

HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

Cilt 6 • Sayı 2 • Yıl 2019



Birinci Basamaktaki Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Görüşleri İle İş Doyumlarının Belirlenmesi

Opinions Of Primary Care Staff On Occupational Health And Safety And Their Job Satisfaction

Hasret YALÇINÖZ BAYSAL¹,

Sonay BİLGİN^{2,1},

Mücahide ÖNER³

ÖZ

Amaç: Sağlık hizmet alanı iş sağlığı ve güvenliği bakımından önemli riskler içermektedir. Bu araştırmada aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik görüşlerinin ve iş doyumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı türde olan bu araştırma Muş il merkezindeki aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde, Mart-Haziran 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, bu merkezlerde çalışan tüm sağlık personeli oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem yöntemi seçimi yapılmamış evrenin tümüne (n=100 kişi) ulaşılmıştır. Araştırmanın verileri sosyodemografik özellikler ve iş güvenliğine yönelik sorular, aile ve toplum sağlığı merkezinde çalışan sağlık personeline yönelik İş Güvenliği Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeğinden oluşan sorular direkt gözlem altında uygulanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, ANOVA ve pearson korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde fiziksel ortam uygunluğu (3,6±1,4) dışındaki alt boyutlarda genel olarak iş güvenliğinin sağlanmadığı (2,8±1,07) belirlenmiştir. Meslek gruplarının genel iş doyumları (3,07) nötr doyum puanında olmakla birlikte dışsal doyum puanı (2,87) düşük, içsel doyum puanı (3,20) yüksek olarak bulunmuştur.

Sonuç: Aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerindeki meslek gruplarının iş güvenliği ile iş doyumları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r= 0,33, p=0,001).

Anahtar kelimeler: İş doyumları, iş güvenliği, iş sağlığı, sağlık personeli.

ABSTRACT

Purpose: Healthcare services involve major risks with respect to occupational health and safety. This study aims at revealing the opinions of health professionals working at family health and public health centers on occupational health and safety and their job satisfaction.

Material and Method: This descriptive study was conducted between March-June 2015 at family health and public health Centers in the province of Muş, Turkey. The study population consisted of all health professionals working at these centers. In the research, no sampling method was chosen, entire population (n=100) was reached. the data of the study were collected under direct observation, using questions about demographic characteristics and occupational safety, Minnesota Job Satisfaction and Occupational Safety scales to inquire the opinions of health professionals working at family and public health centers. In the analysis of the data, number, percentage, average, ANOVA and pearson correlation tests were used.

Results: We found that occupational safety was not secured generally (2,8±1,07) in all subscales except suitability of physical environment (3,6±1,4) at family health and public health centers. The general job satisfaction level of the family health and public health centers occupational groups was at a neutral satisfaction score, whereas their external satisfaction score (2,87) was found low and internal satisfaction score (3,20) high.

Conclusion: A comparison of the occupational safety and job satisfaction of the family health and public health centers occupational groups revealed that there was a significant positive relationship between them (p=0,001).

Keywords: Job satisfaction, occupational safety, occupational health, health professionals.

Geliş Tarihi/Received: 26.02.2018 **Kabul Tarihi/Accepted:** 21.01.2019

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID ID: 0000-0003-2177-3486

² Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID ID: 0000-0003-2229-3820

³ Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID ID: 0000-0003-0445-7035

Sorumlu yazar /correspondence: Hasret Yalçınöz Baysal, Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, e-mail: h.yalcinoz@hotmail.com

Giriş

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından iş sağlığı; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları şeklinde tanımlanmıştır. Sağlık hizmet alanı iş sağlığı ve güvenliği bakımından önemli riskler içermektedir (1). Çalışma ortamındaki sağlık ve güvenlik ile ilgili uygulamalar çalışanın sağlığını ilgilendirmenin yanı sıra sağlıklı ve güvenli bir ortamda hizmet vermesini ve aynı zamanda sağlık hizmeti alanların da sağlığını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi açısından önemlidir (2).

İş güvenliği, çalışma hayatında üretimden kaynaklanan tehlikelerden ve sağlığa zararlı koşullardan korunmak için yapılan sistemli çalışmaların tümüdür (3). İş güvenliğinin amacı çalışanları iş yerinin olumsuz etkilerinden koruyarak, rahat ve güvenli ortamlarda çalışmalarını sağlamak, iş kazası ve meslek hastalıklarına karşı koruyarak onların ruh ve beden bütünlüğünü ve sağlıklarını sürdürmektir (4). Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi ayrıca çalışanların performansı ve iş veriminin artırılması açısından da çalışanları etkilemektedir (2).

İş doyumunu çalışanların iş ortamına ve işin kapsamına ilişkin olumlu tutumlarının tümü şeklinde tanımlanmaktadır (5). Çalışanların bedensel ve zihinsel sağlıklarının yanında işine ve çalıştığı kuruma karşı geliştirdiği duyguların bir belirtisidir (6). İş doyumunu çalışanların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, hizmet süresi gibi kişisel faktörler ve işin niteliği, denetim biçimi, güvenlik duygusu, iletişim, ücret çalışma şartları gibi örgütsel faktörler etkilemektedir (5). Çalışanların yüksek iş doyumuna sahip olmasının bireylerin özgüvenini, moralini, performans ve verimliliğini artırdığı; hastalıkları, stresi, gerginlikleri, endişeleri, şikayetleri, devamsızlıkları ve işten ayrılma miktarlarını azalttığı tespit edilmiştir (7,8). Birinci basamak sağlık kurumları olan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) görev yapan sağlık çalışanlarının toplumun sağlığını koruma, iyileştirme, geliştirme sürecinde pek çok risk etmeni ile karşı karşıya olduğu açıklanmaktadır (9). Birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan bir çalışmada her on çalışandan dokuzunun en az

bir mesleksi riskle karşılaştığı belirtilmiştir. Şiddet, kesici delici alet yaralanmaları, kimyasal madde sıçraması en sık karşılaşılan sorunlar olarak tanımlanmıştır (10). Yurtdışında aile sağlığı merkezlerinde yapılan bir çalışmada da, çalışanların psikolojik ve fiziksel şiddet, tipik iş kazaları, emosyonel tükenme, problem çözme yeteneğinde eksiklik ve meslek hastalıkları gibi risklerle yüzleştiği belirtilmektedir (11).

Öztürk ve ark.'nın aile ve toplum sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanlarının iş güvenliğine yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; hemşireler hariç hekim ve diğer sağlık personeli, ASM ve TSM'de iş güvenliğinin var olduğunu belirtirken bu merkezlerde meslek hastalıkları ve şikayetlerin görüldüğü, sağlık taraması ve kayıt sistemlerinin, özel alanlara yönelik denetimlerin yetersiz olduğu belirtilmiştir (12).

İş sağlığı ve güvenliğine yönelik çalışmaların amacı, kurumlarda bulunan sağlık risklerini kontrol altına alarak, çalışanlara sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı hazırlamak, çalışanların sağlığını koruyup geliştirerek aynı zamanda çalışan memnuniyetini de arttırmaktır. Ayrıca çalışanların moral yönden güvenli ve sağlıklı olması, böylece uyumlu ve verimli çalışması, psikolojik ve ruhsal yönden sağlıklı ve tatmin olması arzulanmaktadır (4). Çınar ve ark.'nın (13) çalışmasında çalışanların güvenlik algıları ile çalışan memnuniyetinin birbirine paralel ve orta düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi çalışanın sağlığı ve güvenliği açısından olumlu olduğu kadar çalışan kişilerin iş verimini de olumlu yönde etkilemesi bakımından çok önemlidir (14). Çalışma ortamlarının değerlendirilmesi ile ilgili yapılan bir çalışmada sağlıklı ve iyi bir çalışma ortamında çalışan sağlık personelinin daha kaliteli ve nitelikli bakım verdiği, hizmet veren ve hizmet alanın memnuniyetinin arttığı iletilmiştir (15).

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki iş güvenliğinin sağlanıp, sağlanmadığını ve iş güvenliği için yapılan faaliyetleri nasıl algıladığı, nasıl tanımladığı ile ilgili birinci basamakta hizmet veren sağlık çalışanlarına yönelik az sayıda çalışma yapılmıştır (10).

