health care system and from healthcare providers' attitudes which prevent lesbian women from accessing health care services. Therefore, health workers should be trained on the problems of lesbian women. Under the guidance and support of health workers who have received the training, lesbian couples can decide on what they want to, can defend their preferences and may be more willing to receive health care.

**Key words:** Homosexuality, lesbian, health inequalities, nursing, midwifery

#### Giriş

Lezbiyen (lesbian), kendi cinsine yönelik duygusal, fiziksel ve cinsel yönelimi olan kadınları ifade etmektedir.<sup>1</sup> Lezbiyen kadınlar toplumda azınlık bir grubu oluşturmakla birlikte prevalansı değişebilmektedir. Yapılan çalışmalarda cinsel yönelim, cinsel davranışlar ve cinsel kimlik kavramlarına yeterince yer verilmemesi, yapılan çalışma zamanı<sup>2</sup> ve lezbiyen ya da biseksüel tanı-

mının nasıl yapıldığına bağlı olarak<sup>3</sup> eşcinsel popülasyonunun nüfusu hakkındaki tahminler değişebilmektedir. Ayrıca toplumda cinsel yönelimini ifade eden kişilerin yaşadıkları ayrımcılık ve stigma deneyimlerinin paylaşılması da bu popülasyonun gizli kalmasına yol açabilmektedir.<sup>4</sup> Ancak özellikle 1990'dan sonra eşcinsel davranışların kabulüyle birlikte Amerika'da eşcinsel sayı-

Geliş Tarihi/Received: 20-11-2015 / Kabul Tarihi/Accepted: 20-09-2016

a. Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Florence Nighingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

b. Yrd. Doç. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas

Sorumlu yazar /correspondence: Dilek Bilgiç; Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas,

e-posta: [bilgicdilek@gmail.com](mailto:bilgicdilek@gmail.com)

**Atf:** Hotun SM, Bilgic D, Toplumda Eşcinsellere Yönelik Tutumlar ve Lezbiyen Kadınlarda Sağlık Eşitsizliği. HSP 2016; 3(3):216-225

**To cite this article:** Hotun SM, Bilgic D, Attitudes Towards Homosexuals in Society, and Health Inequalities Regarding Lesbian Women. HSP 2016; 3(3):216-225

sında artış olmaya başlamıştır.<sup>4,6</sup> Bu gün Amerika'nın %99 eyaletinde eşcinsel çiftler yaşamaktadır.<sup>4</sup> Türkiye'de cinsel yönelimli bireylerin toplumda baskı görmeleri nedeniyle cinsel yönelimlerini açıkça ifşa etmelerinden kaynaklı güçlükler nedeniyle ile lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüellere (LGBT) yönelik Türkiye'yi temsil eden bir araştırma yapmak çokta mümkün değildir.<sup>7</sup> Eşcinselliğin yaygınlaşmasıyla birlikte, eşcinsellere yönelik tutumlar değişmeye<sup>5,6</sup> lezbiyen ve aileleri konusunda toplumun farkındalığı artmaya başlamıştır.<sup>8</sup> Eşcinselliğin zaman içinde kabulünün artışı ve tutum ve davranışlarda ki değişimde yaşla birlikte yaşanan deneyimlerin, kültürel değişim ve prevalansdaki değişimin etkili olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca sosyal normlar, cinsel davranışları etkileyen değerler, ekonomik ve sosyal faktörler, yaşanan bölge, ırk, dini inançlar ve eğitim düzeyi de eşcinselliğe karşı tutumlarda etkili olabilmektedir.<sup>5,6</sup>

Lezbiyen kadınların üreme sağlığı da dahil olmak üzere sağlık bakımına ilişkin çalışmalar 1990 öncesine kadar yeterli değildi. Ancak 1990-2000 yılları arasında önemli olmaya başlamıştır.<sup>9</sup> Lezbiyen kadınlar toplumda görünmez olduğu için kadın sağlığı sadece heteroseksüel kadının sağlığı gibi tanımlanmaktadır. Sağlık çalışanları da cinsel yönelimi heteroseksüel olarak kabul ettiklerinde sağlık bakım hizmeti içinde de lezbiyen kadınlar görünmemektedir.<sup>10</sup> Heteroseksüel kadınlarla kıyaslandığında lezbiyen kadınlar gerek koruyucu sağlık hizmetlerin kullanımında gerekse sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmada önemli düzeyde eşitsizlikler yaşamakta, büyük ölçüde ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Bu kadınların sağlık bakım arama davranışları daha azdır ve bireysel düzeyde yetersiz bakım almaktadırlar. Bu da rutin sağlık hizmetlerinden ve sağlık tarama hizmetlerinden yararlanmayı azaltmaktadır.<sup>11</sup>

Araştırmalar lezbiyen ve biseksüeller tarafından sigara içme<sup>12-14</sup> obezite<sup>15</sup> ve tehlikeli düzeyde alkol tüketimi<sup>16,17</sup> gibi riskli sağlık davranışlarının yaygın olarak yapıldığını göstermektedir. Riskli sağlık davranışları bu grupta kanser, koroner arter hastalığı, diyabet, hipertansiyon gibi sağlık sorunlarının gelişimini artırabilmektedir.<sup>18</sup> Lezbiyen ve biseksüel (LB) kadınlarda bu risk davranışlarına katkıda bulunan olası diğer faktörler; cinsel azınlık olmanın yarattığı stigma, marjinal bir gruba<sup>19</sup> ait olmayla ilişkili ortaya çıkan strestir. Ayrıca eşcinsel kadınların daha fazla sağlık riskleri (örneğin; meme kanseri riski, koruyucu jinekolojik ve obstetrik bakım engelleri) ve engelleri söz konusudur.<sup>20</sup>

Bu derlemede eşcinsel bireylere yönelik tutumları ve lezbiyen kadınların karşı karşıya kaldığı sağlık bakım eşitsizliklerini ve engellerini gözden geçirerek sağlık çalışanlarının bu konuya dikkatini çekmek ve farkındalık geliştirmek amaçlanmıştır.

### Eşcinsel Prevalansı

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ve dünya çapında toplum temelli yapılan çalışmalar lezbiyen, gey, biseksüel ve transeksüel (LGBT) nüfusunun büyüklüğü hakkında tahminen bir veri sağlamaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda cinsel yönelim, cinsel davranışlar ve cinsel kimlik kavramlarına yeterince yer verilmemesi, çalışmanın yapıldığı zaman ve lezbiyen ya da biseksüel tanımının nasıl yapıldığına bağlı olarak eşcinsel popülasyonunun nüfusu hakkındaki tahminler değişebilmektedir.

Brezilya'da kadınların %4,9'unun lezbiyen, %1,4'ünün biseksüel olduğu saptanmıştır.<sup>21</sup> İrlanda da 2006 yılında 7.441 kişiyle yapılan bir çalışmada da kadınların %1.2'sinin eşcinsel ya da biseksüel olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %4,7'si yaşamlarının herhangi bir döneminde homoseksüel bir deneyim yaşadıklarını ifade etmişlerdir.<sup>22</sup> Xu ve ark. (2010) Amerika'da yaptıkları çalışmada kendini lezbiyen olarak tanımlayan kadın oranı %19,1 olarak belirlenmiştir.<sup>23</sup> Farklı yıllarda Avustralya (2005), Kanada (2005), İngiltere (2009-2010) ve Norveç (2010) olmak üzere 4 farklı ülkede yapılan toplumsal temelli çalışmada gey/lezbiyen oranı sırasıyla %0,9 , %1,1 , %1,0 ve %0,7 olarak bildirilmiştir.<sup>24</sup> Aynı çalışmalarda<sup>24</sup> ve Twenge ve ark. (2016) çalışmasında 6 kadınlar erkeklere oranla daha fazla kendilerini biseksüel olarak tanımlamışlardır. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 2014 yılında Amerika Birleşik Devletleri cinsel yönelim ve sağlığı üzerine ulusal sağlık raporunu yayınlamıştır. 18-64 yaş grubu 33.500 kişiyle görüşülmüş ve bu grubun %0,7'si kendilerini lezbiyen olarak tanımlamıştır.<sup>4</sup> Günümüzde artık lezbiyen çiftler de ebeveyn olmak istemektedirler. Amerika'da 650,000 eşcinsel çiftin %19'unun 18 yaş altı çocuğa sahip olduğu tahmin edilmektedir.<sup>4</sup>

Türkiye de homoseksüellik alanında yapılan çalışmalar daha çok LGBT derneklerine üye olan eşcinsel ve biseksüellerle yapılan eşcinsellerin toplumda yaşadıkları sorunlara ilişkin çalışmalardır. Bu anlamda en son çalışma Türkiye'de LGBT Bireylerin Sosyal ve Ekonomik Sorunları Araştırması 2014 yılında Sivil Toplum

Çalışmaları Merkezi (STÇM) ve Sosyal Politikalar, Cinsiyet Kimliği ve Cinsel Yönelim Çalışmaları Derneği (SPoD) ve Sosyal Politika Forumu (SPF) iş birliğiyle gerçekleştirilmiştir. Araştırma kendilerini LGBT olarak tanımlayan 2875 kişi gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarının cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği temelli ayrımcılığın LGBT bireylerin yaşamlarında yarattığı sosyal ve ekonomik sorunlara ilişkin önemli ipuçları sunabileceği belirtilmiştir.<sup>7</sup>

### Eşcinsellere Yönelik Tutumlar

Bazı toplumlar olumlu ve kabullenici tutumlara sahipken, çoğu toplumda eşcinsellere yönelik olumsuz tutumlar gösterilmekte, kötü muamele ve baskıya maruz kalabilmektedirler. Yapılan çalışmalarda 10 yetişkin Amerikalı'dan 6'sı eşcinsel ilişkilerin yasal olarak tanınması gerektiği düşüncesindedir. Ayrıca %54 oranında homoseksüellik kabul edilebilir bir yaşam stili olarak görülmektedir.<sup>8</sup> Twenge ve ark. (2016) Amerika'da eşcinsellik deneyimi ve tutumlarına yönelik yaptıkları ulusal düzeyde bir çalışmada 2014 yılına gelindiğinde, Amerikalıların yaklaşık yarısının (%49) eşcinselliğin kötü olmadığına inandıklarını saptamıştır.<sup>6</sup> Afrika'daki kabile toplulukları arasında, eşcinselliğin kabulü %64'tür.<sup>25</sup> 2004'te yapılan toplum temelli bir çalışmada da homoseksüelliğin kabul edilebilir bir yaşam tarzı olduğuna inanan Amerikalı yetişkinlerin yüzdesinin 1981 yılında %14 iken 2003 de %46'ya yükseldiği gösterilmiştir.<sup>26</sup>

Türkiye'de yapılmış olan araştırmalara göre kadınlar erkeklere göre eşcinsellere ve biseksüellere karşı daha olumlu tutumlar sergilemektedirler.<sup>27-29</sup> Ayrıca, eşcinsel/biseksüel bir tanıdığı olan ya da bu kişilerle sosyal ilişkide bulunan bireylerin, daha olumlu tutumlara sahip olduğu da görülmüştür.<sup>27,29</sup> Ancak Türkiye'de eşcinselliğe yönelik toplumsal algının, zaman içinde çokta büyük bir gelişme göstermediği düşünülmektedir. Türkiye'de eşcinselliği engelleyen yasalar yoktur; ancak medeni kanunda da "cinsel yönelim" gibi bir ifade de yer almamaktadır. Eşcinsellik yasal olarak bir suç olmasa da, siyasal iktidarlar eşcinselliği kamusal alanda ya yok saymışlar ya da eşcinsellere karşı düşmanca tavırlar sergilemişlerdir.<sup>30</sup> Yılmaz ve Göçmen'in (2015) LGBT kişilerle yaptıkları çalışmada LGBT'ler yaşamlarını idame ettirmeye yönelik en temel alanlarda bile ciddi ayrımcı tutumlara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Ayrımcılığa uğradığını bildiren LGBT'lerin çoğunluğu ise yasal yollara başvurmadıklarını belirtmişlerdir. Ya-

sal yollara başvurmamalarının en önemli iki sebebi hukuka olan güvensizlikleri ve hukuki süreçlerde özel hayatlarının gizliliğine yeterli önemin gösterilmeyeceğine ilişkin kaygıları olmuştur. Yasal yollara başvuranların oğunluğu ise tatmin edici bir sonuç elde edemediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlara göre araştırmacılar ülkemizde LGBT'lere yönelik yaşamın farklı alanlarında ayrımcılık yapıldığını, ancak bu ayrımcılıkla etkin mücadele etme yollarının ise kısıtlı olduğunu vurgulamışlardır.<sup>7</sup>

Cinsel konular dahil toplumsal önyargılar, doğru bilgilendirme olsa bile, çok yavaş ve güç değişir. Üstelik yanlış bilgilerle de pekişmesi daha yaygındır. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi artışının eşcinsellere yönelik tutumları olumlu etkilediği; dindarlığın ise cinsel önyargıyı arttırdığı görülmüştür. Tanrı'nın verdiği cinsiyete uygun davranmayarak Tanrı'nın kurallarına karşı gelen kişiler olarak algılanan eşcinsellere yönelik olumsuz tutumların beslendiği saptanmıştır.<sup>31</sup>

Eşcinsel kadın ve erkeklere yönelik önyargı konusunda en sık kullanılan kavramlardan biri homofobi (homophobia) terimidir. Homofobi eşcinsellere yönelik düşmanca tutumları içeren eşcinsellere/eşcinselliğe yönelik gerçek dışı bir korkuyu ifade etmede kullanılmıştır.<sup>32</sup> Homofobik inanışlar da tüm önyargılar gibi toplumun her kesiminde yaygındır ve değişmeye dirençlidir. Homofobi, eşcinselliğe karşı yanlış ve eksik bilgilendirilmeden kaynaklanan, genellemelere dayanan, yeni bilgi ve anlayışlarla karşılaştığında değişmeye açık olmayan, olumsuz veya düşmanca tutum, bir önyargı olarak ta tanımlanabilmektedir. Birçok insan, eşcinselliği, kabul edilir erkek ve kadın davranışlarına tehdit olarak algılamaktadır. Kadınlık ve erkeklikten beklenenlerin birisini bile yerine getirmeme, toplumsal sistemlerin en önemli ayaklarından biri olan cinsiyet kimliklerini sarsma anlamına gelmektedir; bu da eşcinsel bireyleri ister istemez toplumun dışına itmektir. Bunun temelinde ise kültürel ve sosyal normların heteroseksüellik dışındaki cinsel yönelimleri sapkınlık olarak tanımlaması ve dışlaması yatmaktadır.<sup>33</sup> Bu da eşcinsellere ilişkin olumsuz kalıp yargı ve tutumları tetiklemekte ve bunların korku, nefret, sözel ve/veya fiziksel şiddet ve tehditler şeklindeki ayrımcı davranışlar olarak ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Genel olarak, bireylerin kendi cinsiyetlerinden olan eşcinsellere karşı daha olumsuz düşünce ve duygular besledikleri; bununla birlikte, erkeklerin, kadınlara oranla kendi cinsiyetinden eşcinsellere (geylere) karşı daha da olumsuz tu-

tumlara sahip oldukları görülmektedir.<sup>34-36</sup> Araştırmalar, eşcinsellere karşı geliştirilen olumsuz tutumların, eşcinseller ile toplumsal ilişkiye girildiğinde değişebileceğini belirtmektedirler.<sup>31,37</sup> Bu anlamda, eşcinsel/biseksüel bireylerin toplum içerisinde daha görünür hale gelmeleri ve homofobik tutumlara sahip olan gruplarla daha sık ve olumlu sosyal ilişkiler kurmaları yararlı olabilir.

### Lezbiyenler ve Sağlık Bakımına Erişim

Gey ve lezbiyen çalışmalarında en sık bahsedilen konulardan biri sağlık bakım hizmetlerine erişim konusudur. Bir toplumda stigma ve ötekileştirme deneyimleyen insanların sağlık hizmetlerine erişimi ve sonuçları arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.<sup>38</sup> Lezbiyen kadınlar çoğunlukla hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri arasında açığa çıkma korkusu ve homofobik tutumlardan dolayı kaliteli bir sağlık bakımı elde etmek için mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar.<sup>39</sup> Çoğu eşcinsel sağlık bakımına erişimi geçiştirebilmekte ya da geciktirebilmektedir.<sup>40</sup> Yapılan çalışmalarda heteroseksüellerle karşılaştırıldığında lezbiyenlerin sağlık bakım hizmetlerinden daha az yararlandıkları,<sup>41</sup> sağlık kontrollerini daha az yaptırdığı<sup>42</sup> ve aile hekimlerine daha az başvurdukları<sup>43</sup> saptanmıştır.

İngiltere’de yapılan bir çalışmada da İngiliz sağlık bakım sisteminin cinsel yönelim gruplarına yönelik olumsuz algılarının olduğu bunun içinde personel eğitimi, farkındalık geliştirme gibi uygulamalarla sağlık bakım sisteminin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.<sup>44</sup> Lezbiyenler sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları ve kültürel anlayış eksikliğinden dolayı sağlık bakım hizmetlerinden memnun olmadıklarını bildirmişlerdir.<sup>45</sup> Elliott ve ark. (2015) lezbiyenlerin heteroseksüellere göre sağlık çalışanlarıyla daha olumsuz sağlık bakım deneyimlerinin olduğunu saptamıştır.<sup>46</sup> Markus ve ark. (2010) lezbiyen annelerin lezbiyen jinekolog ve ebelerden bakım almayı desteklerken yine de ebeveynliklerine ilişkin endişelerini dinlemeye istekli, duyarlı, açık ve yargılayıcı olmayan ve tüm doğurgan kadınların heteroseksüel olduğu varsayımından kaçınan sağlık bakım profesyonellerini istediklerini bulgulamıştır.<sup>47</sup>

Kültürel yetkinlik, yaygın görülen sağlık eşitsizliklerini azaltmada bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir. Sağlık profesyonellerinin lezbiyen sorunlarına kültürel yetkinlik geliştirmeleri bu anlamda en önemli yaklaşımlardandır. Eşcinsel bireylere yönelik kültürel yetkinlik geliştirmede spesifik olarak eşcinsel bireylerin yaşadığı

sorunların ve sağlık eşitsizliklerinin farkında olabilmeleri için personelin bu konuda eğitilmesi, sağlık bakımı için başvuran bireyin cinsel yönelimi veya cinsiyet kimliği hakkında varsayımlarda bulunmaktan kaçınarak gerek iletişimde gerekse hastane dokümanlarında cinsiyet nötr bir dil kullanmak ve cinsel kimlik ve cinsel davranışların doğrudan sorularak, LGBT dostu semboller kullanılması eşcinsellerin sağlık bakım eşitsizliği yaşamalarını azaltmada en önemli uygulamalar arasında sayılabilir.<sup>2,45,48</sup> Sağlık profesyonelleri heteroseksüel hastalara olduğu gibi LGBT hastalar için de sıcak ve saygılı bir ortam yaratmada gerekli adımları atabilmelidirler.

Eşcinsel kadınların sağlık gereksinimleri heteroseksüel kadınlarla benzerlik gösterse de bazı gereksinimler bu gruba özgü daha spesifiklerdir. Ancak lezbiyen ve biseksüel kadınların spesifik sağlık sorunları genellikle fark edilmez ya da çok dikkate alınmaz. Sağlık sigortası kapsamının yetersizliği ve sağlık personeliyle yaşanan olumsuz deneyimler sağlık bakımına ulaşmada yetersizliğin temel nedenleri olarak belirtilmektedir. Çoğu lezbiyen sağlık personelinin olumsuz tutum ve davranışından dolayı ve yetersiz sağlık hizmeti alma olasılığına karşı cinsel yönelimini açıklamaz. Sağlık personeli düşmanca yaklaşımlar gösterme, cinsiyetçi ve aşağılayıcı yorumlar yapma, bilgi vermeme, uygun olmayan imalarda bulunma ya da uygunsuz şakalar yapma, fiziksel temas kurmama ve uygunsuz ruh sağlığına yönelik tavsiyelerde bulunma gibi tutum ve davranışlarda bulunabilirler.<sup>3</sup> Heteroseksist bakışla “kadın Sağlığı” üreme ve heteroseksüel sağlık olarak düşünülmemektedir.<sup>39</sup>

Hemşirelik alanında kültürün etkisini belirlemek için bazı ilerlemeler olsa da yapılması gerekenler hala vardır. Kadın sağlığının bakımında sosyal, politik, ekonomik faktörlerin yanı sıra fiziksel, kültürel, emosyonel, sosyal ve spirüel yönlerde ele alınmalıdır Bireylerle ve ailelerle doğası gereği yakın iletişimde bulunan hemşireler bir sosyal adalet ajanı olarak ayrımcılığa uğrayan ve damgalanma yaşayan toplulukların pozitif yönde değişmelerinde çok önemli konumdadırlar.

### Lezbiyen Kadınlarda Sağlık Eşitsizliği

Bir toplumda sağlık bakım hizmetlerine ulaşımında değişim olduğunda, rutin tıbbi yardım aramada gecikme ya da hiç olmadığında, kalitesiz bakım alındığında ya da ayrımcı tedaviye maruz kalındığında o toplumdaki bireyler negatif sağlık sonuçları açısından risk altındadır.<sup>49</sup>

Son veriler eşcinsel popülasyonunun müdahale gerektiren çok sayıda sağlık riskleriyle karşı karşıya olduğunu örneğin, kadından kadına bakteriyel vaginosis, trikomonas, genital herpes, HPV, hepatit A, sifiliz ve HIV gibi enfeksiyonların geçişinin olabileceğini, göstermektedir.<sup>50-53</sup> Jackson ve ark. (2016) eşcinsellerle yaptığı çalışmada sağlık sonuçları bakımından lezbiyenlerin heteroseksüellere oranla %20 daha fazla obez olduklarını, %17 daha fazla fonksiyonel sınırlılıkları olduğunu ve daha fazla paralizisi yaşadıklarını saptamıştır.<sup>54</sup> Ayrıca yapılan çalışmalarda cinsel azınlık grupların heteroseksüel bireylere oranla daha fazla anksiyete, depresyon,<sup>55</sup> panik atak, psikolojik distres<sup>56</sup> ve intihar düşüncesi yaşadıkları saptanmıştır.<sup>57</sup> Yılmaz ve Göçmen'in (2015) ülkemizde yaşayan cinsel azınlık gruplarla yaptığı çalışmasında da ankete katılan LGBT bireylerin % 50,3'ü (1447 kişi) cinsel sağlık hizmetlerine nereden ve nasıl ulaşabileceğini bilmezken, % 43,2'si (1218 kişi) hayatında en az bir kez intiharı düşündüğünü belirtmiştir.<sup>7</sup> Buna karşın bazı faktörlerden dolayı eşcinsel kadınların sağlık bakım arama davranışları daha az, sağlık bakım hizmetlerine daha az ulaşmakta, bireysel düzeyde yeterli bakım almakta ve rutin sağlık hizmetlerinden ve sağlık tarama hizmetlerinden yeterince yararlanmamakta dırlar.<sup>3,45</sup>

### **Lezbiyen Kadınlarda Sağlık Eşitsizliğine Katkıda Bulunan Faktörler**

Lezbiyen kadınların sağlık bakım hizmetlerine erişmesinde engel oluşturan hem hizmet verenlerden hem de sağlık bakım sisteminden kaynaklı bazı faktörler vardır.<sup>3,57</sup>

*Sağlık profesyonelleri ile ilgili faktörler:* Heteroseksüellik varsayımı sağlık hizmeti ortamında çok yaygındır. Bakım standartları, öğretim materyalleri ve uygulama alanında kullanılan dil çoğunlukla heteroseksüel varsayımları üzerine temellidir. Sağlık çalışanlarının ayrımcılık yapması lezbiyenlerde güvensizlik yaratır ve lezbiyenlerin sağlık çalışanlarına kendilerini ifade etme olasılığını azaltır.<sup>3</sup> Buna karşın sağlık bakım ortamında lezbiyenlerin ya da eşcinsel bireylerin rahat olmaları, homofobik olmayan yaklaşımlar ve bireylerin cinsel yönelimlerini rahatlıkla açıklayabildikleri bir ortamın sağlanması, lezbiyenler arasında sağlık bakım hizmeti kullanımının önemli düzeyde artmasına katkıda bulunduğu saptanmıştır.<sup>58</sup>

*Bakım verenlerin bilgisi ve duyarlılığı:* Lezbiyenler arasındaki önemli bir endişe sağlık çalışanlarının lezbiyenlere ilişkin sağlık gereksinimleri ve yaşam stilleri ile ilgili farkındalık ve

duyarlılık geliştirememiş olmalarıdır.<sup>3</sup> Lezbiyen kadınlar sağlık çalışanlarının bilgi yetersizliklerinin farkındadırlar.<sup>59</sup> Sağlık çalışanlarının lezbiyenler hakkındaki bilgisi, endişeleri ve tutumları önemlidir; uygun bir dil ve iletişim tarzının kullanımı; klinik yetkinlik; acil durumlarda hazır oluşluk; toplumun genelindeki lezbiyenlere ve kadın partnerlerine yönelik pozitif tutuma sahip olma ve lezbiyenleri ilgilendiren sorunlara karşı duyarlı olma gibi.<sup>3</sup> Genelde sağlık çalışanlarının kendilerine pozitif yaklaştığını algılayan lezbiyenlerin tedavi önerilerine ve kontrol izlemlerine uyması da daha fazladır. İletişim becerilerini geliştirmek ve cinsel yönelim konusunda yeterli bilgiye sahip olmak sağlık çalışanlarının lezbiyenlerin sağlığı için daha iyi bakım vermede gereken en önemli ilk adımdır.<sup>3</sup>

*Güven sorunu, kabul etme:* Başvuranın cinselliğinin farkında olmak sağlık çalışanının bireyin gereksinimlerini ve risklerini bütüncül anlayışla ele alması açısından önemlidir ve zamanında önerilerde bulunmayı ve uygun bakım vermeyi etkileyebilir. Örneğin kendi cinsel yönelimini sağlık çalışanına ifşa edenlerin son 2 yılda pap test sonuçları,<sup>60</sup> erken tedaviye başvurma ve koruyucu bakım hizmeti alma oranı daha fazladır.<sup>3</sup> Çoğu hasta gibi lezbiyenler de her defasında farklı sağlık çalışanına defalarca öyküsünü ifşa etmek zorunda kalmamak için aynı sağlık çalışanı tarafından hizmet almayı tercih etmektedir. Açık ve güvenli görünen bir sağlık ortamı lezbiyenler için önemlidir, böylece cinsel yönelimlerini ve öykülerini rahatça ifade edebilme olasılıkları artar. Lezbiyenler güven duygularını geliştirmek için sağlık durumları için çeşitli koruyucu stratejiler geliştirdiklerini bildirmişlerdir. Bu stratejilerden biri ayrımcı olmayan, kabullenici ya da lezbiyen dostu olarak bilinen sağlık çalışanlarından bakım almak. Başka bir strateji de sağlık randevularına eşcinsel bireylerin ya da lezbiyenlerin yanında lezbiyen bir tanık getirmesidir. Bu nedenle lezbiyene partneri ya da arkadaşı da dahil tarafsız, kabullenici, rahat, güvenli ve konuksever ortamlar yaratmak sağlık bakım profesyonellerinin görevlerinden olmalıdır.<sup>3</sup> Ayrıca sağlık profesyonellerinin destekleyici, sakin ve saygılı yaklaşımları, bekleme odalarına ve muayene odalarına LGBT bireylerle ilgili materyallerin, broşür, poster, resim vb. konması ve sağlık profesyonellerinin bilgili olması bu grup kadınların cinsel yönelimlerini ifşa etmelerinde ve güven oluşturmada kolaylık sağlayabilecektir.<sup>57,60</sup>

*Sağlık bakım profesyonelleri ile negatif ilişki:* Sağlık bakım profesyonelleri toplumsal



önyargılara karşı duyarsız değildirlir ve homo-seksüaliteye ilişkin kendi kişisel inanç ve tutumları topluma verilen hizmetin kalitesini ve türünü etkileyebilir. Araştırmalar lezbiyenlerle sağlık profesyonelleri arasında anksiyete, düşmanlık, aşırı merak, aşağılayıcı espriler ve mental sağlığa yönelik uygun olmayan önerilerde bulunma gibi negatif etkileşimin olduğunu ortaya koymuştur. Sağlık hizmeti alırken sağlık profesyonelleriyle geçmişte uygunsuz, olumsuz etkileşim deneyimleyen lezbiyen oranı %72, hekimlerle negatif etkileşim deneyimleyen lezbiyen oranının %77 olduğu saptanmıştır. Sağlık profesyonelleriyle negatif etkileşim sonrasında çoğu lezbiyen aşağılanmış hissettiklerini, öfkelenediklerini, korkutulmuş olduklarını, küçümsendiğini, savunmasız hissettiklerini, utandıklarını ve susturduklarını ifade etmişlerdir. Üçte bir oranında lezbiyen cinsel yönelimlerini açıkladıklarında negatif reaksiyonlardan dolayı iletişimini sonlandırmak zorunda kaldıklarını belirtmiştir.<sup>3</sup> Lezbiyen ve biseksüel kadınlar kendi sağlık ihtiyaçları hakkında bilgili, açık fikirli, cinsel yönelimini güvenle açıklayabilmesini teşvik edebilen eşcinsellere olumlu yaklaşan sağlık bakım profesyonelinin tercih etmektedirler.<sup>45</sup>