Bu anlayışla, bu çalışmada Muş il merkezinde bulunan aile ve toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine yönelik görüşlerinin ve iş doyumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı türde yapılan bu araştırma Muş İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde, Mart-Haziran 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Muş il merkezinde bulunan ASM ve TSM'de çalışan tüm sağlık personeli oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem yöntemi seçimi yapılmamış evrenin tümüne (n=100 kişi:40 hekim, 32 hemşire, 28 ebe) ulaşılmıştır. Araştırmanın verileri sosyodemografik özellikler, iş güvenliğine yönelik sorulardan oluşan tanıtıcı bilgi formu ile aile ve toplum sağlığı merkezinde çalışan sağlık personeline yönelik İş Güvenliği Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeğinden oluşan sorular direkt gözlem altında uygulanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen, bireylerin sosyo-demografik özelliklerini (3 soru) ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili durumlarını (10 soruluk) içeren toplam 13 soruluk bir tanıtım formudur.

İş Güvenliği Ölçeği: Öztürk ve ark. tarafından geliştirilmiş olup aile ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personeli için iş güvenliğinin sağlanıp, sağlanmadığını ve iş güvenliği için yapılan faaliyetleri saptamaya yönelik 42 olumlu maddeden oluşmaktadır (12). Ölçeğin, Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler (F1), Kazalar ve Zehirlenmeler (F2), Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri (F3), Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi (F4), Fiziksel Ortam Uygunluğu (F5), Özel Alan Denetimi (F6), Talimatlar ve Kurallar (F7) olmak üzere 7 alt faktörü vardır. Ölçeğin puan aralığı 42-252 olup, ölçek "6" tamamen katılıyorum ile "1" kesinlikle katılmıyorum arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten 252'ye yakın puan alınması, aile ve toplum sağlığı merkezlerinde iş güvenliğinin sağlandığını, 42'ye yakın puan alınması iş güvenliğinin sağlanmadığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,94 olarak bulunmuştur (12). Bizim çalışmamızın Cronbach Alpha değeri ise 0,97 olarak bulunmuştur.

Minnesota İş Doyum Ölçeği: Minnesota İş Doyum Ölçeği Dawis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde Baycan (1985) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır (16). Ölçek 1-5 arasında puanlanan beşli likert tipi bir ölçek olup puanlamasında, Hiç memnun değilim; 1 puan, Memnun değilim; 2 puan, Kararsızım; 3 puan, Memnunum; 4 puan, Çok memnunum; 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Minnesota İş Doyum Ölçeği toplam 20 madde ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır.

1. Alt Boyut (İçsel doyum): Başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin tatminkarlıkla ilgili öğelerden oluşmaktadır. Bu boyutun maddeleri 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16 ve 20'dir. İçsel doyum puanı, içsel faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 12'ye bölünmesi ile oluşur.

2. Alt Boyut (Dışsal doyum): İşletme politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait öğelerden oluşmaktadır. Bu boyutun maddeleri 5,6,12,13,14,17,18,19'dur. Dışsal doyum puanı da dışsal faktörleri içeren maddelerden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile bulunur.

Ölçeğin nötr doyum puanı 3'tür. Ölçekten alınan puan 3'ten küçük ise iş doyumunu düşük, 3'ten büyük ise iş doyumunu yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,77 olup bizim çalışmamızda ise bu değer 0,81 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 20.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, ANOVA ve pearson korelasyon testleri kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

17.02.2015 tarihli Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu ve Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan sağlık personeline bu

çalışmanın amacı anlatılarak araştırmaya katılımda istekli olup olmadıkları sorulmuş ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

Bulgular

Sağlık çalışanlarının sosyo demografik özellikleri ve iş güvenliğine ilişkin düşünceleri Tablo 1’de verilmiştir.

Sağlık çalışanlarının %63,0’ı kadın olup %78,0’inin görev yeri ASM’lerdir. Çalışanların %40,0’i hekim, %32,0’i hemşire ve %28,0’i ebedir. Genel yaş ortalaması 29,62+5,66 olup hizmet yılı ortalaması 6,13+4,84’tür. Sağlık çalışanlarının %80,0’i iş sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamalardan haber olduklarını belirtmişlerdir. Çalışanların %19,0’i çalışma ortamlarında iş kazası geçirdiklerini, %7,0’i ise meslek hastalığı geçirdiğini ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı (%83,0) çalışma ortamında iş kazaları ve meslek hastalıklarına yönelik bireysel koruyucu önlem aldıklarını ifade etmişler, koruyucu önlem olarak ise en fazla

eldiven (%83,0) kullandıklarını belirtmişlerdir. Alınan önlemler sayesinde sağlık çalışanlarının %61,0’i meslek hastalıklarının, %64,0’i iş kazalarının azalacağını düşünmektedir. Sağlık çalışanlarının yarısı (%52,0) iş sağlığı ve güvenliğine yönelik kurumlarında alınan önlemleri yeterli bulmamaktadır. Sağlık çalışanlarının yaklaşık tamamı (%99,0) sağlık hizmetlerinde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaların bir gereklilik olduğunu düşünmektedir (Tablo 1).

Tüm sağlık çalışanlarında ASM ve TSM’de fiziksel ortam uygunluğu (3,6±1,4) dışındaki alt boyutlarda genel olarak iş güvenliğinin sağlanmadığı (2,8±1,07) belirlenmiştir. Ayrıca ebeler hemşire ve hekimlere göre çalışma ortamlarında “meslek hastalıkları ve şikayetler” ve “malzeme, araç ve gereç denetimi” alt boyutları ile ölçek toplam puanında iş güvenliğini daha yetersiz olarak ifade etmişlerdir (p<0,05) (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık Personelinin İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Hemşire Ort. ±SS	Ebe Ort. ±SS	Hekim Ort. ±SS	Toplam Ort. ±SS	F	p
F1. Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	2,4±1,1	1,8±1,0	2,6±1,3	2,4±1,2	3,694	0,028
F2. Kazalar ve Zehirlenmeler	3,0±1,2	2,6±1,6	3,1±1,4	2,9±1,4	0,997	0,373
F3. Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi	2,5±0,9	2,3±1,2	2,8±1,3	2,6±1,2	1,733	0,182
F4. Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi	3,4±1,4	2,9±1,4	3,7±1,2	3,4±1,3	3,108	0,049
F5. Fiziksel Ortam Uygunluğu	3,6±1,4	3,1±1,5	3,9±1,3	3,6±1,4	2,800	0,066
F6. Özel Alan Denetimi	3,2±1,5	2,5±1,5	2,6±1,3	2,7±1,4	2,197	0,117
F7. Koruyucu Talimat ve Kurallar	3,1±1,4	2,6±1,5	3,3±1,2	3,0±1,4	2,339	0,102
İş Güvenliği Ölçeği Toplam Puanı	2,9±1,0	2,4±1,0	3,0±0,9	2,8±1,07	3,537	0,033

Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma

Sağlık çalışanlarının iş doyum puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakta birlikte (p<0,05) genel iş doyumunu (3,0±0,7) nötr doyum puanında, dışsal doyum puanı (2,8±0,7) düşük, içsel doyum puanı (3,2±0,7) yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 3). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki iş güvenliğine yönelik algıları ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiye

bakıldığında, iş güvenliği ölçeği alt boyut ve genel puanı ile iş doyumunu ölçeği alt boyut ve genel puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarındaki iş güvenliğine yönelik algıları olumlu yönde arttıkça iş doyum düzeyleri de yükselmektedir (Tablo 4).