*Sağlık Bakım Sistemiyle İlgili Faktörler:* Sağlık profesyonelinin eğitimi; Meslek olarak değerlendirildiğinde ülkemizde eşcinsellere yönelik olumsuz tutumlara sahip olan meslek grubu arasında sağlık profesyonellerinin olduğu saptanmıştır.<sup>62</sup> Sağlık profesyonellerinin kültürel yetkinlik kazanması için alınan yetersiz eğitim, farklı popülasyonlardaki bireylerin ve hizmet alamayan bireylerin gereksinimlerini içermeyen eğitim programları bu grupların indirekt olarak eşitsizliğine katkıda bulunur. Dolayısıyla kurumsallaşmış önyargılar sağlık bakımında ayrımcılığın devamını kolaylaştırmaktadır.<sup>3</sup> ABD’de tıp fakültesindeki derslerle ilgili yapılan bir araştırmada 1998 yılında cinsel yönelimli bireylerin bakımına yönelik müfredat programında sadece 2,5 saatlik süre ayrıldığı belirlenmiştir.<sup>63</sup> Gey ve lezbiyenlerin sağlık bakımını değerlendiren tıp öğrencileriyle yapılan benzer bir çalışmada da tıp öğrencilerinin %40’ı geylerin sağlık sorunlarına yönelik verilen eğitimin yetersiz olduğunu düşünürken, %68’i lezbiyen hastalara ilişkin ders müfredatında verilen eğitimi yetersiz olarak değerlendirmişlerdir.<sup>64</sup> Kanada da tıp müfredatında bu konuya beş saatlik bir zaman ayrıldığı saptanmıştır.<sup>65</sup>

Cinsel yönelimli bireylerin sorunları ve bakımına yönelik konuların hemşirelik müfredatında yer alıp almadığına yönelik çalışmalar fazla

değildir. Cinsel yönelimli bireylerin sorunları ve uygun bakımına ilişkin sağlık profesyonellerinin eğitimi çok önemlidir, sağlık profesyonelleri gey kültürüne yabancı olduklarında eşcinsellere bakım sunarken rahat olamadıklarını rapor etmişlerdir. Sağlık çalışanının rahatsızlığı lezbiyen kadınların sağlık bakımından yararlanmayı azaltıcı bir etkiye dönüşebilir.<sup>58</sup> Tüm sağlık profesyonellerinin lisans eğitim müfredatlarında ve hizmet içi eğitim programlarında lezbiyen sağlık sorunlarına yönelik konuların ele alınması lezbiyen kadınların sağlık bakım sisteminde ötekileştirilmesinin azaltılması açısından önemlidir. Böyle bir eğitimde, lezbiyen kadınların spesifik sağlık bakım gereksinimlerini içeren bilgi, değerleri belirleme, ve iletişim becerilerinde duyarlılık gibi hem bilişsel hem de duyuşsal öğrenme alanları ele alınmalıdır.<sup>46</sup> Bu konuda daha bilgili olan profesyoneller daha rahat ve daha yetkin bakım verebilecektir ve diğer sağlık çalışanlarına da rol modeli olabileceklerdir.<sup>3</sup>

*Erişime ekonomik engeller;* Lezbiyenlerin daha az sağlık sigortasına sahip olmaları ve gerekli sağlık bakım hizmeti ve ilaç alımlarında engellerle karşılaşmaları daha olasıdır.<sup>60,66</sup> Ayrıca lezbiyen kadınlar heteroseksüel kadınlardan daha az gelire sahiptir ve bir lezbiyenin sağlık bakımı için daha az sağlık harcaması vardır.<sup>3</sup> Lezbiyenler sağlık sigortasının yetersiz kaynağından dolayı koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterli yararlanamamaktadır.<sup>67,68</sup> Yılmaz ve Göçmen (2015) çalışmalarında ülkemizde aylık gelirini temel gereksinimlerini karşılamaya yetmediğini/zor yettiğini belirten LGBT oranı %35 (987 kişi) olarak saptamışlardır. Aynı çalışmada %23,9 (686 kişi) oranında kişi ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaçları olmasına rağmen, bu hizmetlerin pahalılığından dolayı hizmete ulaşamadıklarını, %14,1 (400 kişi) kişi herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olmadıklarını belirtmişlerdir.<sup>7</sup>

Sağlık çalışanlarıyla deneyimlerde, iletişimde, erişimde heteroseksüel kadınlarla lezbiyenler arasında önemli düzeyde farklılıklar mevcuttur ve bu farklılıklar sağlık bakım hizmetlerini kullanımda tutarsızlıklara neden olmaktadır. Lezbiyen kadınlar heteroseksüellerle karşılaştırıldığında lezbiyenler koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmakta, bir sağlık sorunu ortaya çıktığında, tedaviyi geciktirmekte ya da sadece şiddetli semptomlarda yardım arama davranışı göstermektedir.<sup>68,69</sup>

*Lezbiyen kadınların sorunları ve gereksinimlerine duyarlı ve bilgili olmak,* iletişim kur-

mada becerikli ve uygun bakımı sağlamada yetkin olmak, kadınlara saygı duyulduğunu, kabul edildiğini hissettiren bir ortam sağlayabilmek ve ne olursa olsun cinsel yönelimli tüm kadınlara hoşgörülü olabilmek kadınlara sağlık bakımı veren tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır. Ayrıca sağlık çalışanları güncel bilgileri takip etmeli uygun koruyucu önlemler hakkında bilgili olmalı ve kadınların kolaylıkla ulaşabileceği uygun tarama ve koruyucu önerilerde bulunmalıdır.<sup>3</sup>

Hemşireler ve diğer çalışanlar misafirperver ve güvenli olan hem fiziksel hem de interaktif bir çalışma ortamı, yaratmak için çabalamalıdır. Örneğin “koca ya da erkek arkadaş” yerine partner ya da önemli bir kişi şeklinde kullanılmalıdır. Cinsel aktivite hakkında araştırmaya niçin böyle bir soruya gerek duyulduğunu açıklayarak başlanmalıdır. Heteroseksüaliteyi dikkate almayacak şekilde sorulmalıdır. Örneğin: kadınla, erkekle mi yoksa her ikisiyle de mi cinsel aktifsiniz? Hemşireler hastanın yanında ona eşlik eden her hangi bir olmadığında hastanın güvenliğini ve kabulünü sağlamada hemşireler hasta savunucu rollerini de uygulayabilirler. Farklı gruplara hitap eden okuma materyallerin ve resimlerin olması önemlidir. Bu değişimler sayesinde tehdit edici ve ayrımcı sağlık bakım ortamlarından güvenli ve kabul edici bakım ortamlarına dönüşebilir.

### Sonuç

Lezbiyen kadınlar sağlık bakım hizmetlerinde eşitsizlik yaşamaktadır. Genellikle ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Buda rutin sağlık hizmetlerinden ve sağlık tarama hizmetlerinden yararlanmayı azaltmaktadır. Sağlık profesyonelleri lezbiyenlerin sağlık sorunları, sağlık kuruluşlarındaki eşitsizlikler, eğitim, araştırma ve sağlık politikaları konularında farkındalıkların geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir. Sağlık bakım profesyonelleri lezbiyen kadınların sağlık bakımını geliştirmede cinsel yönelim konularında kültürel yetkinlik geliştirmelidirler. Sağlık çalışanları lezbiyen kadınları tanıırken ve bütün kadınların heteroseksüel olmadığının farkında olduklarını göstererek gizlilikten kaçınarak açık olmalıdırlar.

### Kaynakça

1. Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü: Katılımcı Rehberi 2007. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Ço-

cuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, 70.

2. Improving Cultural Competence To Reduce Health Disparities 2016. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Minnesota Evidence-based Practice Center Minneapolis, AHRQ Publication s.31-47 Available from: <https://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/573/2206/cultural-competence-report-160327.pdf>
3. Hutchinson MK, Thompson AC, Cederbaum JA. Multisystem factors contributing to disparities in preventive health care among lesbian women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006; 35(3):393-402.
4. Blechinger DR. Understanding the LGBT communities. In: Eckstrand KL, Ehrenfeld J M.eds. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Healthcare. Springer International Publishing Switzerland 2016. p. 3-21.
5. Twenge JM, Sherman RA, Wells BE. Changes in American adults' sexual behavior and attitudes, 1972-2012. Arch Sex Behav. 2015; 44(8):2273-2285.
6. Twenge JM, Sherman RA, Wells BE. Changes in American Adults' Sexual Behavior and Attitudes, 1973-2014. Arch Sex Behav. 2016; 45(7):1713-1730.
7. Yılmaz, V. ve Göçmen, İ. (Haziran, 2015), Türkiye’de lezbiyen, gey, biseksüel ve trans bireylerin sosyal ve ekonomik sorunları araştırmasının özet sonuçları. Cilt IV, Sayı 6, s.94-101, Türkiye Politika ve Araştırma Merkezi (Research Turkey), Londra: Research Turkey (<http://researchturkey.org/9142>).
8. Newport F. Sixoutof 10 Americans say homosexual relations should be recognizedas legal. 2003. Gallup poll.. Available from: [/http://www.galluppoll.com/content/?ci=8413andpg](http://www.galluppoll.com/content/?ci=8413andpg)
9. Roberts SJ. Health care recommendations for lesbian women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006; 35(5):583-591.
10. Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Whittaker D. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. Sex Transm Infect. 2003; 79(2):147-150
11. Chetcuti N, Beltzer N, Methy N, Laborde C, Velter A, Bajos N, et al. Preventive care's forgotten women: life course, sexuality, and sexual health among homosexually and bisexually active women in France. J Sex Res. 2013; 50(6):587-597.

12. Fallin A, Goodin A, Lee YO, Bennett K. Smoking characteristics among lesbian, gay, and bisexual adults. *Preventive Medicine*. 2015; 74:123–130.
13. .Blosnich JR, Farmer GW, Lee JG, Silenzio VM, Bowen DJ. Health inequalities among sexual minority adults: evidence from ten U.S. states, 2010. *Am J Prev Med*. 2014; 46(4):337-349.
14. Cochran SD, Bandiera FC, Mays VM, Sexual orientation-related differences in tobacco use and secondhand smoke exposure among US adults aged 20 to 59 years: 2003-2010 National Health and Nutrition Examination Surveys. *Am J Public Health*. 2013;103(10):1837-1844.
15. Struble CB, Lindley LL, Montgomery K, Hardin J, Burcin M, Overweight and obesity in lesbian and bisexual college women. *J Am Coll Health*. 2010;59(1):51-56.
16. Hequembourg AL, Dearing RL, Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women. *J Homosex*. 2013; 60(4):615-638.
17. Hequembourg AL, Livingston JA, Parks KA. Sexual victimization and associated risks among lesbian and bisexual women. *Violence Against Women*. 2013; 19(5):634-657.
18. Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. Comparison of health and health risk factors between lesbian, gay, and bisexual adults and heterosexual adults in the United States. *JAMA Intern Med*. 2016; Jun 27.
19. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*. 2003;129(5):674–697.
20. Ridner SL, Frost K, LaJoie AS, Health information and risk behaviors among lesbian, gay, and bisexual college students. *J Am Acad Nurse Pract*. 2006;18(8):374-378.
21. Demographics of Sexual Orientation. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics\\_of\\_sexual\\_orientation#United\\_States\\_2](http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_sexual_orientation#United_States_2)
22. Layte R, McGee H, Quail A, Rundle K, Co-usins G, Donnelly C, et al. The Irish study of sexual health and relationships health among young people in Ireland main report. Dublin: Crisis Pregnancy Agency, 2006. Available from: <http://www.ucd.ie/issda/static/documentation/esri/issshr-report.pdf>.
23. Xu F, Sternberg MR, Markowitz LE. Women who have sex with women in the United States: prevalence, sexual behavior and prevalence of herpes simplex virus type 2 infection-results from national health and nutrition examination survey 2001-2006. *Sex Transm Dis*. 2010; 37(7):407–413.
24. Gates GJ, How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender? The Williams Institute 2011;1-9.
25. Fischer AH, Manstead A. The relation between gender and emotions in different cultures. In: Agneta HF, eds. *Gender and emotion: Social psychological perspectives*. 1st. Ed. Cambridge University Press; 2000. p. 71-94.
26. Herek GM. Beyond “Homophobia”: thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Journal of NSRC*. 2004;1(2):6-24.
27. Sakallı N, Uğurlu O. Effects of social contact with homosexuals on heterosexual Turkish university students attitudes towards homosexuality. *Journal of Homosexuality*. 2001;42 (1):53-62.
28. Güney N, Kargı E, Corbacı-Oruc A. Üniversite öğrencilerinin eşcinsellik konusundaki görüşlerinin incelenmesi. 2004. Available from: <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/74/>.
29. Cırakoğlu OC. Perception of homosexuality among Turkish University students: The role of labels, gender, and prior contact. *The Journal of Social Psychology*. 2006;146(3): 293-305.
30. Erdoğan B, Köten E. Yeni toplumsal hareketlerin sınıf dinamiği: Türkiye LGBT hareketi. *Marmara Üniversitesi Siyasal Bilimler Dergisi*. 2014;2(1):93-113.
31. Sakallı-Uğurlu N. Eşcinsellere ilişkin tutumlar: Türkiye’de yapılan görgül çalışmalar. *Türk Psikoloji Yazıları* 2006;9(17):53-69.
32. Herek GM. The psychology of sexual prejudice. In: Garnets LD, Kimmel DC (Editors). *Psychological Perspectives On Lesbian, Gay, And Bisexual Experiences*. Second Edition. New York: Columbia University Press; 2003. p.157-164.
33. Göregenli M. Gruplar arası ilişki ideolojisi olarak homofobi. Geylerin ve Lezbiyenlerin Sorunları ve Toplumsal Barış İçin Çözüm Arayışları. Ankara: Kaos GL Kitapları, 2004. s.142-148.