Tablo 1. Sağlık Personelinin Bazı Demografik Özellikleri ve İş Güvenliği'ne Yönelik Düşünceleri		
Sosyo-demografik özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	63	63,0
Erkek	37	37,0
Meslek		
Doktor	40	40,0
Hemşire	32	32,0
Ebe	28	28,0
Görev birimi		
ASM	78	78,0
TSM	22	22,0
İSG uygulamalarından haberdar olma durumu		
Haberdar	80	80,0
Haberdar değil	20	20,0
İş kazası geçirme durumu		
Kaza geçiren	19	19,0
Kaza geçirmeyen	81	81,0
Meslek hastalığına yakalanma durumu		
Meslek hastalığı olan	7	7,0
Meslek hastalığı olmayan	93	93,0
İş kazalarına yönelik koruyucu önlem alma durumu		
Alan	83	83,0
Almayan	17	17,0
Alınan koruyucu önlem türü		
Eldiven	83	83,0
Maske	1	1,0
Dozimetre	2	2,0
Gözlük	14	14,0
Alınan önlemler sayesinde iş kazalarına ilişkin düşünce		
Azalır	61	61,0
Azalmaz	2	2,0
Kısmen azalır	37	37,0
Alınan önlemler sayesinde meslek hastalıklarına ilişkin düşünce		
Azalır	64	64,0
Azalmaz	2	2,0
Kısmen azalır	34	34,0
Kurumun aldığı önlemlere ilişkin düşünce		
Yeterli	7	7,0
Yeterli değil	52	52,0
Kısmen yeterli	41	41,0
İş güvenliği uygulamalarını gerekli bulma durumu		
Gerekli	99	99,0
Gerekli değil	1	1,0
	Ort	SS
Yaş	29,62	5,66
Hizmet Yılı	6,13	4,84

Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma

Tablo 3. Sağlık Personelinin İş Doyumunu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Hemşire Ort. ±SS	Ebe Ort. ±SS	Hekim Ort. ±SS	Toplam Ort. ±SS	F	p
İçsel Doyum	3,1±0,7	3,0±0,7	3,3±0,7	3,2±0,7	1,290	0,280
Dışsal Doyum	2,9±0,9	2,7±0,8	2,8±0,6	2,8±0,7	0,446	0,642
Genel Doyum	3,0±0,7	2,9±0,6	3,1±0,6	3,0±0,7	0,826	0,441

Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma

Tablo 4. İş Güvenliği Ölçeği Puan Ortalamaları İle İş Doyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	İçsel doyum Puanı		Dışsal doyum puanı		Genel doyum puanı	
	r	p	r	p	r	p
F1. Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	0,210	0,036	0,179	0,075	0,219	0,029
F2. Kazalar ve Zehirlenmeler	0,236	0,018	0,213	0,033	0,251	0,012
F3. Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi	0,251	0,012	0,240	0,016	0,273	0,006
F4. Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi	0,274	0,006	0,298	0,003	0,314	0,001
F5. Fiziksel Ortam Uygunluğu	0,331	0,001	0,290	0,003	0,349	0,000
F6. Özel Alan Denetimi	0,217	0,030	0,248	0,013	0,255	0,011
F7. Koruyucu Talimat ve Kurallar	0,284	0,004	0,394	0,000	0,363	0,000
İş Güvenliği Ölçeği Toplam puanı	0,306	0,002	0,299	0,003	0,336	0,001

Tartışma

ASM ve TSM'de sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları toplumun sağlığını koruma, iyileştirme, geliştirme sürecinde pek çok risk etmeni ile karşı karşıya kalmaktadır (9). Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde iş sağlığı ve güvenliği, üzerinde durulması gereken önemli bir konudur.

Çalışmamızda iş güvenliğine ilişkin bulgulara bakıldığında, sağlık çalışanları ASM ve TSM'de fiziksel ortam uygunluğu dışında genel olarak iş güvenliğinin sağlanmadığını belirtmişlerdir (2,8±1,07). Meslek hastalıkları, iş kazaları, sağlık taramaları, malzeme araç gereç denetimi, özel alanların denetimi ve koruyucu talimat ve kurallar noktasında da yetersizlik bildirmişlerdir. Ayrıca sağlık çalışanlarının yarısından fazlası (%52) kurumlarında alınan önlemleri de yeterli bulmamıştır. Çalışanların %19,0'ının iş kazası geçirmiş olması, %7,0'ının da meslek hastalığına yakalanması bu bulguyu

destekler niteliktedir. Öztürk ve ark.'nın¹² Trabzon'da ASM ve TSM'deki sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmasında, bizim çalışmamızın aksine genel olarak iş güvenliğinin sağlandığını (3,57±0,98) ifade etseler de bizim çalışmamızla benzer olarak bu merkezlerde meslek hastalıkları ve şikayetlerin görüldüğü, sağlık taraması ve kayıt sistemlerinin, özel alanlara yönelik denetimlerin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Ülkemizde birinci basamak sağlık çalışanlarında bu konuyla ilgili başka herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Öztürk ve ark.'nın (17) hastanede çalışan sağlık personeli üzerinde yaptıkları başka bir çalışmalarında ise genel olarak iş güvenliğinin sağlandığı belirtilmiştir (4,05±1,01). Bu sonuç bize birinci basamak sağlık kurumlarında hastanelere oranla iş sağlığı ve güvenliğine yönelik önlemlere daha az önem verildiğini düşündürmektedir.

Sağlık çalışanlarının %80,0'ı iş güvenliğine yönelik uygulamalardan haberdar olduklarını, %83,0'ı iş kazalarına yönelik bireysel koruyucu önlem aldıklarını belirtmelerine rağmen malesef %19,0'ı iş kazası geçirdiğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının sadece %7,0'ı kurumlarının bu konuyla ilgili aldıkları önlemleri yeterli bulmuşlar ve hemen hemen hepsi kurumlarında iş güvenliği uygulamalarını gerekli bulmaktadırlar. Çalışmamızda iş güvenliği puan ortalamasının düşük olmasının nedeni sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği tebliğinin gerektirdiği faaliyetlerin tam olarak yürütülmemiş olmasından kaynaklanabilir.

Sağlık çalışanları arasında ebeler, hemşire ve hekimlere göre çalışma ortamlarında “meslek hastalıkları ve şikayetler” ve “malzeme, araç ve gereç denetimi” alt boyutlarında iş güvenliğini daha yetersiz olarak ifade etmişlerdir ($p<0,05$). Öztürk ve ark.'nın (12) çalışmasında ise hemşireler genel olarak iş güvenliğini yetersiz bulmuştur. Bizim çalışmamızda ebelerin diğer meslek gruplarına göre iş güvenliği düzeyini daha yetersiz olarak değerlendirmesi, bu grubun daha çok meslek hastalıklarına yakalanmasından ya da daha fazla iş kazası geçirmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının iş doyum puanları incelendiğinde iş doyum orta düzeyde ($3,0\pm 0,7$) diğer bir ifade ile nötr doyum puanda, dışsal doyum puanı düşük, içsel doyum puanı yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde hastanedeki sağlık çalışanlarının iş doyum düzeylerinin incelediği bir çalışmada da sağlık çalışanlarının içsel iş doyum puan ortalamalarının orta düzeyde (3,02) olduğu ve içsel iş doyumunu (tanınma, başarı, takdir görme, işin kendisi ve işin sorumluluğu) açısından tatmin olduğu belirlenmiştir. Çalışanların dışsal doyum puan ortalamasının 2,63 olduğu tespit edilmiştir. Bu puan ölçeğin nötr puanı olan 3'ün altında olduğu için çalışanların dışsal iş doyumunu (kurum politikası, yönetim şekli, denetim biçimi, üstler ve astlarla ilişkiler, çalışma şartları, ücret) açısından tatmin olmadığı anlamına gelmektedir (18). Aynı şekilde Sonakın'ın (19) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada da dışsal iş doyumunun (2,71) düşük olduğu, fakat içsel genel iş doyumunun sağlandığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda meslekler arasında iş doyum puanları açısından anlamlı bir farklılık

bulunmamıştır. Nal ve ark.'nın (18) sağlık çalışanlarının iş doyum düzeylerini Minnesota İş Doyum Ölçeğini kullanarak incelediği çalışmada da meslek grupları arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Kaya ve Oğuzöncül'ün (20) birinci basamak sağlık çalışanlarında başka bir ölçekle iş doyumunu incelediği çalışmada da meslekler arasında bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Benzer şekilde Erdoğan ve Biçer'in (21) sağlık personelleri üzerindeki çalışmada, doktor, hemşire veya sağlık memuru olarak çalışanların, iş doyum puan ortalaması arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bunların aksine Erşan ve ark.'nın (22) çalışmasında olduğu gibi meslekler ile iş doyum arasında önemli bir farklılık bulunmuştur. Meslekler göre, hekim grubuyla hemşire grubu arasında iş doyum farklı bulunmuştur. Hekimlerin iş doyum puan ortalaması daha yüksektir ($p<0,05$).

İş doyum çalışanların iş ortamına ve işin kapsamına ilişkin olumlu tutumlarının tümü şeklinde tanımlanmaktadır (5). Çalışmamızda sağlık çalışanlarının içsel doyumları yüksek yani başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin memnuniyetlerinin yüksek olduğu kısacası yaptıkları işi severek yaptıkları söylenebilir. Bunun aksine sağlık çalışanlarının dışsal doyum puanları düşük yani kurumun politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait öğelerden memnun olmadıkları düşünülmektedir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının dışsal doyum puanlarının düşük olmasının diğer bir nedeni İş Güvenliği Ölçeği puanlarının düşük olması ile bağlantılı yani sağlık çalışanlarının kurumlarındaki iş güvenliği uygulamalarını yeterli bulmamaları ile açıklanabilir. Çünkü kurumdaki iş güvenliği uygulamaları da iş çevresine ait bir öğe olarak değerlendirilebilir.

Bu bağlamda sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki iş güvenliğine yönelik algıları ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise iş güvenliğine yönelik algıları olumlu yönde arttıkça iş doyum düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. İş doyumunu açıklayan Maslow'un kuramında, çalışanların iş doyumunu etkileyen faktörlerden örgütsel etkenler arasında güvenli çalışma koşulları ve iş güvenliği de yer almaktadır

(23). Bu nedenle sağlık kurumlarında iş güvenliği ilkelerinin yerine getirilerek çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi çalışan kişilerin iş doyumunu da olumlu yönde etkileyecektir. Benzer şekilde Öztürk ve Kıracı'nın (24) iş sağlığı ve güvenliği risk faktörlerinden olan iş stresinin iş doyumunu üzerine etkisini incelediği çalışmasında sağlık çalışanlarının iş stresi arttıkça iş doyumunun azaldığı saptanmıştır. Aynı şekilde Tekingündüz ve ark.'nın (25) 2014 yılında sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada da iş stresinin iş doyumunu etkilediği belirlenmiştir. Benzer şekilde Erşan ve ark.'nın (22) çalışmasında da iş doyumunu ile iş stresi arasında anlamlı düzeyde negatif bir ilişki saptanmıştır. Ülkemizde sağlık çalışanlarının iş güvenliği ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi direk inceleyen bir çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte yapılan diğer çalışmalar (22,25,26) ve bizim çalışma bulgularımız ayrıca konuyla ilgili literatür (23) sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarındaki iş güvenliğine yönelik olumlu algılarının iş doyumunu olumlu yönde etkilediği şeklindedir.

Tüm bu sonuçlardan yola çıkarak birinci basamak sağlık kurumlarının hastaneler gibi yatarak tedavi edici hizmet veren kurumlar olmadığı için bu kurumlarda iş güvenliği ilkelerinin genellikle göz ardı edildiği söylenebilir.

Kaynaklar

1. Soyer A. Sağlık çalışanlarının mesleki riskleri ve sağlık kurumlarında iş sağlığı ve güvenliği birimleri: neden, nasıl? Toplum ve Hekim Derg. 1999; 14(6): 458-460.
2. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(6): 547-554.
3. Sabancı A. İş sağlığı-iş güvenliği ve ergonomi. Adana: İş sağlığı ve güvenliği kongresi bildiriler kitabı, 2001.
4. Sabuncuoğlu Z. İnsan Kaynakları Yönetimi. Bursa: Ezgi Kitabevi; 2000.
5. Erdoğan İ. İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış. İstanbul: Avcıoğlu Basın yayını; 1996.
6. Başaran İE. Örgütsel Davranış. Ankara: Kadioğlu matbaası; 1991.
7. Aksu G, Acuner A, Tabak R. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yöneticilerinin iş doyumuna yönelik bir

Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda iş güvenliğinin sağlanması sağlık çalışanlarının; rahat ve güvenli ortamlarda çalışmaları, iş kazası ve meslek hastalıklarına karşı korunmasını sağlayacak aynı zamanda iş doyumunu da arttırarak birçok fayda sağlayacaktır.

Sonuç

ASM ve TSM'de genel olarak iş güvenliğinin sağlanmadığı ve iş doyumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş güvenliğine yönelik algıları olumlu yönde arttıkça iş doyum düzeyleri de artmaktadır. Sağlıksız ve güvensiz çalışma ortamı sağlık hizmetlerinde çalışanların fiziksel ve psikolojik sağlığını ve güvenliğini bozmakta ve iş doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

İş kazası ve meslek hastalıklarının engellenmesi, iş doyumunun sağlanması için bu kurumlarda hizmetiçi eğitim, risk değerlendirmesi, acil durum planlarının hazırlanması, düzenli denetim, sağlık taramalarının yapılması, çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması gibi iş güvenliği ile ilgili ilkelerin öncelikle yerine getirilmesi önem taşımaktadır. Böylece sağlık çalışanları daha güvenli bir ortamda çalışarak daha sağlıklı ve doyumlu olabilir ve bireylere daha iyi hizmet sunabilirler.

araştırma (Ankara örneği)". Ank.Üni. Tıp Fak. Mecm. 2002; 55(4): 271-282.

8. Lee J. Impact of family relationships on attitudes of the second generation in family business. Fam Bus Rev. 2006; 19(3): 175-19.
9. Ay S, Güngör N, Özbaşaran F. Manisa il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlananların aldıkları hizmetten memnuniyetin değerlendirilmesi. Modern Hastane Yönetimi Dergisi. 2004; Temmuz-Ağustos-Eylül.
10. Ergör A, Kılıç B, Gürpınar E. Sağlık ocaklarında iş riskleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2003, 16:44-50.
11. Cezar-Vaz MR, Souza Soares JF, Figueiredo PP, Azambuja EP, Sant'Anna CF, Cynthia-Costa VZ. Risk perception in family health work: study with workers in Southern Brazil. Rev Lat-Am Enferm. 2009; 17(6): 961- 967.

12. Öztürk H, Babacan E, Bayramoğlu T. Trabzon aile ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. Ankara: III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi poster bildiriler kitabı, 2011: 125-135.
13. Çınar F, Akman Ö, Mendes H, Bakır İ. Kalp hastanesinde çalışan sağlık personelinin çalışan güvenliği algı düzeyi ile çalışan memnuniyeti arasındaki ilişki, Ankara: III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi poster bildiriler kitabı, 2011.
14. Esmek M, Demircan S, Oflaşlı F, Baybek H. Yatağan termik santrali çalışanlarında 1995-1999 yılları arasında görülen sistem hastalıklarının incelenmesi, III. Uluslararası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyerleri Hemşireliği Sempozyumu, 13- 15 Kasım, Zonguldak, 2003.
15. Çam O, Akgün E, Gümüş AB, Bilge A, Keskin GÜ. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2005; 6: 213-220.
16. Baycan FA. Farklı gruplarda çalışan gruplarda iş doyumunun bazı yönlerinin analizi. Boğaziçi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, 1985, İstanbul, Türkiye.
17. Öztürk H, Babacan E, Anahar Özdaş E. Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(4):252-68.
18. Nal M, Nal B. Sağlık çalışanlarının iş doyumunu düzeylerinin incelenmesi: bir kamu hastanesi örneği. Ordu Univ. Sos. Bilim. Araşt. Derg.. 2018; 8(1), 131-140.
19. Sonakın C. Hemşirelerin iş doyumları ile çalıştıkları kurumların etik iklimi arasındaki ilişki. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2010, İstanbul, Türkiye.
20. Kaya F, Oğuzöncül AF. Birinci basamak sağlık çalışanlarında iş doyumunu ve etkileyen faktörler Dicle Tıp Derg. 2016; 43 (2): 248-255.
21. Erdoğan M, Biçer O. Osmaniye ilinde çalışan sağlık personelinin iş tatmininin, öz-yeterlilik düzeyinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. İstanbul: Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
22. Erşan EE, Yıldırım G, Doğan O, Doğan S. Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi Anadolu Psikiyatri Derg. 2013;14:115-21.
23. Çetinkanat C. Örgütlerde güdülenme ve iş doyumunu, Ankara: Anı yayıncılık, 2000.
24. Öztürk YE, Kıracı R. İş sağlığı ve güvenliği risk faktörlerinden olan iş stresinin iş doyumunu üzerine etkisi (Konya örneği). Uluslararası Sosyal Araştırmalar Kongresi. 20 – 22 Nisan 2017, İstanbul, ISBN: 978-605-82729-0-3.
25. Tekingündüz S, Top M, Seçkin M. İş tatmini, performans, iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi: Hastane örneği. Verimlilik Dergisi. 2015; 0(4): 39-64. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/verimlilik/issue/21773/234017>.

Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi Determination of Health Perception and Healthy Lifestyle Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease

Gözde GÜR¹, Nihal SUNAL²

ÖZ

Amaç: Bu araştırma koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini İstanbul'da özel bir hastaneye Mayıs 2016- Ocak 2017 tarihleri arasında koroner arter olay nedeniyle yatmış ≥ 18 ve < 80 yaş arası peruktan koroner girişim uygulanmış, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve sorulara eksiksiz cevap veren 305 hasta oluşturmuştur. Çalışma verileri hastalarla yüz yüze görüşülerek 'Sosyodemografik Bilgi Formu' 'Sağlık Algısı Ölçeği' ve 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, Cronbach alfa katsayısı, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $58,63 \pm 11,08$ olup, %32,5'inin 55-64 yaş grubunda (n=99) olduğu saptanmıştır. Ayrıca %63,3'ünün erkek (n=193), %84,6'sının (n=258) evli, %48,5'inin ilköğretim mezunu (n=148) olduğu görülmüştür. Katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalamasının $47,37 \pm 5,77$, SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamasının $131,36 \pm 26,71$ olup ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde; SAÖ ile SYBDÖ II'den alınan puan ortalamaları arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0,403$; $p=0,000$).

Sonuç: SYBDÖ II ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ve SAÖ kesinlik alt boyutu hariç tüm alt boyutların puan ortalamalarının ortanın üzerinde olması hem sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hem de sağlık algısının istendik düzeye yakın olduğunun bir göstergesi olabilir. Bu sonuçlar doğrultusunda planlanan hasta eğitimlerinde fiziksel aktivite ve SAÖ'nin kesinlik alt boyutunun öncelikle ele alınması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Koroner Arter Hastalığı, Perkütan Koroner Girişim, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Sağlık Algısı Ölçeği.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of our descriptive study was to determine the perception of health and healthy lifestyle behaviors in patients with coronary artery disease (CAD).

Materials and Methods: The study sample is consisted of 305 patients, treated in the coronary care unit of the Private Hospital Complex between May 2016–January 2017, who were diagnosed as having coronary artery disease, treated with percutaneous coronary intervention, willing to participate in the study, and able to completely answer the study questionnaires. Study data was obtained by using the "Sociodemographic Information Form", "Perception of Health Scale (PHS)", and "Health Promoting Life Style II (HPLP II)" through direct communication with the participants. The statistical methods included number, percentage, mean, Cronbach alfa coefficient, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U, and Kruskal Wallis tests.

Results: It was determined that the mean age of participants was 58.63 ± 11.08 , 63.3% of the patients were male (n=193). Ninety-nine patients (32.5%) appeared to be between ages of 55–64. Also, 63.3% of them were male (n=193), 84.6% (n=258) were married and 48.5% were primary school graduates (n=148). The mean score of the PHS was 47.37 ± 5.77 and the mean score of the HPLP II was 131.36 ± 26.71 . Spearman correlation was used to analyze the relation between mean scores of the PHS and the HPLP II. There was a relatively weak association between the mean PHS and the HPLP II scores ($r=0.403$; $p=0.001$).

Conclusion: The fact that all subscales except the physical activity subdimension of Healthy Life Style Behaviour Scale II and the precision subscale of Perception of Health Scale are above the median of the mean of the points may be a sign that both healthy lifestyle behaviors and health perception are close to the desired level. It may be suggested that physical activity and the precision of the Perception of Health Scale should be considered first in the patient trainings planned in line with these results.

Keywords: Coronary Artery Disease, Health Promoting Lifestyle Profile II, Percutaneous Coronary Intervention, Perception of Health Scale

Geliş Tarihi/Received: 02.05.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 08.01.2019

¹Uzm. Hemşire, İstanbul Medipol Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, ORCID: 0000-0002-9671-6438

²Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Medipol Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, ORCID: 0000-0001-6449-4239

Sorumlu Yazar /Correspondence: Uzm. Hemşire, İstanbul Medipol Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, email: gozdegur66@gmail.com ORCID: 0000-0002-9671-6438

*Bu çalışma İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans tezinden üretilmiştir, 2017.

**1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur. 23-26 Nisan 2018, Ankara

Giriş

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünyada ve ülkemizde en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl 17,5 milyon insan KVH nedeniyle ölmektedir ve bu sayı tüm ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır (1). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2012 verilerine göre yılda yaklaşık olarak 420 bin civarında koroner arter hastalığı meydana gelmektedir. Bunların 120 bini Koroner Arter Hastalığı (KAH) bilinen hastalarda akut olayın tekrarı, 180 bini yeni akut koroner sendrom tanısı, 120 bini ise sağlıklı görünen kişilerde olan ve kadınlarda sık rastlanan yeni koroner arter hastalığından oluşmaktadır (2).

Kardiyovasküler hastalıkların çoğu ileri yaş, erkek cinsiyet, hipertansiyon, obezite, fiziksel hareketsizlik, stres, sigara içimi, lipoprotein kolesterol düzeyi düşüklüğü ve trigliserid yüksekliği gibi önlenabilir risk faktörlerinden oluşmaktadır (3,4). Koroner arter hastalıkları ölümlerinde görülen azalmanın %50'si önlenabilir risk faktörlerindeki değişiklikler ile ilişkili olduğu bilinmektedir (5,6). Yaşam boyu süren alışkanlıkların kolay değiştirilemediği ve bu değişikliklerin gerçekleşmesinin uzun zaman alacağı belirtilmekle birlikte önlemek ve kontrol için girişimlerin yetersiz olduğu da bilinmektedir (7,8,9).

Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısıyla uzun vadede ilişkili, kronik bir hastalık olan koroner arter hastalığı için sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısı oluşması; hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve bu doğrultuda davranış değişikliği başlatması, hastanın inandığı değerlerin, inançların, sağlığa verilen önem ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, hastaların hastalıkla uyum içinde yaşaması ve yaşam şekillerinde değişiklikler planlaması veya yapması, sunulan bakıma aktif cevap vermesi ve iş birliği ile mümkün olacaktır (10,11). Yani sağlıklı yaşam biçimi yalnızca hastalıklardan korumak değil, aynı zamanda bireyin yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyle sağlayan davranışlar olup; ruhsal gelişim, sağlık sorumluluğu, yeterli ve düzenli egzersiz, sigara kullanmama, beslenme, hijyenik önlemler, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini içermektedir (12).

Yapılan bu araştırmada da koroner arter hastalığına sahip olan bireylerin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek, bunları hastalığı etkileyen risk faktörleriyle birlikte değerlendirmek ve aynı zamanda bakım ihtiyaçlarının belirlenmesine rehber olacak öneriler geliştirmek, eğitimler planlamak ve danışmanlık hizmetleri sağlayarak sağlığı ileri düzeye taşımak amacı ile planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın evrenini özel bir üniversite hastanesinin koroner yoğun bakım ünitesine Mayıs 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında KAH tanısı alarak yatan hastalardan oluşturuldu. Araştırmanın örneklemini ise koroner yoğun bakım ünitesinde peruktan koroner girişim (PKG) uygulanan 1930 hastadan %5,5 hata ve %5 sapma ile çalışmanın örneklem sayısının en az 273 hasta olması belirlendi. Geçmiş öyküsünde PKG uygulanmış hastalarda katılarak, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanacak formları cevaplamaya uygun, iletişim sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ≥ 18 ve < 80 yaş arası hastalar ile anket ve ölçekler aracılığıyla araştırmacı tarafından, belirlenen 30 dakika süre içerisinde yüz yüze görüşülerek 8 aylık süre içinde planlı olarak başvuran 305 hasta ile oluşturuldu. Araştırmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılarak toplandı.