34. Kite ME, Whitley Jr, Bernard E. Sex differences in attitudes toward homosexual persons, behavior, and civil rights: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1996;22:336-353.
35. Harbaugh E, Lindsey EW. Attitudes toward homosexuality among young adults: connections to gender role identity, gender-typed activities, and religiosity. *J Homosex.* 2015;62(8):1098-125.
36. Anderssen N. Does contact with lesbians and gays lead to friendlier attitudes? A two year longitudinal study. *J. Community Appl. Soc. Psychol* 2002;12:124-136.
37. Sakallı N, Uğurlu O. Effects of social contact with homosexuals on heterosexual Turkish university students attitudes towards homosexuality. *Journal of Homosexuality* 2001;42(1):53-62.
38. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health.* 2013;103(5):813-821.
39. Weisz VK. Social justice considerations for lesbian and bisexual women's health care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38(1):81-87.
40. Fallin-Bennett K, Henderson S L, Nguyen GT, Hyderi A. Access to care. In: Eckstrand KL, Ehrenfeld J M.eds. *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Healthcare.* Springer International Publishing Switzerland 2016. p. 23-30.
41. Strutz KL, Herring AH, Halpern CT. Health disparities among young adult sexual minorities in the U.S. *Am J Prev Med.* 2015; 48:76-88.
42. Buchmueller T, Carpenter CS. Disparities in health insurance coverage, access, and outcomes for individuals in same-sex versus different-sex relationships, 2000-2007. *Am J Public Health.* 2010;100:489-495.
43. Urwin S, Whittaker W. Inequalities in family practitioner use by sexual orientation: evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Open.* 2016; 6:e011633.
44. Stonewall. *Unhealthy attitudes, the treatment of LGBT individuals within health and social care services.* Stonewall, 2014.
45. McNair RP. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *Med J Aust.* 2003;16;178(12):643-645.
46. Elliott MN, Kanouse DE, Burkhardt Q, Abel GA, Lyratzopoulos G, Beckett MK, Schuster MA, et al. Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: a national survey. *J Gen Intern Med.* 2015;30:9-16.
47. Markus EB, Weingarten A, Duplessi Y, Jones J. Lesbian couples seeking pregnancy with donor insemination. *J Midwifery Womens Health* 2010;55(2): 124-132.
48. Hart D. Toward better care for lesbian, gay, bisexual and transgender patients. *Minn Med.* 2013; 96(8):42-45.
49. Eliason MJ, Dibble S, DeJoseph J. Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: the need for emancipatory efforts. *Adv Nurs Sci.* 2010;33(3):206-218.
50. Logie CH, James L, Tharao W, Loutfy MR. "We don't exist": A qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *J Int AIDS Soc.* 2012;15:173-192
51. Steele LS, Ross LE, Dobinson C, Veldhuizen S, Tinmouth JM. Women's sexual orientation and health: Results from a Canadian population-based survey. *Women Health.* 2009;49:353-367.
52. Bradshaw CS, Walker SM, Vodstrcil LA, Bizardi JE, Law M, Hocking JS, Fethers KA, et al. The influence of behaviors and relationships on the vaginal microbiota of women and their female partners: The WOW Health Study. *J Infect Dis.* 2014;209:1562-1572.
53. Muzny CA, Sunesara IR, Kumar R, Mena LA, Griswold ME, Martin DH, Lefkowitz EJ, et al. Characterization of the vaginal microbiota among sexual risk behavior groups of women with bacterial vaginosis. *PLoS ONE.* 2013;8:e80254.
54. Jackson CL, Agénor M, Johnson DA, Bryn Austin S, and Kawachi I. Sexual orientation identity disparities in health behaviors, outcomes, and services use among men and women in the United States: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2016;16:807:1-11.
55. Lewis NM. Mental health in sexual minorities: recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health Place.* 2009;15(4):1029-1045.
56. Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(1):53-61.

57. Fogel SC. Access to care. Internalized homophobia, disclosure, and health . In: Eckstrand KL, Ehrenfeld J M.eds. *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Healthcare*. Springer International Publishing Switzerland 2016. p. 39-47.
58. Bergeron S, Senn C. Health care utilization in a sample of Canadian lesbian women: Predictors of risk and resilience. *Women & Health* 2003;37(3):19-35.
59. McNair RP, Anderson S, Mitchell A. Addressing health inequalities in Victorian lesbian, gay, bisexual and transgender communities. *Health Promotion Journal of Australia* 2001;11(1):305-311.
60. Diamant A, Schuster M, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians . *Am J Prev Med*. 2000;19(3):141-148.
61. St Pierre M. Under what conditions do lesbians disclose their sexual orientation to primary healthcare providers? A review of the literature. *J Lesbian Stud*. 2012;16(2):199–219.
62. Akdaş, M., and A. Tevhide 2008. “Eşcinsellere Yönelik Olumsuz Tutumlar: Meslek Grupları ve İlişkili Özellikler. *Adli Bilimler Dergisi* 7: 23-30.
63. United States Department of Health & Human Services (USDHHS). *Healthy People 2010 Companion Document for LGBT Health*. 2000. Available from: <http://www.glma.org/policy/hp2010/index.html>.
64. McGarry K, Clarke J, Cyr M, Landau C. Evaluating a lesbian and gay health care curriculum. *Teach Learn Med*. 2002;14(4):244 – 248.
65. Obedin-Maliver, J., E. S. Goldsmith, L. Stewart, W. White, E. Tran, S. Brenman, M. Wells, D. M. Fettermen, M. Garcia, and M. R. Lunn. 2011. “Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender-Related Content in Undergraduate Medical Education”. *Journal of the American Medical Association* 306 (9): 971-977.
66. Johnson MH, Henderson P. Acquiring and demonstrating attitudes in medical education: Attitudes to homosexuality as a case study. *Med Teach* 2000;22(6):585 – 591.
67. Cochran S, Mays V, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbian women . *Am J Public Health* 2001; 91(4):591-597.
68. Marrazzo JM, Gorgos LM. Emerging sexual health issues among women who have sex with women. *Curr Infect Dis Rep* 2012;14:204–211.
69. Koh AS, Gomez CA, Shade S, Rowley E. Sexual risk factors among self identified lesbians, bisexual women, and heterosexual women accessing primary care settings. *Sex Transm Dis*. 2005;32(9):563–569.

**Fibromiyalji ve D Vitamini İlişkisi: Hemşirelik Bakımı****The Relationship between Fibromyalgia and Vitamin D: Nursing Care**Burcu BABADAĞ<sup>a</sup>, Güler BALCI ALPARSLAN<sup>b</sup>

**ÖZET** Fibromiyalji; hassas noktalar, kronik yaygın kas iskelet ağrıları ile karakterize, uyku bozukluğu, kas zayıflığı, anksiyete gibi birçok semptomun eşlik ettiği, etiyojisi kesin olarak bilinmeyen bir sendromdur. Yapılan çalışmalarda fibromiyalji hastalarında D vitamini seviyesinin düşüklüğünün yaygın olduğu belirtilmektedir. D vitamini immün sistem aktivitesinde düzenleyici olarak görev yapmakta ve ağrı ile de ilişkilendirilmektedir. D vitamini eksikliğinin ağrıya karşı duyarlılığı arttırdığı, bunun potansiyel nedeninin de "ağrıyı algılayan" nöronların üretimi ve vitamin D metabolitin yanıtı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. D vitamini eksikliği ağrıyı algılayan nöronların uyarımını arttırmakta ve hipersensitiviteye yol açmaktadır. Özellikle literatürde fibromiyalji hastalarında D vitamini takibi ile ilgili hemşirelik alanında sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Hemşirelerin fibromiyalji hastalarını D vitamini yetersizliği yönünden değerlendirilmesi gereklidir. Fibromiyaljide ağrı yönetiminde D vitamininin desteklenmesi için hemşirenin etkili girişimlerde bulunması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı, D vitamini, fibromiyalji, ağrı, hemşirelik bakımı

**ABSTRACT** Fibromyalgia is a syndrome that the etiology is exactly unknown characterized by diffuse musculoskeletal system pain and accompanied by many symptoms, such as sleep disturbances, muscle weakness, anxiety. It is reported that on patients with fibromyalgia is widespread low levels of vitamin D. Vitamin D acts as regulator of the immune system activity. In addition, vitamin D is also associated with pain. Vitamin D deficiency is thought related to an increased sensitivity to pain, potentially because the "pain-sensing" neurons produce and respond to active Vitamin D metabolites. Vitamin D deficiency increases the stimulation of nociceptive and leads to hypersensitivity. Especially there are limited studies in the literature in nursing areas related to follow of vitamin D on patients with fibromyalgia. Nurse should assess the fibromyalgia patients in the terms of the symptoms of vitamin D deficiency. It is essential that nurses should be effective interventions to supports vitamin D for the pain management on fibromyalgia patients.

**Key words:** Pain, vitamin D, fibromyalgia, pain, nursing care

**Giriş**

Fibromiyalji (FM); hassas noktalar, kronik yaygın ve kas-iskelet ağrıları ile karakterize, uyku bozukluğu, kas zayıflığı, anksiyete ve depresyon gibi birçok semptomun eşlik ettiği, etiyojisi kesin olarak bilinmeyen bir sendromdur.<sup>1</sup> Amerikan Romatoloji Cemiyeti (ARC) tanı kriterlerine göre; fibromiyalji tanısında yaygın ağrı öyküsü ve semptom şiddeti skorları dikkate alınmaktadır.<sup>2</sup> Queiroz'in<sup>3</sup> dünya çapında fibromiyalji epidemiyolojisini araştıran çalışmasında; FM'nin ülkelere göre görülme oranının %0.4 ile %9.3 şeklinde değişiklik gösterdiği, global ortalamasının

%2.7 olarak belirtilmiştir. Ayrıca; FM'nin kadınlarda, 50 yaş üzerinde, düşük eğitim ve sosyoekonomik seviyede, özellikle obez kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir.<sup>3</sup>

Fibromiyalji etiyojisi hala tam olarak açıklanamamakla birlikte; uyku paterninde değişikliklerle, serotonin, P maddesi, büyüme hormonu ve kortizol gibi bazı nöroendokrin sistemin transmitterlerinde değişikliklerin etiyojide rol oynadığı düşünülmektedir.<sup>4</sup> Bunun yanı sıra santral ağrı mekanizmaları ve santral sentizizasyon gibi faktörlerin de FM etiyojisinde rolü olduğuna ilişkin teoriler de mevcuttur.<sup>1</sup> Hastalığın en

Geliş Tarihi/Received: 18-02-2016 / Kabul Tarihi/Accepted: 07-07-2016

a. Arş. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Eskişehir

b. Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Eskişehir

Sorumlu yazar /correspondence: Burcu Babadağ ; Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Eskişehir,

e-posta: [burcubabadag1@gmail.com](mailto:burcubabadag1@gmail.com)

**Atf:** Babadağ B, Alparslan GB, Fibromiyalji ve D Vitamini İlişkisi: Hemşirelik Bakımı. HSP 2016; 3(3):226-233

**To cite this article:** Babadağ B, Alparslan GB, The Relationship between Fibromyalgia and Vitamin D: Nursing Care. HSP 2016; 3(3):226-233

\*16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi 15-19 Ekim 2014, Antalya, Türkiye'de poster bildiri olarak sunulmuştur

önemli bulgusu kronik yaygın kas iskelet sistemi ağrısıdır ve hastaların ağrı şiddeti genellikle yüksek seyretmektedir. Guetin ve ark.nın<sup>5</sup> çalışmasında kronik ağrı şikayeti yaşayan hastaların %50.6' sının fibromiyaljiye bağlı ağrı şikayeti yaşadığı, Görsel Ağrı Skalası (GAS)'na göre ağrı şiddeti ortalamasının 6.20±1.60 olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise fibromiyaljili hastaların GAS'a göre ağrı şiddeti ortalamaları 6.89±1.64 olarak belirlenirken; hastaların %45.9'u ağrılarının rahatsız edici düzeyde olduğunu ve %51.4'ünün ağrıyla baş edemediklerini belirtmişlerdir.<sup>6</sup> Bunun yanında; fibromiyalji sendromunda yorgunluk, bitkinlik, sabahları yorgun uyanma, sabah tutukluğu, yumuşak dokularda subjektif şişkinlik hissi, parestezi, tremor, aşırı terleme, soğuk ekstremiteler, kronik baş ağrısı, semptomların hava şartları ile değişmesi, semptomların stres ve anksiyete ile artması, anksiyete, Raynaud fenomeni şeklinde çok farklı semptomlar bulunmaktadır.<sup>1,2,4,7</sup> Fibromiyalji hastalarının sıklıkla yakındığı ağrı şikayetleri bireylerin yaşam ve uyku kalitesini, fonksiyonel yeterliliğini olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>8,9</sup>

Hastalığın tanısında ACR tanı kriterlerinin kullanılmasının yanında bazı laboratuvar bulguları da değerlendirilmektedir. Buna göre; tam kan sayımı, sedimentasyon hızı, romatoid faktör, antinükleer antibody, trioid stimulan hormon, vitamin D gibi değerlere de bakılmaktadır.<sup>4</sup> FM'nin tedavisinde non-farmakolojik ve farmakolojik yöntemler birlikte kullanılmaktadır. Non-farmakolojik yöntemler arasında egzersizler, stres yönetimi, müzik terapisi, aromaterapi gibi birçok yöntemden yararlanılmaktadır. Farmakolojik tedavide sınırlı sayıda tedavi bulunmakta ve bu tedavilerin de çoğu zaman hastalığı tedavi etmek yerine semptomları rahatlatıcı etkisi olmaktadır. Buna göre tedavide; nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar(NSAİİ), analjezikler, antidepresanlar, kalsiyum ve D vitamini destekleri kullanılmaktadır.<sup>1,4,6</sup>

### Fibromiyalji ve D vitamini İlişkisi

D vitamini esas olarak kalsiyum depolanması ve kemik rezorpsiyonu ile görevli olan yağda eriyen vitaminlerden biridir. Vitamin D3 (kolekalsiferol) bileşiği, derideki 7-dehidrokolesterolon güneşteki UV ışınlarının etkisi ile oluşmaktadır. Bunun yanında D vitamini; sırasıyla karaciğer ve böbreklerde bir dizi reaksiyona uğrayıp, sonuç olarak kalsiyumun bağırsaklardan emilimini hızlandırmakta ve kemik metabolizmasına katkı sağlamaktadır.<sup>10</sup> Vitamin D' nin etkisinin vücut tarafından görülmesi için hem güneş ışığı ile hem

besinlerle alınımının yanı sıra; karaciğer, böbrekler, endokrin sistem gibi birçok sistemin yardımına ihtiyaç bulunmaktadır.<sup>10</sup> Vitamin D yeterlilik düzeyi; Serum 25 OHD düzeyi ile takip edilmekte, >30 ng/ml olan 25OHD3 değerler yeterli olarak tanımlanmaktadır. Serum 25 OHD <20 ng/ml(<50 nmol/ml) vitamin D eksikliği, 25 OHD 20-30 ng / ml VD yetersizliği olarak belirtilmiştir.<sup>11</sup>

Özellikle son yıllarda yapılan çeşitli araştırmalarla D vitamininin kemik metabolizması ile ilgili görevlerinin yanı sıra farklı görevleri olduğu açıklanmıştır. Buna göre; D vitamininin immün sistem, kardiyovasküler sistem, kas-iskelet sistemi gibi birçok sistemle ilgili hastalıkların yanında, kanser, ağrı oluşumu gibi birçok hastalık ve semptomla da ilişkili olduğu düşünülmektedir.<sup>12-14</sup> İmmün sistemle ilişkili olarak; D vitamininin immünmodülatör gibi görev yaptığı, CD4, CD8, T hücreler ve doğal katil hücrelerin düzen ve aktivasyonunu sağladığı bilinmektedir.<sup>12,15</sup> Romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus (SLE), multiple skleroz hastalığı gibi bazı hastalıklarla da vitamin D eksikliğinin ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur.<sup>12,16,17</sup> Bunun yanında özellikle kadın hastalarda görülen birincil semptomu ağrı olan fibromiyalji hastalığının da vitamin D düzeyi ile ilişkisini inceleyen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır.<sup>18-20</sup> Yapılan çalışmalarda fibromiyalji hastalarında D vitamini seviyesinin düşüklüğünün yaygın olduğu belirtilmektedir.<sup>18-23</sup> Bu çalışmaların dışında literatürde fibromiyalji ile D vitamini ilişkisi ile ilgili tartışmalı çalışmalar da bulunmaktadır (Bkz. Tablo 1).<sup>24,25</sup>