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu PKG uygulanan bireylerde kardiyovasküler hastalıklar yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleriyle sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği düşünülen sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yer, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi), sağlık durumu, PKG sonrası yaşamla ilişkisi bilgi ve davranışlarını öğrenmek amacıyla literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur. Birinci bölümde sosyo-demografik özellik formuna yönelik 16 soru, ikinci bölümde ise yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörlerine ilişkin 12 soruyla birlikte toplam 28 soru yer almaktadır.

Sağlık Algısı Ölçeği

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe

geçerlilik ve güvenilirliği ise 2009 yılında Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır (13). SAÖ 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 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 alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’dir. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri: Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın önemi 0,82’dir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) Pender’in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve ark. (14) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 1996 yılında revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmış; 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için 0,94 olup, altı alt faktörler için 0,70-0,85 arasında değişim göstermektedir. Çalışmamızda Bahar ve ark. (15) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin derecelendirmesi 4’lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) derecelendirilmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,94’dür. Alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları; Sağlık sorumluluğu (0,77), Fiziksel Aktivite (0,79), Beslenme (0,68), Manevi Gelişim (0,79), Kişilerarası İlişkiler (0,80), Stres Yönetimi (0,64) olarak saptanmıştır.

Verilerin Değerlendirmesi

Elde edilen veriler, SPSS 21.0 paket programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda SAÖ ve SYBDÖ II ile alt boyutlarının normal olmayan dağılım ($p<0,05$) gösterdiği görülmüştür. Katılımcıların tanıtıcı ve hastalık özellikleri sayı ve yüzde; sürekli değişkenler ortalama olarak verildi. İki bağımsız gruba ait sıra ortalamaları karşılaştırılırken Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla gruba ait sıra ortalamaları

karşılaştırılırken Kruskal Wallis analizi kullanıldı. Ölçeklerin iç tutarlılığını belirlemede toplamda SYBDÖ 0,94 SAÖ ise 0,60 olmak üzere Cronbach alfa katsayısı değerleri kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurulu’ndan etik onay (Karar No: 2016/358) ve çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı. SAÖ ve SYBDÖ II için yazarlardan email yoluyla izin alındı. Çalışmaya dahil edilen hastalara, çalışmanın içeriği ve amacı hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilerek izinleri alındı. Çalışmaya dahil olan hastaların bilgileri gizli tutulup, hasta mahremiyeti sağlanarak elde edilen veriler sadece bu araştırma için kullanıldı.

Bulgular

Çalışmamıza katılan 305 katılımcının yaş ortalaması $58,63\pm 11,08$ olup, %32,5’inin 55-64 yaş aralığında olduğu, %63,3’ünün erkek, %84,6’sının evli, %48,5’inin ilköğretim mezunu, %42,3’ünün aktif olarak bir işte çalıştığı ve %46,9’unun beden kitle indeksine göre fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Yine katılımcıların %28,2’sinin diyabet, %37,7’sinin hipertansiyon hastalığına sahip olduğu, %71,5’i hastalıkla ilgili hiçbir eğitim almadığı ve %55,4’ü hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin yeterli olduğu saptandı. Katılımcıların %47,9’unun sigara, %22,3’ünün alkol kullandığı, %49,8’inin KAH’na sahip birinci derece bir yakını bulunduğu, %49,8’i en fazla yaşadığı şikayetin göğüs ağrısı olduğu, %73,4’ü KAH’nın yaşam biçimini değiştirdiğini, %59’unun düzenli tetkik yaptırdığı ve %58,7’si yoğun stres altında yaşadığı tespit edildi. %59’u her zaman düzenli doktor kontrolüne gittiği ve %68,9’u düzenli ilaç kullandığı, %48,2’si zaman zaman düzenli diyet programına uyduğu ve %44,6’sının düzenli yürüyüş yaptığı, %38,7’si hiçbir zaman düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Katılımcıların kişisel özelliklerinin dağılımı ve sağlık durumlarına yönelik olası risk faktörlerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Katılımcıların SAÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması $47,37\pm 5,77$ (Min:35, Max:61) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun sağlığın önemi ($11,33\pm 2,44$) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun kesinlik ($10,84\pm 3,22$) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların SYBDÖ II’den aldıkları puan ortalaması

131,36±26,71 (Min:63, Max:198) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun manevi gelişim (26,04±6,26) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun fiziksel aktivite (15,84±5,38) olduğu görülmüştür. (Tablo 2).

Araştırmada yer alan katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ile kişisel özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 3'de gösterilmektedir. Katılımcıların yaş grupları SYBDÖ II göre incelendiğinde 64 yaş üstü katılımcıların puan ortalaması 55-64 yaş arası katılımcılara göre çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Cinsiyet gruplarında ise SAÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p>0,001$) ve bu sonucun erkek katılımcıların lehine olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların medeni durumları ile SAÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p>0,01$) ve bu sonucun bekar katılımcıların lehine olduğu saptanmıştır. SYBDÖ II'ne göre üniversite mezunu katılımcıların aldıkları puan ortalaması, okur yazar olmayan katılımcılardan ($p<0,05$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Mesleki yaşantıları aktif olan katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, emekli katılımcıların puan ortalamasına göre çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Obez katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, normal kilolu katılımcılardan ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. SYBDÖ II'ne göre obez katılımcıların aldıkları puan ortalaması, normal kilolu katılımcılara göre ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Diyabet hastalığına sahip olma durumlarına göre ise katılımcıların SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı fark olduğu ve bu durumun diyabet hastalığı olmayanların lehine olduğu saptanmıştır. Hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumu ve bilgi düzeyi algılarına bakıldığında SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu saptandı, bu sonuç bilgi düzeyi yeterli olan ve eğitim alanların lehinedir. Katılımcıların sağlık durumlarına yönelik olası risk faktörlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ise, Tablo 4'de gösterilmektedir. Katılımcıların sigara, alkol kullanım durumları ve en çok yaşadığı şikayeti ile SAÖ ve SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında;

Hiç sigara kullanmayan katılımcıların SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalaması, sigara kullanan katılımcılardan ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. En çok yaşadığı şikayet çarpıntı olan katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, yorgunluk olan katılımcılardan çok ileri düzeyde ($p<0,001$), nefes darlığı ve göğüs ağrısı olan katılımcılardan ise ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulundu. SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamasına göre bakıldığında en çok yaşadığı şikayeti çarpıntı olan katılımcıların, nefes darlığı olan katılımcılardan ise ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcılardan düzenli şekilde tetkik kontrollü yaptırılanların SAÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) ve SYBDÖ II puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç düzenli doktor kontrolüne gidenlerin SAÖ puan ortalamaları ve düzenli ilaç kullananların SYBDÖ II puan ortalamaları lehinedir. Düzenli diyet programını her zaman uygulayan katılımcıların SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalaması, hiçbir zaman ve zaman zaman uygulayan katılımcılara göre ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamasına göre düzenli egzersiz programını zaman zaman gerçekleştiren katılımcıların, hiçbir zaman gerçekleştirilmeyen katılımcılardan ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. SAÖ'ye göre baktığımızda düzenli egzersiz programını hiçbir zaman gerçekleştirilmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, her zaman gerçekleştiren katılımcılardan ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. SAÖ ile SYBDÖ II ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 5'de gösterildiği gibi spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde puan ortalamaları arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0,403$; $p=0,000$). SAÖ ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır. SYBDÖ II ile kontrol merkezi arasında ilişki saptanmayıp, öz farkındalık, sağlığın önemi ve kesinlik alt boyutu arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Kişisel Özelliklerinin ve Sağlık Durumlarına Yönelik Olası Risk Faktörlerinin Dağılımı (N=305)