Fibromiyalji ile D vitamini ilişkisi çeşitli teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır. Bir teoriye göre; Vitamin D düzeyi düşüklüğünün fibromiyalji semptomlarına yol açtığı savunulmaktadır. Buna göre; vitamin D reseptörlerinin beyindeki nöron ve glia hücrelerinde bulunduğu ve tam açıklanamamakla birlikte diğer nöropeptitlere benzer fonksiyonları olduğu düşünülmektedir. FM'nin patofizyolojisinde de buna benzer şekilde santral mekanizmaların rol oynadığı bilinmektedir.<sup>20,26</sup> Ayrıca; FM hastalarının fonksiyonel yeterliliğinin azalmasına bağlı olarak güneş ışığına maruziyetlerinin azaldığı, dolaylı olarak da D vitaminin güneş ışığı ile etkileşmesinin etkilendiği düşünülmektedir.<sup>20,27</sup> Bunların yanında; FM hastalarının kronik ağrı şikayeti yaşamaları ve ağrıyla baş etmede güçlük yaşamalarının çaresizlik hissi duymalarına neden olduğu belirtilmiştir.<sup>28</sup> Babadağ ve ark.nın çalışmasında da hastaların ağrı inançlarının ağrıyla başa çıkma durumlarında değişiklik yaratabileceği; özellikle

Tablo 1. D Vitamini Eksikliği ve Fibromiyalji İlişkisi

| Yazarlar   | Çalışmanın Adı   | Çalışma Sonucu   |
|--|--|--|
| <b>Wepner ve ark.<sup>21</sup></b>                 | Effects of vitamin D on patients with fibromyalgia syndrome: a randomized placebo-controlled trial                     | Fibromiyalji hastalarında D vitamini tedavisinin ağrı üzerine etkisini inceleyen randomize-plasebo kontrollü çalışmada; deney grubundaki bireylerde Görsel Ağrı Skalası değerlerinde düşme ve fiziksel fonksiyonda artma görülmüştür.  |
| <b>Matthana<sup>19</sup></b>                       | The relation between vitamin D deficiency and fibromyalgia syndrome in women   | Vitamin D eksikliği ile kadın hastalarda fibromiyalji sendromu ilişkisini inceleyen çalışmada; hastaların %61'inde vitamin D eksikliği görülmüş; haftada bir kez ergocalciferol 50.000 IU ile yapılan tedavide %42'sinin serumda vitamin D seviyelerinin yükseltildiği belirtilmiştir.   |
| <b>Köse<sup>18</sup></b>                           | Fibromiyalji hastalarında kan vitamin D düzeyleri ve D vitamini tedavisinin etkinliği                                  | Fibromiyalji hastalarında serum vitamin D düzeyleri ve D vitamini tedavisinin etkinliği araştırılmış; hastaların %76.6'sında D vitamini eksikliği; %14.2'sinde ise D vitamini yetersizliği tespit edilmiştir. Bu çalışmada D vitamini eksikliğinin dirençli kas-iskelet sistemi ağrısı ve nöromusküler disfonksiyonla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. <sup>18</sup>   |
| <b>Olama ve ark.<sup>20</sup></b>                  | Serum vitamin D level and bone mineral density in premenopausal Egyptian women with fibromyalgia                       | Mısırlı fibromiyalji hastası kadınlarda; serum vitamin D düzeylerinin kemik mineral yoğunluğu incelenmiştir. Özellikle primer fibromiyalji hastalarının vitamin D düzeylerinin düşük olduğu ve bu hastalarda osteoporoz için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. <sup>20</sup>   |
| <b>Küçükali Türkyılmaz ve ark.nın<sup>24</sup></b> | Fibromiyalji hastalarında kemik mineral yoğunluğu ile serum D vitamini düzeyinin ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi | Fibromiyalji hastalarından oluşan deney grubu, sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunda kemik mineral yoğunluğu ve serum D vitamini düzeyinin ağrı ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. Çalışmada FMS'li hastalar ile kontrol grubundaki hastalar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuş; bu durum D vitamini seviyesinin en azından çalışma grubunda, diğer sağlıklı bireylere göre düşük olmadığını göstermesi şeklinde açıklanmıştır. <sup>24</sup> |
| <b>Yener ve Akkuş'un<sup>25</sup></b>              | Fibromiyalji'li hastalarda serum 25-hidroksi D vitamini ve parathormon düzeyleri                                       | Araştırmacıların; 34 fibromiyaljili premenopozal kadın ve 34 sağlıklı premenopozal kadın ile yaptıkları çalışmada D vitamin düzeyleri fibromiyaljili grupta düşük bulunmasına karşı iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.  |



hastaların ağrının kökeninin organik nedenli olduğuna inanmasının, hastaların ağrıyla başa çıkamalarında zorluklar yaratacağı, hastaların çaresizlik yaşayabileceği ve aktivite kısıtlılığı yaşayabilecekleri belirtilmektedir.<sup>29</sup> Dolayısıyla FM hastalarının kronik ağrı şikayeti yaşamaları, ağrıyla başa çıkma durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir ve bu durum dolaylı olarak D vitamini düzeylerine de olumsuz etki etmektedir.

### D Vitamini ve Ağrı İlişkisi

D vitamini immun sistem aktivitesinde düzenleyici olarak görev yaptığı ve romatoid artirit, SLE gibi ağrı semptomlarının sık görüldüğü birçok otoimmün hastalıkta önemli rol oynadığı bilinmektedir.<sup>12</sup> Son yıllarda üzerinde çalışmaların sık yapıldığı ve hala etiyojisinin kesin olarak bilinmediği fibromiyaljide de D vitaminin önemli olduğu görülmüştür. Dolayısıyla D vitaminin ağrı ile de ilişkilendirildiği çalışmalara yönelinmiştir.<sup>30,31</sup> D vitamini eksikliğinin ağrıya karşı duyarlılığı arttırdığı, bunun potansiyel nedeninin de "ağrıyı algılayan" nöronların üretimi ve vitamin D metabolitin yanıtı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. D vitamini eksikliği ağrıyı algılayan nöronların uyarımını arttırmakta ve hipersensitiviteye yol açmaktadır.<sup>32</sup>

Yapılan çeşitli çalışmalarda kronik ağrı yaşayan hastaların D vitamini düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir.<sup>22,23,30,33-36</sup> Turner ve ark.nın<sup>30</sup> çalışmasında; kronik ağrı hastasında vitamin D yetersizlik prevalansı ve ilişkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada; hastaların %26'sında vitamin D eksikliği görülmüştür. Bunun yanında; ağrı yönetiminde opioid ilaç türevi kullananların da vitamin D eksikliği olan grupta daha yüksek olduğu belirtilmiştir.<sup>30</sup> Bu durum vitamin D'nin eksikliğinin kemik mineralizasyonunu bozduğu ve sekonder olarak iskelet ağrılarına neden olması ile açıklanmıştır.<sup>30</sup> Ayrıca, Vitamin D reseptörlerinin kas dokusunda yer aldığı ve vitamin D düzeyinin düşüklüğünün özellikle proksimal kas güçsüzlüklerine de yol açabileceği bildirilmiştir.<sup>30,35</sup> Lodh ve ark.nın<sup>36</sup> bel ağrısına sahip bireylerle yaptıkları randomize-kontrolü çalışmada; deney grubundaki hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre vitamin D düzeyleri istatistiksel olarak düşük bulunmuştur. Çalışmada kronik ağrı şikayeti yaşayan bireylerin vitamin D düzeylerinin erken dönemde kontrol edilmesi ve gerekliyse tedavi edilmesinin önemli olduğu belirtilmiştir.<sup>36</sup> Fibromiyalji ve D Vitamini: Hemşirelik Bakımı Fibromiyalji; etiyojisi hakkında araştırmaların devam ettiği, buna bağlı olarak da tedavide ve ba-

kımda kısıtlılıkların görüldüğü, bakımı ve semptom yönetimi uzun süren bir hastalıktır. Bu nedenle hastaların multidisipliner bir ekip anlayışıyla tedavi ve bakım süreçlerinin gerçekleştirilmesi; bireyin tedaviye uyumunu kolaylaştırarak, semptom yönetiminde başarı sağlayacaktır. Özellikle ekip üyelerinden olan hemşirelere fibromiyalji hastalarında görülen semptom yönetiminde bağımsız rollerini kullanmaları açısından da büyük sorumluluklar düşmektedir.<sup>1,4,6,37</sup>

Fibromiyaljide; farmakolojik tedavi yöntemleri trisiklik antidepresanlar, non-steroid antiinflamatuar ilaçlar, basit analjezikler, kas gevşeticiler, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRİ), D vitamini, kalsiyum ve magnezyum takviyeleri kullanılmaktadır. Hemşirelere hastanın ilaç planlaması, hastaların yan etkiler, etkileşimler hakkında bilgilendirilmesi, ilaç takibi ile ilgili görevler düşmektedir.<sup>1,38</sup> Kullanılan ilaca göre verilecek hemşirelik eğitimi değişmektedir. Aşağıda bu eğitim basamakları sıralanmıştır:

- Trisiklik Antidepresan: Ağız kuruluğu, konstipasyon yan etkilerine karşı sıvı alımı artırılmalı; uyuşukluk, dikkat dağınıklığına karşı araba kullanımından ve dikkat gerektiren işte çalışmadan kaçınılmalıdır. Bulanık görme problemi olursa hekime başvurulmalıdır.
- NSAİİ ve Basit Analjezikler: Peptik ülser ya da GİS ülseri olanlarda dikkatli olunmalı, ilaç tok karna alınmalı, antikoagülan ilaçlarla kullanımında GİS kanama yönünden takip edilmelidir.
- Kas gevşeticiler: Sıvı alımı ve lifli gıda tüketimi artırılmalı, uyuşukluk ya da kalp çarpıntısı durumunda hekim ile görüşülmelidir.
- SSRİ: Sabah alınmalı, sıvı tüketimi artırılmalıdır. Baş ağrısı, bulantı, ishal durumunda hekim ile görüşülmelidir.<sup>38</sup>

Fibromiyaljideki hemşirelik bakımındaki ana amaç; hastanın semptomlarının azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması olmalıdır.<sup>6,38</sup> FM hastalarında ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, depresyon gibi semptomlar görülmektedir. Semptom yönetiminde başlıca hemşirelik girişimleri eğitim aktiviteleri, hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yönelik aktivitelerin planlanması, destekleyici terapilerin sağlanması ve hastalığın doğasının anlaşılmasına dayalıdır.<sup>26</sup> Hemşire, bu semptom yönetiminde hastanın semptomunu kontrol etmelidir. Hastanın yorgunluk ve uyku semptomlarına yönelik aktivite gücü değerlendirilerek; germe, güçlendirme, aerobik gibi egzersizlerden yararlanmalıdır. Hastalara zaman yönetimi ve aktivite-egzersiz-dinlenme planlamaları ile ilgili rehberlik edilmelidir. Hastaların motivasyonları artırılmalıdır.<sup>26</sup>

Fibromiyaljide major semptom olan ağrının yönetiminde ise hemşirelik girişimlerine ihtiyaç duyulmaktadır.<sup>6,38</sup> Buna göre; hemşire ağrı semptomu olan FM hastasının ağrı yönetiminde aşağıdaki basamakları izlemelidir:

- Ağrının yeri, karakteri, süresi, şiddeti, sıklığı değerlendirilmelidir. FM hastasına ağrı değerlendirilmesi öğretilmelidir.
- Ağrı deneyiminin yaşam kalitesine etkisi tanımlanmalıdır (Uyku düzeni, beslenme, aktivite, bilişsel fonksiyon, çalışma yaşamı vb).
- Ağrı ve ağrıya baş etme yöntemleri ile ilgili bilgi verilmelidir.
- Ağrının yönetiminde sıcak uygulama, gevşeme teknikleri, müzik terapi gibi non-farmakolojik yöntemlerden de yararlanılmalıdır.
- Özellikle soğğun fibromiyalji semptomlarını artırıcı etkisi olmasından dolayı; soğuk uygulamadan kaçınılmalı, hastanın kullandığı giysiler, ev ya da hastane ortamı değerlendirilerek vücut ısısını koruyucu önlemler alınmalıdır.
- Stres ve depresyon yönetimi için teröpatik bir çevre oluşturulmasına dikkat edilmelidir.
- Ağrıya baş etmede kullanılan yöntemlerin etkisi değerlendirilmelidir.
- Gerekirse hekim istemine göre ağrı yönetiminde farmakolojik tedaviden yararlanılmalıdır. İlaçın etki ve olası yan etkisi izlenmeli, hastaya bilgi verilmelidir.<sup>6,9,26,37,38</sup>

Fibromiyalji hastalarında görülen vitamin D eksikliğinin ağrı üzerindeki etkisi nedeniyle hemşire son literatürü takip ederek D vitamini eksikliğine karşı önlem almalıdır. Fibromiyalji hastalarında D vitamini eksikliğine yönelik yapılacak hemşirelik girişimleri ise şunlardır:

- Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi ve balık, yumurta sarısı, süt ve süt ürünleri, mantar gibi D vitamininden zengin besinlerin tüketimine dikkat edilmesi gerekir.
- Bireylerin güneşten yeterli düzeyde yararlanması (haftada en az 2 kez yüz, kollar, bacaklar ve sırtın güneş koruyucu sürülmeden 20-30 dakika gün ışığına maruz bırakılması), güneş koruyucu kremlerde özellikle D vitamini içerenlerin tercih edilmesi önemlidir.
- Güneşin UV ışınlarından yararlanması; cam gibi koruyucu malzemelerin ışınları filtreleme görevi olduğuna dikkat edilmeli, direkt güneş ışığından yararlanılmalıdır.
- Fibromiyalji hastalarının vitamin D düzeyleri takibi yapılmalıdır.