Özellikler	Sayı	Yüzde	Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları (58,63±11,08 30-90 yaş aralığı)			Sigara Kullanımı		
45 yaş ve altı	37	12,1	Hiç kullanmamış	138	45,2
45-54 yaş	85	27,9	Bırakmış	21	6,9
55-64 yaş	99	32,5	Kullanıyor	146	47,9
65 yaş ve üzeri	84	27,5			
Cinsiyet			Alkol Kullanımı		
Kadın	112	36,7	Var	68	22,3
Erkek	193	63,3	Yok	237	77,7
Medeni Durum			KAH'lı Birinci Derece Yakın		
Evli	258	84,6	Var	152	49,8
Bekâr	47	15,4	Yok	153	50,2
Eğitim Durumu			En Çok Yaşanan Şikâyet		
Okur -yazar değil	26	8,6	Göğüs Ağrısı	152	49,8
İlköğretim	148	48,5	Yorgunluk	71	23,3
Lise	76	24,9	Nefes Darlığı	44	14,4
Üniversite	55	18,0	Çarpıntı	38	12,5
Çalışma Durumu			KAH Yaşam Biçimini		
Aktif	129	42,3	Değiştirdi	224	73,4
Aktif değil	60	19,7	Değiştirmede	81	26,6
Emekli	116	38,0			
Beden Kitle İndeksi			Düzenli Tetkik Kontrolü		
Zayıf	10	3,3	Yaptırım	180	59,0
Normal Kilolu	88	28,9	Yaptırmam	125	41,0
Fazla Kilolu	143	46,9			
Obez	64	21,0			
Diyabet			Yoğun Stres		
Var	86	28,2	Var	179	58,7
Yok	219	71,8	Yok	126	41,3
Hipertansiyon			Düzenli Doktor Kontrolü		
Var	115	37,7	Hiçbir zaman	56	18,4
Yok	190	62,3	Zaman zaman	69	22,6
			Her zaman	180	59,0
Hastalıkla İlgili Eğitim			Düzenli İlaç Kullanımı		
Aldım	87	28,5	Hiçbir zaman	38	12,5
Almadım	218	71,5	Zaman zaman	57	18,7
			Her zaman	210	68,9
Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi			Düzenli Diyet Programı		
Yeterli	169	55,4	Hiçbir zaman	72	23,6
Yetersiz	136	44,6	Zaman zaman	147	48,2
			Her zaman	86	28,2
Düzenli Egzersiz			Düzenli Yürüyüş		
Hiçbir zaman	118	38,7	Hiçbir zaman	82	26,9
Zaman zaman	113	37,0	Zaman zaman	136	44,6
Her zaman	74	24,3	Her zaman	87	28,5

Tablo 2. Katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ II Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (N=305)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort.±S.S.	Min.-Max. Değerler	Cronbach alfa kat sayısı
Kontrol Merkezi	15,32±4,68	5-25	0,85
Öz Farkındalık	9,81±2,40	4-15	0,83
Sağlığın Önemi	11,33±2,44	5-15	0,83
Kesinlik	10,84±3,22	4-18	0,74
SAÖ	47,37±5,77	35-61	0,85
Sağlık Sorumluluğu	23,00±6,48	10-36	0,70
Fiziksel Aktivite	15,84±5,38	8-31	0,94
Beslenme	21,96±4,78	10-33	0,75
Manevi Gelişim	26,04±6,26	11-36	0,5
Kişilerarası İlişkiler	25,48±5,39	13-36	0,62
Stres Yönetimi	19,01±4,64	10-31	0,61
SYBDÖ II	131,36±26,71	63-198	0,60

Tablo 3. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SAÖ ve SYBDÖ II'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=305)

Özellikler	SAÖ	Test ve p Değerleri	SYBÖ	Test ve p Değerleri
Yaş Grupları *				
45 yaş ve altı ^a	48,89±7,60	KW=6,266 p=0,099	128,64±24,31	KW=18,089 p=0,000 d>a,b,c
45-54 yaş ^b	48,11±5,83		130,57±19,84	
55-64 yaş ^c	46,74±5,89		124,75±29,84	
65 yaş ve üzeri ^d	46,70±4,36		141,15±27,47	
Cinsiyet**				
Kadın	45,72±4,43	Z=-3,828 p=0,000	129,64±28,95	Z=-0,745 p=0,457
Erkek	48,33±6,23		132,26±25,35	
Medeni Durum**				
Evli	47,07±5,97	Z=-2,727 p=0,006	131,00±28,55	Z=-0,677 p=0,498
Bekâr	49,04±4,21		133,34±12,54	
Eğitim Durumu*				
Okur -yazar değil ^a	45,65±4,24	KW=7,578 p=0,056	125,92±32,39	KW=18,104 p=0,000 d>a,c b>c
İlköğretim ^b	47,61±6,65		134,95±23,96	
Lise ^c	46,61±4,61		119,52±26,56	
Üniversite ^d	48,60±5,05		140,63±25,58	
Mesleki Yaşantı*				
Aktif ^a	48,89±6,68	KW=14,557 p=0,001 a>c	129,78±20,54	KW=0,585 p=0,746
Aktif değil ^b	47,01±4,61		133,73±30,18	
Emekli ^c	45,87±4,75		131,88±30,72	
Beden Kitle İndeksi*				
Zayıf ^a	48,60±3,40	KW=11,884 p=0,008 d<b,c	139,20±14,52	KW=12,446 p=0,006 d<a,b,c
Normal Kilolu ^b	49,06±5,78		137,52±22,44	
Fazla Kilolu ^c	47,30±5,66		132,28±24,99	
Obez ^d	45,01±5,56		119,62±33,25	
Ek Hastalık **				
Var	47,37±4,93	Z=-0,548 p=0,584	128,96±29,90	Z=-2,252 p=0,024
Yok	47,38±6,90		135,12±20,33	
Diyabet**				
Var	46,95±3,61	Z=-0,149 p=0,882	125,54±23,84	Z=-2,666 p=0,008
Yok	47,54±6,42		133,65±27,47	
Kronik Börek Yetmezliği**				
Var	45,83±2,18	Z=-2,266 p=0,023	113,26±14,66	Z=-4,567 p=0,000
Yok	47,54±6,01		133,34±27,00	
Hastalıkla İlgili Eğitim**				
Aldım	47,43±6,41	Z=-0,269 p=0,788	142,03±28,96	Z=-3,684 p=0,000
Almadım	47,35±5,51		127,11±24,56	
Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi**				
Yeterli	47,87±6,24	Z=-0,898 p=0,369	139,41±29,05	Z=-6,779 p=0,000
Yetersiz	46,75±5,09		121,36±19,36	

*: Kruskal Wallis testi **: Mann Whitney U testi

Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Olası Risk Faktörleri ile SAÖ ve SYBDÖ II'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=305)