- Fibromiyalji hastalarını vital bulgular, boykilo, deri rengi, kemik ağrısı gibi D vitamini eksikliği belirtileri yönünden de değerlendirilmelidir.
- D vitamini eksikliği olan fibromiyalji hastalarında ağrı kontrolü yapılmalıdır.
- D vitamini ihtiyacına göre D vitamini alımı takip edilmelidir. 19-70 yaş arasında kemik ve kas sağlığı için gerekli minimum günlük D vitamini ihtiyacı 600 IU serum 25(OH)D düzeyini 30 ng/ml düzeyinde tutacak ihtiyaç ise 1500-2000 IU'dur. 70 yaş üzerinde 800 IU, 65 yaş üzerindeki kişilerde düşmeleri önlemek için 800 IU/gün gereklidir.<sup>11</sup>
- D vitamini ile birlikte yeterli kalsiyum alımı da sağlanmalıdır. (19-70 yaş 1000 mg/gün, >70 yaş 1200 mg/gün).<sup>11</sup>
- D vitamini tedavisi alan hastalarda;
- •Kan kalsiyum seviyesinin takibi yapılmalı, hiperkalsemi ve kalsiüri belirtileri açısından takip edilmelidir.
- •Üriner taşı olan, kardiyak problemleri ve hipertansiyonu olan hastalarda yan etkilere karşı dikkatli olunmalıdır.
- •D vitamini tedavisinin antikonvulsan, barbitüratlar ve rifampisin gibi bazı antibiyotiklerle kullanımında ilaç-ilaç etkileşimi olduğu için; ilacın etkisi azalmaktadır. Bunun yanında; tiazid grubu gibi kalsiyum tutulumu yapan diüretiklerde hiperkalsemi yönünden dikkatli olunmalıdır.
- Hastanın safra yolları ile ilgili hastalığı olması durumunda vitamin D'nin emiliminde problemler olabileceği unutulmamalıdır.
- İlacın güneş ışığından korunması, oda sıcaklığında saklanması hastalara hatırlatılmalıdır.
- Yorgunluk, bilinç bulanıklığı, bulantı-kusma, iştah kaybı, ritim bozuklukları gibi D vitamini entoksikasyonu belirtilerine karşı hasta izlenmeli ve bu etkiler konusunda hasta bilgilendirilmelidir.
- Obez bireylerde, vitamin D metabolizmasını hızlandıran ilaç kullananlarda (glukokortikoid, anti epileptik) vitamin D ihtiyacının artacağı göz önünde bulundurulmalıdır.
- Birey fiziksel aktivitenin artırılması için teşvik edilmelidir.
- D vitamin düzeyi düşük, osteoporozu bulunan ve geriatrik olan bireyler düşme riski açısından değerlendirilmelidir.
- Ayrıca geriatrik birey ya da koyu tenli olma gibi D vitamini eksikliği yönünden risk altında olan bireylerde de dikkatli olunmalıdır.<sup>11,12,18,21,39-43</sup>

Sonuç olarak; fibromiyaljide özellikle ağrı yönetiminde multidisipliner ekibin üyesi olan hemşirelerin; D vitamin düzeylerinin takibi, semptom yönetimi ve bakımında; D vitamini tedavisinin izleminde ve hastaların desteklenmesinde etkili girişimlerde bulunması önemlidir.

#### KAYNAKÇA

1. Ünsar S. [Fibromiyalji ve bakım]. Durna Z, editör. Kronik Hastalıklar ve Bakım. 1. Baskı. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri; 2012 p.441-478.
2. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research* 2010; 62(5): 600-610.
3. Queiroz LP. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports* 2013; 17(8): 1-6.
4. Jahan F, Nanji K, Qidwai W, Qasim R. Fibromyalgia syndrome: An overview of pathophysiology, diagnosis and management. *Oman Medical Journal* 2012; 27(3): 192-195.
5. Guetin S, Ginies P, Siou DKA, Picot MC, Pommié C, Guldner E, et al. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. *The Clinical Journal of Pain* 2012; 28(4): 329-337.
6. Balcı Alparslan G, Babadağ B, Özkaraman A, Yıldız P, Musmul A, Korkmaz C. Effects of music on pain in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology* 2015 Aug: 1-5.
7. Bombardier CH, Buchwald D. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome. *Physical Therapy In Perspective* 1996; 1(5): 233-234.
8. Acar Sivas F, Mermerci Başkan B, Akbulut Aktekin L, Kılıç Çınar N, Yurdakul FG, Özorun K. Fibromiyalji hastalarında depresyon, uyku bozukluğu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi [Assessment of depression, sleep disorders and quality of life in patients with fibromyalgia]. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi [The Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation]* 2009; 55(8): 8-13.
9. Demirbağ BC, Erci B. The effects of sleep and touch therapy accompanied by music and aromatherapy on the impact level of fibromyalgia, fatigue and sleep quality in fibromyalgia patients. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014; 13(1): 57-64.
10. Guyton AC, Hall JE. [Endokrinoloji ve Üreme]. Solakoğlu Z, editör. *Tıbbi Fizyoloji Cep*

Kitabı. 10. Baskı. Aydın:Nobel Tıp Kitabevleri; 2003 p.609.

11. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). *Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu* Ankara; 2015. (Erişim tarihi: 01 Şubat 2016) Erişim adresi: [http://www.turkendokrin.org/files/5\\_METABOLIK\\_KH\\_OSTEOPOROZ\\_PRESS.pdf](http://www.turkendokrin.org/files/5_METABOLIK_KH_OSTEOPOROZ_PRESS.pdf)
12. Masuko K. The multifaceted effects of vitamin D and its potential contribution to rheumatoid arthritis. *British Journal of Medicine and Medical Research* 2014; 4(8): 1680-1690.
13. Cantorna MT, Zhu Y, Froicu M, Wittke A. Vitamin D status, 1, 25-dihydroxyvitamin D3, and the immune system. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2004; 80(6): 1717-1720.
14. Body JJ, Bergmann P, Boonen S, Devogelaer JP, Gielen E, Goemaere S, et al. Extraskeletal benefits and risks of calcium, vitamin D and anti-osteoporosis medications. *Osteoporosis International* 2012; 23(1): 1-23.
15. Cantorna MT. Why do T cells express the vitamin D receptor? *Annals of the New York Academy of Sciences* 2011; 1217(1): 77-82.
16. Arnson Y, Amital H, Shoenfeld Y. Vitamin D and autoimmunity: New aetiological and therapeutic considerations. *Annals of The Rheumatic Diseases* 2007; 66(9): 1137-1142.
17. Varena M, Manara M, Cantatore FP, Del Puente A, Di Munno O, Malavolta N, et al. Determinants and effects of vitamin D supplementation on serum 25-Hydroxy-vitamin D levels in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2011; 30(5): 714-719.
18. Köse N. Fibromiyalji hastalarında kan vitamin D düzeyleri ve D vitamini tedavisinin etkinliği [Blood vitamin D levels in patients with fibromyalgia and the effectiveness of vitamin D treatment]. *Dicle Tıp Dergisi [Dicle Medical Journal]* 2013; 40(4): 585-588.
19. Matthana MH. The relation between vitamin D deficiency and fibromyalgia syndrome in women. *Saudi Medical Journal* 2011; 32(9): 925-929.
20. Olama SM, Senna MK, Elarman MM, Elhawary G. Serum vitamin D level and bone mineral density in premenopausal Egyptian women with fibromyalgia. *Rheumatology International* 2013; 33(1): 185-192.
21. Wepner F, Scheuer R, Schuetz-Wieser B, Machacek P, Pieler-Bruha E, Cross HS, et al. Effects of vitamin D on patients with fibromyalgia

syndrome: a randomized placebo-controlled trial. *Pain* 2014; 155(2): 261-268.

22. Engelsen O, Brustad M, Aksnes L, Lund E. Daily duration of vitamin D synthesis in human skin with relation to latitude, total ozone, altitude, ground cover, aerosols and cloud thickness. *Photochemistry and Photobiology* 2005; 81(6): 1287-1290.

23. Warner AE, Arnspiger SA. Diffuse musculoskeletal pain is not associated with low vitamin D levels or improved by treatment with vitamin D. *Journal of Clinical Rheumatology* 2008; 14(1): 12-16.

24. Küçükali Türkyılmaz A, Yılmaz Yalçınkaya E, Öneş K. Fibromiyalji hastalarında kemik mineral yoğunluğu ile serum d vitamini düzeyinin ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi [The effects of bone mineral density and level of serum vitamin-d on pain and quality of life in fibromyalgia patients. *Osteoporoz Dünyasından [World of Osteoporosis]* 2010; 16(3): 53-57.

25. Yener M, Akkuş S. Fibromiyalji'li hastalarda serum 25-hidroksi D vitamini ve parathormon düzeyleri [Serum 25-hydroxy vitamin D and parathormon levels in patients with fibromyalgia] *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi [Journal of Süleyman Demirel Medicine Faculty]* 2006; 13(2): 26-30.

26. Fernández GER. Therapeutic setting: Nursing care for patients with fibromyalgia. *International Journal of Nursing Didactics* 2015; 5(01): 27-30.

27. Swezey RL, Adams J. Fibromyalgia: a risk factor for osteoporosis. *The Journal of Rheumatology* 1999; 26(12): 2642-2644.

28. Madenci E, Herken H, Yağız E, Keven S, Gürsoy S. Kronik ağrılı ve fibromiyalji sendromlu hastalarda depresyon düzeyleri ve ağrı ile başa çıkma becerileri [Depression levels and the ways of coping with pain in patients with chronic pain and fibromyalgia syndromes] *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi [The Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation]* 2006; 52(1): 19-21.

29. Babadağ B, Balcı Alparslan G, Güleç S. The relationship between pain beliefs and coping with pain of algology patients'. *Pain Management Nursing* 2015; 16(6):910-919.

30. Turner MK, Hooten WM, Schmidt JE, Kerkvliet JL, Townsend CO, Bruce BK. Prevalence and clinical correlates of vitamin D inadequacy among patients with chronic pain. *Pain Medicine* 2008; 9(8): 979-984.

31. McBeth J, Pye SR, O'Neill TW, Macfarlane GJ, Tajar A, Bartfai G, et al. Musculoskeletal

pain is associated with very low levels of vitamin D in men: results from the European Male Ageing Study. *Annals of The Rheumatic Diseases* 2010; 69(8): 1448-1452.

32. Tague SE, Clarke GL, Winter MK, McCarson KE, Wright DE, Smith PG. Vitamin D deficiency promotes skeletal muscle hypersensitivity and sensory hyperinnervation. *The Journal of Neuroscience* 2011; 31(39): 13728-13738.

33. Straube S, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Vitamin D for the treatment of chronic painful conditions in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 1: CD007771.

34. Gopinath K, Danda D. Supplementation of 1, 25 dihydroxy vitamin D3 in patients with treatment naive early rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *International Journal of Rheumatic Diseases* 2011; 14(4): 332-339.

35. Glerup H, Mikkelsen K, Poulsen L, Hass E, Overbeck S, Andersen H, et al. Hypovitaminosis D myopathy without biochemical signs of osteomalacic bone involvement. *Calcified Tissue International* 2000; 66(6): 419-424.

36. Lodh M, Goswami B, Mahajan RD, Sen D, Jajodia N, Roy A. Assessment of vitamin D status in patients of chronic low back pain of unknown etiology. *Indian Journal of Clinical Biochemistry* 2015; 30(2): 174-179.

37. Onieva-Zafra MD, Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarrocha GA, Moreno-Lorenzo C. Effect of music as nursing intervention for people diagnosed with fibromyalgia. *Pain Management Nursing* 2013; 14(2): e39-e46.

38. Kıyak E, Akdemir N. [Fibromiyalji tedavisinde hemşirenin rolü. Nurse's role in fibromyalgia treatment]. *İç Hastalıkları Dergisi [Journal of Internal Medicine]* 2008; 15(3): 153-158.

39. Akpınar P, İçağasıoğlu A. D vitamininin yaşam kalitesi ile ilişkisi [The relation between vitamin D and quality of life]. *Türk Osteoporoz Dergisi [Turkish Journal of Osteoporosis]* 2012; 18: 13-18.

40. Balcı Alparslan G. Nurses working in internal medicine wards knowledge and practice related to food-drug interaction. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2013; 2(2): 247-260.

41. Karadavut KI, Başaran A, Çakçı A. [Osteoporoz tedavisinde vitamin D'nin yeri Vitamin D supplementantation in osteoporosis]. *Türk Geriatri Dergisi [Turkish Journal of Geriatrics]* 2002; 5(3): 115-122.

42. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP,

et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2011; 96(7): 1911-1930.

43. Dökmeci İ, Dökmeci HA. [Vitaminler]. *Sağlık Bilimleri Fakülteleri ve Sağlık Yüksekokulları İçin Farmakoloji*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014 p.257.

## Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü\*

## The Role of Nurses in Hypertension Management Among Elderly

Merve KOLCU<sup>a</sup>, Ayşe ERGÜN<sup>b</sup>

**ÖZET** Yaşlılarda hipertansiyon, 65 yaşın üstü bireylerde sistolik kan basıncının 140 mmHg'nın ya da diastolik kan basıncının 90 mmHg'nın üzerinde olması ile tanımlanır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kan basıncı düzeyi de artmaktadır. Yaşlılarda hipertansiyon yönetimi farmakolojik tedavi yanında; kilo yönetimi, diyet, tuz tüketimi, fiziksel aktivite, sigara, alkol tüketimi ve stresle mücadeleyi kapsayan nonfarmakolojik tedavi ile mümkündür. Hipertansiyon yönetimi birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde önemli yer tutmaktadır. Yapılan birçok çalışmada hipertansiyonun erken dönemde saptanabilmesi ve hastalığın komplikasyonlarının kontrol altına alınmasında hemşirenin aktif olarak yer alacağı hipertansiyon yönetiminin önemi üzerinde durulmuştur. Birinci basamakta çalışan hemşireler hastanın tedavi programına uygun olarak vaka yönetimi şeklinde yaşlı hipertansif hastaları takip edebilir ve yaşlının durumuna uygun bakım planı hazırlayarak uygulayabilir. Bu makalede yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolünün birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında incelenmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlı, hipertansiyon, hipertansiyon yönetimi, yaşam kalitesi.

**ABSTRACT** Hypertension among elderly is defined as having systolic blood pressure over 140 mmHg or diastolic blood pressure over 90 mmHg at the age of 65 and above. Blood pressure levels rise with increasing age. Besides pharmacological treatment hypertension management in the elderly; weight management, diet, salt intake, physical activity, smoking, alcohol consumption and stress management with covering non-pharmacological treatment is possible. Hypertension management has an important place in primary health care. Many studies have emphasized the importance of hypertension management. Nurses play an active role in it by making early diagnoses of hypertension and getting associated complications under control. Primary health care nurses can monitor elderly hypertensive patients using case management in accordance with the patients' treatment program and can prepare and implement patient care plans. This article is the role of the nurse in the management of hypertension among elderly primary health care aims to examine the scope of services.

**Keywords:** Elderly, hypertension, hypertension management, life quality

**Giriş**

Hipertansiyon; antihipertansif ilaç kullanmayanlarda sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde ve/veya diastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olmasıdır. Tanı ölçütleri yaşa göre değişim göstermediğinden yaşlılarda hipertansiyon genel tanımlamayla aynıdır. Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2013 Kılavuzu'na göre 65 yaş üstündeki bireylerde hipertansiyon vakalarının üçte ikisini izole sistolik hipertansi-

yon oluşturur. Bu olgularda sistolik kan basıncı  $\geq 140$  mmHg, diastolik kan basıncı ise  $\leq 90$  mmHg'dir. <sup>1-3</sup> Hipertansiyon 65 yaş ve üzeri kişilerin yarısından fazlasında da ciddi bir sağlık sorunudur. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kan basıncı düzeyi de artmaktadır. Yapılan geniş çaplı hipertansiyon prevalansı, 60-69 yaş grubunda % 70, 70-79 yaş grubunda % 76, 80 yaş ve üstünde ise % 79.7'ye ulaşmaktadır. <sup>1</sup> İzole sistoli-

Geliş Tarihi/Received:20-04-2016 / Kabul Tarihi/Accepted 09-08-2016

<sup>a</sup> Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı

<sup>b</sup> Doç. Dr., Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu yazar /correspondence: Öğr. Gör. Merve KOLCU, Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Haydarpaşa Kampüsü, Tıbbiye Caddesi No:49, 34668 Üsküdar/İstanbul, E-mail:

merve.kolcu@marmara.edu.tr

\* Bu araştırma doktora tezinden oluşturulmuştur.

İ hipertansiyonun tüm yaş gruplarındaki prevalansı % 4.8 iken, bu değer 60-69 yaş grubunda % 12'ye, 70-79 yaş grubunda % 17'ye ve 80 yaş ve üstü grupta ise % 28.6'ya ulaşmaktadır.<sup>1,2</sup>

Hipertansiyon yaşlılarda sık görülen bir sorun olmasının yanı sıra kontrol altına alınmadığında inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, periferik vasküler hastalık ve kronik böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlara neden olmakta ve yaşlılara daha fazla zarar vermektedir. Yapılan çalışmalarda hipertansiyon ve olası komplikasyonlarının hipertansiyonu olan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan en büyük nedenlerden biri olarak, yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu bildirilmiştir. Bu nedenlerle yaşlılarda başarılı hipertansiyon yönetimi son derece hayatidir. Başarılı hipertansiyon yönetimi yaşlı hastanın kendi kan basıncı kontrolünü sağlaması ve izlemesi, önerilen yaşam biçimi değişikliklerini dikkate almasıyla mümkündür.<sup>4,6</sup>

Yaşlı hipertansif bireylerde;

- Hipertansiyon prevalansının yüksek ve komplikasyonlarının ciddi olması,
- Fiziksel ve bilişsel yeteneklerde azalma,
- Kendi ihtiyaçlarını bağımsız olarak karşılayabilmede güçlük,
- Yaşam kalitesinde düşme,
- Kendi evinde yalnız yaşama ya da huzurevinde yaşama gibi nedenler birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde hipertansiyon yönetimini zorunlu kılmaktadır.<sup>5,6</sup> Ülkemizde birinci basamak dahil birçok sağlık kuruluşunda hipertansiyon yönetimi istenilen düzeyde değildir.<sup>3,4</sup> Birinci basamak sağlık hizmetleri, 2013 yılından bu yana "Aile Hekimliği" kapsamında verilmektedir.<sup>7</sup> Bu sistemde "aile sağlığı elemanı" başlığı altında hemşire, ebe ve sağlık memurları birlikte tanımlanmıştır. Uluslararası literatürde kronik hastalık yönetiminde hemşirelerin önemli rollerinin olduğu belirtilmekle birlikte aile sağlığı elemanının görev tanımı içerisinde bu görevler tanımlanmamıştır.<sup>7</sup> Hemşireler başarılı hipertansiyon yönetimi için diğer disiplinler ile işbirliği yaparak eğitim, danışmanlık, koordinasyon ve bakım verme gibi birçok rolü gerçekleştirebilirler.<sup>8,9</sup>

Bu makalede yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolünün birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında incelenmesi amaçlanmıştır.

### Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetimi

Yaşlılarda hipertansiyon yönetiminin amaçları; sistolik ve diastolik kan basıncını 140/90 mmHg'nın altına düşürmek, hedef organ hasarını durdurmak veya geriletmek, aterosklerozu önlemek, yaşam kalitesini korumaktır. Yaşlılarda antihipertansif tedavinin kardiyovasküler mortalite ve morbiditede anlamlı olarak azalma sağladığı bildirilmektedir.<sup>1</sup> Kan basıncının kontrol altında olması, koroner arter hastalığını % 27 oranında azaltmaktadır.<sup>5</sup>

Hipertansiyonun erken dönemde saptanabilmesi ve hastalığın komplikasyonlarının kontrol altına alınabilmesi için hemşirenin aktif olarak yer alacağı hipertansiyon yönetimi programları son derece hayatidir. Amaç; hastayı eski sağlığına kavuşturmak ya da iyileştirmek değil, yaşlı bireyin hastalığına ya da tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Hipertansiyon yönetimi bireyin yaşam tarzında olumlu değişikliklere neden olarak yaşam kalitesini yükseltir.<sup>1,10-12</sup>

Yaşlılarda hipertansiyon yönetimi, nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavileri içermektedir. Birinci basamakta çalışan hemşireler tedavi programına uygun olarak yaşlı hipertansif hastaları takip edebilir ve yaşlının durumuna uygun bakım planı hazırlayarak vaka yönetimi yapabilir. Hemşire hipertansiyon yönetiminin ilk aşaması olan ve nonfarmakolojik yöntemler olarak tanımlanan yaşam biçimi değişiklikleri konusunda eğitim vererek ve sonuçlarını takip ederek hastayı destekleyebilir.<sup>13,14,15</sup>

### Nonfarmakolojik Tedavi

Nonfarmakolojik tedavi kapsamında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ile kan basıncının düşürülmesi, diğer risk faktörleri ile klinik durumların kontrol altına alınması ve antihipertansif ilaç sayısının ve dozunun azaltılması amaçlanmaktadır.<sup>1</sup> Özellikle hafif hipertansiyonlu hastalarda farmakolojik tedaviden önce uygulanması ve tüm farmakolojik tedavi programlarının tamamlayıcısı olması önerilmektedir.<sup>8,9,16</sup> Birinci basamakta çalışan hemşireler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında hasta eğitimi, takibi ve desteklenmesinde aktif olarak rol almalıdırlar.

Hipertansiyon yönetiminde yaşam biçimi değişiklikleri kilo yönetimi, diyet, tuz tüketimi, fiziksel aktivite, sigara, alkol tüketimi ve stresle mücadele başlıkları altında incelenmektedir.<sup>10,17,18</sup>

### **Kilo Yönetimi**

Hipertansif hastaların yaklaşık % 60'ının normal kilolarının çok üzerinde olduğu tahmin edilmekte ve obezite ile hipertansiyon arasında ilişki olduğu bilinmektedir.<sup>11</sup> Hipertansiyonu olmayan bireylerde hipertansiyon gelişmesini önlemek veya hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını düşürmek için; normal beden ağırlığının korunması, obezlerde ise normal beden ağırlığına inilmesi gerekir. Fazla kiloların verilmesi kolay olmamakla birlikte, gerçekleştirilebilir ve korunabilirse kan basıncında önemli ölçüde düşme sağlayabilmektedir.<sup>19,20</sup>

İdeal kilolarının üzerindeki tüm hastalar, kalori kısıtlamasını içeren uygun bir diyetle birlikte fiziksel aktivite artırılarak bireysel olarak planlanmış kontrollü bir zayıflama programına alınmalıdır.<sup>21,22</sup> Bu amaçla, birinci basamakta çalışan hemşireler hipertansif hastaların kilo, beden kitle indeksi ve bel çevresini düzenli olarak değerlendirmelidir. Beden kitle indeksi 25 ve/veya üzerinde, bel çevresi kadınlarda 88 cm, erkeklerde ise 102 cm ve/veya üzerinde olanlar için diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte uygun diyet ve egzersiz programı oluşturularak bireyleri olumlu davranış değişikliği için motive etmelidir.<sup>9,20</sup>

Literatürde kilo yönetimi ile ilgili çalışmalar başarılı sonuçlar göstermektedir. Cappuccio and Gomez tarafından yapılan çalışmada, ortalama 5.1 kg kilo kaybı ile sistolik kan basıncında ortalama 4.4 mmHg, diastolik kan basıncında ortalama 3.6 mmHg azalma olduğu belirlenmiştir.<sup>13</sup> Ülkemizde hemşireler tarafından yapılan çalışma sonuçları diyetle uyum ve kilo verilmesinin hem sistolik hem de diastolik kan basıncı değerlerini düşürmede etkili olduğunu belirtmektedir.<sup>4,8,9</sup> Çakır tarafından eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hipertansiyon yönetimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan deneysel çalışmada girişim grubunda kilo kaybı ile hem sistolik hem de diastolik kan basıncı değerlerinde anlamlı azalma olduğu bulunmuştur.<sup>8</sup>

### **Diyet**

Diyet yaşam biçimi değişikliğinin önemli bir parçasıdır. Vejetaryenlerde kan basıncının düşük olduğu bilinmektedir, vejetaryen diyet verilen hipertansiyon hastalarının sistolik kan basıncında ortalama 5 mmHg düşüş olduğu bildirilmiştir.<sup>24</sup>

Son on yılda, potasyum alımında artış ve Hipertansiyonu Durdurucu Diyet Yaklaşımı

(Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) kan basıncını düşürücü etkileri olduğu ortaya çıkmıştır. DASH günlük olarak meyve ve sebzedden zengin, düşük yağlı veya yağdan fakir ürünleri içeren sodyum oranı düşük, potasyum, magnezyum, kalsiyum, fiber ve proteinden zengin bir diyettir. DASH diyetinin kan basıncı yüksek olmayan bireylerde kan basıncını ortalama 3.5/2.1 mm Hg düşürdüğü saptanmıştır.<sup>25</sup>

ESH/ESC 2013 Hipertansiyon Kılavuzu'na göre hipertansif hastaların haftada iki defa balık tüketmeleri, 300-400 gram/gün meyve-sebze yemeleri önerilmekte olup, yağı alınmış inek sütüne karşın soya sütünün kan basıncını daha iyi düşürdüğü belirlenmiştir.<sup>1</sup>

Literatürde hipertansiyon yönetiminde diyet uygulamasının etkinliğine yönelik sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır. Saks ve arkadaşları hipertansiyon hastalarına DASH diyeti uygulamasına ilişkin verilen eğitim sonunda sistolik kan basıncında 1.3 mmHg'lık düşme olduğunu belirlemiştir.<sup>26</sup> Çakır tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre, hipertansiyon hastalarına verilen eğitimin sistolik ve diastolik kan basıncı, total kolesterol, LDL kolesterol ile kilo, beden kitle indeksi, bel çevresi ve bel kalça oranı değerlerinde anlamlı bir azalma sağlandığı belirlenmiştir.<sup>8</sup>

Hemşireler tarafından, diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte gerçekleştirilecek hipertansiyon yönetiminde etkin diyet uygulaması ile yaşlılarda hipertansiyon kontrolü sağlanabilir ve kardiyovasküler hastalıkların gelişme olasılığı azaltılabilir.<sup>8,9</sup> Bu nedenle birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşireler, diyetisyen ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte diyetin hipertansiyondaki önemine yönelik eğitimler vermeli ve verilen eğitimlerin etkinliğini değerlendirmelidir.<sup>1,3</sup>

### **Tuz Tüketimi**

Epidemiyolojik çalışmalar diyetle tuz alımının kan basıncında artışa ve hipertansiyon prevalansına katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. Türk Toplumunda Tuz Tüketilmesi ve Kan Basıncı Çalışmasına göre, her 100 mEq/gün sodyum alımı (yaklaşık 6 gram tuz) sistolik kan basıncında 3.5 mmHg, diastolik kan basıncında da 2.5 mmHg'lık bir artışa neden olduğu belirlenmiştir.<sup>28</sup> Tuz tüketimi günlük miktarı 70 yaş üstündeki bireyler için 1200 mg sodyum olarak önerilmiştir.<sup>27</sup>



Çalışma bulguları tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik verilen eğitimler sonunda sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinde azalma olduğunu göstermiştir.<sup>8,9</sup> Saks ve arkadaşlarının hipertansiyon hastalarında yapmış olduğu çalışmada da tuz tüketimi kısıtlaması ile sistolik kan basıncında 2.1 mmHg düşmenin olduğu belirlenmiştir.<sup>26</sup>

Çalışma sonuçları göstermektedir ki hemşireler sağlık eğitimlerinde diyetle tuz alımının kısıtlaması ve bunun yaşam biçimi olarak benimsenmesi üzerinde durmalıdır.<sup>23,28</sup> Ayrıca hipertansif hastaların çoğunun habersiz olduğu içeriğinde büyük miktarda tuz bulunan turşu, konserve ürünler, işlenmiş et, fast-food yiyecekler ve bazı ekmekler gibi gıdalardan uzak durması önerilmektedir.<sup>13,28</sup>

### **Fiziksel Aktivite**

Sedanter yaşam süren kişilerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fizik aktivitesi olanlara göre % 20-50 daha fazladır.<sup>29</sup> Bu nedenle fiziksel aktivitenin düzenli olarak haftanın çoğu günlerinde yapılması önerilmektedir. Ayrıca düzenli fizik aktivite ile kilo kaybı, stresi kontrol altına alma, HDL-kolesterol düzeyinde artma ve kardiyovasküler hastalık riskinde azalma sağlanabilmektedir.<sup>29-31</sup>

Literatürde hipertansiyon yönetiminde fiziksel aktivitenin etkisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır. Park ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansiyonu olan yaşlı bireylere yönelik sağlık eğitimleri ile egzersiz puanının arttığı bulunmuştur.<sup>29</sup> Whelton ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da tempolu yürüyüş gibi aerobik egzersizin sistolik kan basıncını 4 mmHg azalttığı bildirilmiştir.<sup>32</sup>

Yaşlılarda fiziksel aktivite planlaması, diz ve eklem problemleri, düşme korkusu, osteoporoz gibi mevcut diğer sorunlardan dolayı dikkatli yapılmalıdır. Yaşlılar için en uygun ve kontrolünü kendilerinin sağlayabileceği fiziksel aktivite, düzenli yürüyüşlerdir.<sup>29,33</sup> Hemşireler fiziksel aktivite önermeden önce yaşlının fiziksel durumunu değerlendirmelidir. Fiziksel bir engel yok ise haftada 4-7 kez, 30-60 dakika orta şiddette egzersiz yapma konusunda hipertansif hastaları teşvik etmelidir.<sup>9</sup>

### **Sigara**

Sigara içmek önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür. Ambulatuvar kan basıncının izlendiği çalışmalarda, hem tedavi edilmeyen hi-

pertansif hem de normotansif sigara içicilerinde, sigara içmeyenlere kıyasla daha yüksek günlük kan basıncı değerleri gösterilmiştir.<sup>1</sup>

Sigarayı bırakmak inme ve miyokard infarktüsü dahil çok sayıda kardiyovasküler hastalığın önlenmesinde en önemli yaşam tarzı değişikliğidir.<sup>34</sup> Tek başına sigarayı bırakmak kan basıncı düşürmede etkili değildir. Ancak sigarayı bırakan hastaların antihipertansif tedaviden daha fazla yarar sağlayabileceği ve kardiyovasküler riskin azaltılması için gerekli olduğu bildirilmektedir.<sup>25,34</sup>

Hipertansiyon yönetimi ve sigara kullanma ilişkisine yönelik sınırlı sayıda çalışma yer almakta olup mevcut çalışmalarda sigara içiminin kan basıncında yükselmelere neden olduğu ve sigara kullanan hipertansif bireylerin sigarayı bırakanlar kadar antihipertansif tedaviden fayda sağlayamayacağı belirtilmektedir.<sup>21,34</sup> Çakır tarafından yapılan çalışmada verilen eğitim ile sigara kullanımı azaltılmış ve kan basıncında düşme sağlanmıştır.<sup>8</sup> Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşireler tarafından hipertansif sigara içicilerine sigarayı bırakma konusunda danışmanlık yapılmalı ve davranış değiştirme çabaları desteklenmelidir.<sup>3,34</sup>

### **Alkol Tüketimi**

Hipertansiyon ve alkol tüketimi ilişkisine yönelik ülkemizde yapılan sınırlı sayıda çalışmada, alkol tüketimi ve hipertansiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmalarda yaşam alışkanlıklarını değiştirmenin güç olması nedeniyle gelecek çalışmalarda çalışma süresinin uzun tutulması önerilmiştir.<sup>8,9</sup> Bununla birlikte literatürde alkol tüketiminin azaltılmasının (günlük etanol  $\leq$  30 ml) kan basıncı değerlerini düşürdüğü bildirilmiştir.<sup>1,14,23</sup> Dickinson ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada alkol alımının azaltılması ile sistolik ve diastolik basınçta hızlı bir düşme olduğu görülmüştür.<sup>14</sup>

Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşireler tarafından hipertansif bireylerin alkol kullanma durumları ile alkol tüketim miktarı ve sıklığı değerlendirilmeli, alkol tüketimi olanlar azaltma ve bırakma konusunda desteklenmelidir.<sup>4,8</sup>

### **Stresle Mücadele**

Kan basıncını düşürmek amacıyla stresle baş etme yöntemleri yıllardır kullanılmakta; meditasyon, yoga, biofeedback, derin solunum, zihinde canlandırma gibi çeşitli yöntemlerin hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını geçici olarak düşürdüğü savunulmaktadır. Ancak bu

etkinin uzun süre devam ettiğine ilişkin kanıt gösterilememiştir.<sup>24,35</sup>

Ülkemizde Okan tarafından 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkındalığı ve evde bakım uygulamalarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, yaşlıların hipertansiyon kontrolünde en önemli uygulamanın stresin azaltılması görüşünde olduğu saptanmıştır.<sup>36</sup>

Hipertansiyon üzerindeki etkisi kesin olmamakla birlikte stresle baş etme yöntemlerinin yararları göz önünde bulundurulduğunda hemşireler tarafından hipertansif hastaların stresle başa çıkma ve yönetme süreçlerinin değerlendirilmesi, derin solunum ve gevşeme egzersizleri gibi başa çıkma yöntemlerine ilişkin eğitimler düzenlenmesi ve girişimin etkinliğine yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.<sup>9,31,35</sup>

### Farmakolojik Tedavi

Yapılan çalışmalar ilaçsız tedavi yöntemlerinin, hipertansiyonun kontrol altına alınması açısından tek başına yetersiz kalsalar bile kan basıncını düşürdüğünü, hastalığın kontrol edilmesi için gereken ilaç sayısını ve günlük alınması gereken miktarını azaltabileceğini göstermektedir. Bu nedenle tüm kılavuzlarda yaşam tarzı değişiklikleri tedavinin ilk basamağı olarak vurgulanmaktadır. Yaşam tarzı değişikliği ile hedef kan basıncı sağlanamazsa ilaç tedavisi gereklidir.<sup>10,12,37</sup>

Literatürde hipertansiyonda etkin farmakolojik tedaviye yönelik çalışmalar başarılı sonuçlar göstermektedir. Kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerde yapılan çalışmalarda hipertansiyon eğitimleri sonrasında düzenli ilaç kullanımının ve yaşam kalitesini puanlarının arttığı bulunmuştur.<sup>38-42</sup>

Yaşlı hipertansif hastalarda uzun süreli kan basıncı kontrolünü sağlamak için yaşam biçimi değişiklikleri yanında sıklıkla ilaç kullanımı gerekli olabilmektedir.<sup>40-42</sup> Bu nedenle birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşireler tarafından hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaç grupları, ilaç içerik ve etkileşimleri iyi bilinmelidir. Hipertansif hastaların reçete edilmiş ilaçları, diğer ilaç geçmişleri ve tedaviye uyumu değerlendirilmelidir. Hastalar ilacın etkileri konusunda eğitilmeli ve düzenli ilaç kullanımı konusunda desteklenmelidir.<sup>9,41</sup>

### Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları

Birçok çalışmada hipertansiyon yönetiminde hemşirenin etkin olduğu kanıtlanmıştır.<sup>43,44</sup> Uluslararası çalışmalar ve klinik uygulamalarda

hemşirenin hipertansiyon yönetimindeki rolleri; değerlendirme, tanılama ve izlem, ilaç yönetimi, hasta eğitimi, danışmanlık ve doğru alışkanlıklar geliştirme, bakımın düzenlenmesi, klinik veya ofisin yönetimi olarak belirtilmiştir. Bu roller doğrultusunda hemşirenin, hipertansif yaşlı hastanın bakımı, eğitimi ve hipertansiyon yönetimine ilişkin konularda etkili girişimler yaptığını ve yapabileceğini göstermektedir. Hipertansif yaşlı hastanın bakımı, eğitimi ve hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sağlık ekibi içinde aktif ve yönlendirici olarak yer alması gerekmektedir.<sup>43,44</sup>

Hemşire yaşlı hipertansif birey ile görüşmelerinde yeni yaşam biçimine uyumunu motivasyonunu değerlendirmeli, hemşirelik tanımlarını belirlemeli ve uygun girişimlerde bulunmalıdır.<sup>43,44</sup> Hipertansiyon yönetiminde, hipertansif bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırma, hastalığına ve ilaca uyumu arttırmaya yönelik danışmanlık hizmeti verme ve kan basınçlarını kontrol altına almayı kapsayan girişimlerde bulunmalıdır.<sup>8,9,44</sup>

Yaşlı hipertansif bireylerle çalışan hemşireler temel hemşirelik eğitiminin yanı sıra sürekli mesleki gelişime yönelik bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Özellikle hipertansiyon patofizyolojisi, tanı ölçütleri, hastaların değerlendirilmesi ve takibi, yaşam biçimi değişikliklerinin desteklenmesi, bireysel ve çevresel destek, hasta ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile iletişim konularında bilgili olmalıdır.<sup>9,44</sup>

Hemşireler hipertansiyon yönetiminde yaşam biçimi değişikliklerine ilişkin hastanın da dahil olacağı ortak bir plan hazırlamalıdır. Bu plan doğrultusunda hemşireler tarafından hasta beklentilerine cevap verecek eğitimler düzenlenmesi, eğitim etkinliğinin yüz yüze görüşmelerin yanı sıra telefon takipleriyle de izlenmesi, eğitimlere katılım için yaşlı bireylerin teşvik edilmesi gerekmektedir. Rehber ve protokoller doğrultusunda, hemşire liderliğinde diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içerisinde hastanın ihtiyaçları doğrultusunda gerçekleştirilecek etkin hipertansiyon yönetimi programları ile hipertansiyon yönetiminde başarı sağlanabilmekte ve kan basıncı kontrol altına alınabilmektedir.<sup>43,44</sup>

### Sonuç

Yaşlılarda hipertansiyon prevalansı yüksek olup, kontrol altına alınmadığında ciddi komplikasyonlara neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.<sup>1,2</sup> Yaşlılarda fiziksel ve bilişsel yeteneklerde azalma, kendi evinde yal-

nız kalma veya huzurevinde yaşama gibi nedenler birinci basamakta hipertansiyon yönetimini zorunlu kılmaktadır.<sup>5,6</sup> Ancak birinci basamak ve diğer sağlık kuruluşlarında hipertansiyon yönetimi istenilen düzeyde değildir. Birçok çalışmada hipertansiyon yönetiminde hemşirenin etkin olduğu kanıtlanmıştır. Hemşireler hipertansif yaşlıların belirlenmesi ve vaka yönetiminde önemli rollere sahiptir. Özellikle hipertansiyon yönetiminin ilk aşaması olan nonfarmakolojik yöntemler içinde yer alan kilo yönetimi, tuz tük-

etimi, diyet, fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketimi, stresle mücadele konularında diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde yaşlı hastalara yönelik girişimlerde bulunabilir.<sup>10,17,18</sup> Ayrıca gerekli durumlarda tedaviye uyumu artırmak için hastayı izleyebilir, komplikasyonlar ve tedavi konusunda eğitimler verebilir. Sonuç olarak, hemşire liderliğinde hastanın ihtiyaçları doğrultusunda gerçekleştirilecek etkin programlar ile hipertansiyon yönetiminde başarı sağlanabilir.

### Kaynaklar

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2013; 34(28), 2159-2219.
2. Malhotra R, Angelique C, Malhotral C. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly population of Singapore. *Hypertension Research* 2010; 33: 1223-1231.
3. Kaya A, Gedik V, Bayram F, Bahçeci M, Sabuncu T, Tuzcu A, ve ark. Hipertansiyon, Obesite ve Lipit Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2009. p. 931-949.
4. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açıklık CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50:172-179.
5. Nguyen QT, Anderson SR, Sanders L, Nguyen LD. Managing hypertension in the elderly: A common chronic disease with increasing age. *Clinical* 2012; 5(3):253-259.
6. Wu MP, Wu SV, Wang TC, Kao MJ, Yang WL. Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and high cholesterol. *Nursing and Health Sciences* 2012; 14:173-181.
7. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 2013. [Erişim Tarihi: 4 Nisan 2016]. Erişim Adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he>
8. Çakır H. Hipertansiyon hastalarına verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hipertansiyon yönetimine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, 2003.
9. Erciyes Y. Hipertansiyonlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 2013.
10. Erdine S, Eceder T, Ayla Ş, Solakoğlu D, Dülger H. Arteriyel Hipertansiyon Tedavi Kılavuzu, Tedavi Stratejileri: Yaşam Tarzı Değişlikleri. İtalya: Avrupa Hipertansiyon Derneği-Avrupa Kardiyoloji Derneği Çalışma Grubu; 2007. p. 40-42.
11. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension. A scientific statement from the Heart Association, *Hypertension* 2006; 47: 296-308.
12. Banegas JR, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, López-García E, Ruitlope LM. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. *Am J Hypertens* 2006; 19: 686-693.
13. Cappuccio FP, Gomez GB. Yaşam Tarzı Değişlikleri ve İlaçsız Tedavi. Kozan Ö, editör. *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti; 2009. p. 383-403.
14. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook SW, et al. Lifestyle intervention raised blood pressure: a systematic review of randomised controlled trials. *J Hypertens* 2006; 24: 215-233.
15. Erkoç Balız S. Eskişehir Mahmudiye'de erişkinlerde hipertansiyon insidansı ve risk faktörleri. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osman-gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye, 2013.
16. Polat Ü, Kahraman Bayrak B. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan

- sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Dergisi 2013; 18(4): 213-218.
17. Çubukçu S. Edirne'deki 65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Türkiye, 2005.
  18. Mergen H, Tavlı T, Öngel K, Mergen Erdoğmuş B, Tavlı V. Yaşlılarda hipertansiyona yaklaşım. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2010; 14(4): 167-172.
  19. Sansoy İ. Türk erişkinlerde beden kitle indeksi, bel çevresi ve bel kalça oranları. Onat A, editör. Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı Risk Profili ve Kalp Sağlığı. İstanbul: Ohan Matbaacılık Ltd. Şti.; 2000. p. 46-55.
  20. Barbosa AR, Munaretti DB, Coqueiro RS, Borgatto AF. Anthropometric indexes of obesity and hypertension in elderly from Cuba and Barbados. The Journal of Nutrition, Health & Aging 2011; 15(1): 17-21.
  21. Meiner SE. Overview of Gerontologic Nursing. In: Meiner SE., Lueckenotte AG., St. Louis Missouri, editors. Gerontologic Nursing. 2006. p: 1-19.
  22. Beard K, Bulpitt C, Mascie-Taylor H, O'Malley K, Sever P, Webb S. Management of elderly patients with sustained hypertension. BMJ 1992; 304:412-416.
  23. Günaydın R. Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2010; 13(4): 278-284.
  24. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL. Seventh Report of the Joint National Committee (JNC VII) on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension 2003; 42:1206-52.
  25. Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK. Counseling On Life Style Factors In Hypertension Care After Training On The Stages Of Change Model. Eur J Cardiovasc Nur 2007; 6(1):46-53.
  26. Saks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. The New England Journal of Medicine 2001; 344(1): 3-10.
  27. Houle S, Padwal R, Poirier L, Tsuyuki RT. The 2014 Canadian Hypertension Education Program (CHEP) guidelines for pharmacists: An update. Canadian Pharmacists Journal 2014; 147(4):203- 208.
  28. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği SALTurk Çalışması 2008. [Erişim tarihi: 30 Haziran 2016]. Erişim Adresi: [http://www.turkhipertansiyon.org/tuz\\_160608.php](http://www.turkhipertansiyon.org/tuz_160608.php)
  29. Park YH, Song M, Cho BL, Lim JY, Song W, Kim SH. The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controlled trial. Patient Education and Counseling 2011; 82:133-137.
  30. Kayıhan G, Ersöz G. Hipertansiyon ve egzersiz. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2009; VII (3): 93-101.
  31. Özpancar N. Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 2016; 1: 2-11.
  32. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med 2002; 136: 493- 503.
  33. Halimi JM, Giraudeau B, Vol S, Caces E, Nivet H, Tichet J. The risk of hypertension in men: direct and indirect effects of chronic smoking. J Hypertens 2002; 20:187-193.
  34. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, et al. Stress and coronary heart disease psychosocial risk factors. Med J Aust 2003; 178: 272-276.
  35. Okan A. Bolu valiliği yaşlı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkındalığı ve evde bakım uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Türkiye, 2010.
  36. Hansson L, Lindholm H, Ekblom T, Dahlöf B, Lanke J, Scherstén B, et al. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish trial in old patients with hypertension-2 study. The Lancet 1999; 354(20): 1751-1756.
  37. Holt EW, Muntner P, Joyce CJ, Webber L, Krousel-Wood MA. Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. Age and Ageing 2010; 1-7.
  38. Marek KD, Stetzer F, Ryan PA, Bub LD, Adams SJ, Schlidt A, et al. Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication. Nursing Research 2013; 62(4): 269-278.
  39. Şarlı Ş. Hipertansiyon hastalığı olanlarda tedaviye uyum, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi).

- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye, 2011.
40. Schroeder K, Fahey T, Hollinghurst S, Peters T. Nurse-led adherence support in hypertension: a randomized controlled trial. *Family Practice* 2005; 22: 144-151.
  41. Bosworth HB, Olsen MK, Neary A, Orr M, Grubber J, Svetkey L, et al. Take control of your blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and education intervention for achieving blood pressure control. *Patient Education and Counselling* 2007; 70: 338-347.
  42. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaşma Raporu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları* 2015; 43(4): 402-409.
  43. Düzöz G. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2005; 22- 26.
  44. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009, 4(12):153-164.