Özellikler	SAÖ	Test ve p Değerleri	SYBÖ	Test ve p Değerleri
Sigara Kullanımı*				
Hiç kullanmamış ^a	46,44±4,99	KW=6,571 p=0,037 a<c	135,88±30,80	KW=10,737 p=0,005 a>b,c
Bırakmış ^b	47,66±2,68		131,00±20,30	
Kullanıyor ^c	48,21±6,62		127,15±22,48	
Alkol Kullanımı**				
Var	53,19±5,27	Z=-9,113 p=0,000	147,58±19,92	Z=-5,964 p=0,000
Yok	45,70±4,74		126,71±26,63	
KAH'lı Birinci Derece Yakın **				
Var	47,64±5,48	Z=-0,925 p=0,355	136,35±28,34	Z=-4,336 p=0,000
Yok	47,11±6,05		126,41±24,08	
En Çok Yaşanan Şikâyet*				
Göğüs Ağrısı ^a	47,03±4,49	KW=17,960 p=0,000 d>a,b,c b<c	134,35±20,84	KW=11,283 p=0,01 d>b,c
Yorgunluk ^b	45,32±7,11		123,43±31,27	
Nefes Darlığı ^c	48,88±5,53		125,02±34,25	
Çarpıntı ^d	50,84±6,04		141,57±23,78	
Düzenli Tetkik Kontrolü**				
Yaptırım	48,56±5,59	Z=-3,423 p=0,001	137,03±23,85	Z=-4,272 p=0,000
Yaptırmam	45,64±5,60		123,20±28,54	
Düzenli Doktor Kontrolü*				
Hiçbir zaman ^a	47,08±3,04	KW=8,523 p=0,014 b>a,c	133,76±25,05	KW=0,171 p=0,918
Zaman zaman ^b	48,82±3,96		130,55±19,14	
Her zaman ^c	46,91±6,84		130,93±29,62	
Düzenli İlaç Kullanımı*				
Hiçbir zaman ^a	46,97±3,64	KW=1,532 p=0,465	136,50±14,35	KW=8,977 p=0,011 b<a,c
Zaman zaman ^b	47,45±6,27		122,87±23,79	
Her zaman ^c	47,42±5,96		132,74±28,70	
Düzenli Diyet Programı*				
Hiçbir zaman ^a	50,36±6,43	KW=13,295 p=0,001 a>b,c	136,23±23,38	KW=13,753 p=0,001 c>a,b
Zaman zaman ^b	46,80±5,53		125,00±30,01	
Her zaman ^c	45,86±4,65		138,16±20,30	
Düzenli Yürüyüş*				
Hiçbir zaman ^a	44,42±6,15	KW=21,713 p=0,000 a<b,c	119,65±35,39	KW=18,730 p=0,000 a<b,c
Zaman zaman ^b	48,46±5,23		135,36±20,34	
Her zaman ^c	48,45±5,28		136,14±22,69	
Düzenli Egzersiz*				
Hiçbir zaman ^a	46,00±5,22	KW=7,987 p=0,018 a<c	121,33±30,46	KW=23,967 p=0,000 c>b,a b>a
Zaman zaman ^b	47,95±6,25		134,67±20,93	
Her zaman ^c	48,67±5,46		142,32±22,61	

*: Kruskal Wallis testi ***: Mann Whitney U testi

Tablo 5. SAÖ ile SYBDÖ II ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Değerleri (N=305)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Kontrol Merkezi		Öz Farkındalık		Sağlım Önemi		Kesinlik		SAÖ	
	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Sağlık Sorumluluğu	0,059	0,301	0,119	0,037 ^a	0,196	0,001 ^c	0,225	0,000 ^b	0,290	0,000 ^b
Fiziksel Aktivite	-0,011	0,846	0,254	0,000 ^b	0,004	0,946	0,237	0,000 ^b	0,275	0,000 ^b
Beslenme	0,08	0,162	0,245	0,000 ^b	-0,012	0,839	0,190	0,001 ^c	0,302	0,000 ^b
Manevi Gelişim	0,092	0,107	0,182	0,001 ^c	0,304	0,000 ^b	0,244	0,000 ^b	0,475	0,000 ^b
Kişilerarası İlişkiler	0,074	0,194	0,164	0,004 ^c	0,296	0,000 ^b	0,279	0,000 ^b	0,364	0,000 ^b
Stres Yönetimi	-0,019	0,739	0,129	0,024 ^a	0,044	0,449	0,355	0,000 ^b	0,292	0,000 ^b
SBYDÖ	0,044	0,441	0,195	0,000 ^b	0,199	0,000 ^b	0,320	0,000 ^b	0,403	0,000 ^b

^a: p<0,05 (istatistiksel olarak anlamlı korelasyon), ^b:p<0,001 (çok ileri düzeyde anlamlı korelasyon), ^c: p<0,01 (ileri düzeyde anlamlı korelasyon)

Tartışma

Koroner arter hastalarında yaş ve cinsiyet en önemli genetik risk faktörlerindedir. Koroner arter hastalığı insidansı ve prevalansı yaşla paralel olarak değişmektedir. Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması (58±11) olup, Bayülgen ve Altıokun PKG uygulanmış hastalarda yaptıkları araştırmada (59±11), Ermiş ve arkadaşlarının koroner arter hastalarında yaptıkları araştırmada ise (57±10) olup yaş ortalamasının çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir (16,17). Araştırmamıza katılan erkeklerin sayısı (%63,3) kadınlardan (36,7) fazladır. Erkeklerde hastalığın daha fazla görülmesinin nedeni; erkeklerin kadınlara göre daha fazla sigara kullanması ve kadınlarda hastalığa karşı koruyucu etkisi bulunan östrojen hormonunun olmasıdır (18,19). Ayrıca erkeklerde fazla olan sigara kullanımı, sempatik sinir sistemini uyararak miyokarda giden oksijen miktarında azaltıcı etki yapmasıyla bireylerde KAH görülme riskini artırmaktadır ve çalışmamızda da sigara kullanan katılımcılar (%47,9) fazladır. Bir çalışmada miyokard enfarktüsü insidansı hiç sigara içmemiş bireylere kıyasla günde en az 20 adet sigara içen kadınlarda altı kat ve erkeklerde üç kat fazla bulunmuştur (20). Sağlık algısının düşük olmasını beklediğimiz erkek ve sigara kullanan katılımcıların SAÖ' ne göre bu ilişkiyi yansıtmadığı ve bu durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla daha yakın ilişkili olduğu saptanmıştır.

Beden kitle indeksinin yüksekliğinde ise vücutta aşırı yağ birikimi ve depolanması sonucu damarsal yapı bozulur ve bu durum koroner arter damarları içinde bir risk faktörü oluşturmaktadır. Araştırmamızda hastaların çoğunluğunun 25-29,9 kg/m² arasında ve fazla kilolu (%46,9) olduğu, obez katılımcıların ise normal ve fazla

kilolu katılımcılara göre SAÖ' den ve SYBDÖ II' den aldıkları puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür.

Kronik hastalıklar içerisinde en sık görülen, küresel bir halk sağlığı sorunu olan diyabet ve hipertansiyon, ateroskleroz oluşumuyla KAH' nın gelişiminde önemli bir risk faktörü olmakla birlikte çalışmamıza katılanların toplam %62,3'ü HT, %28,2'si DM hastasıdır. Amerikan Kalp Derneği tarafından majör risk faktörleri arasında alınan diyabet hastalığı, TEKHARF çalışmasına konu olmuş ve diyabetin gelecekte koroner kalp hastalığı artışına bağımsız bir biçimde 2,4 kat yükselteceği belirlenmiştir (21). Kronik hastalığı olan kişilerin, hastalık sürecini kontrol etmeleri için ciddi yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları gerekmektedir. Bireylerin sağlığı algılaması, yaşam biçimi davranışları ve kişisel yeterliliği kronik hastalıkların etkili yönetimi için önemlidir. Yaptığımız çalışmada koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması 131,36±26,71 olup, bu değerlerin ortalama puanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Literatürde de sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin uygulandığı çeşitli gruplarla yapılan araştırmalar yer almaktadır. Bu araştırmalardan kalp hastalarında Küçükberber ve Özdişinin yaptığı çalışmada SYBDÖ II toplam puanı 127,45±20,51 olup, Bayülgen ve Altıok'un PKG uygulanmış hastalarda uyguladığı SYBDÖ II toplam puanı ise 136,55±25,30 bulunmuştur. Koroner arter hastalarında yapılan çalışmalarda ise SYBDÖ II toplam puanı Savaşan'ın yaptığı çalışmada 128±22, Kuru ve Piyalin yaptığı çalışmada ise 153,22±22,31 bulunmuştur (22,16,23,24).

Katılımcılardan sağlık önerilerine uyum sağlayan, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi yeterli olan ve bu konu da eğitim alan kişilerin SYBDÖ II göre toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Song ve ark. (25) miyokart enfarktüsü geçiren hastalara motivasyonu artırıcı eğitim programı düzenlemişler ve diyet yapma, fiziksel egzersiz davranışlarında önemli düzeltilmeler kaydetmişlerdir. Küçükberber'in (22) çalışmasında hastalıkları ile ilgili sağlık eğitimi alan kişilerin SYBDÖ II toplam puanından, eğitim almayanlara göre daha yüksek puan aldığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha çok benimsediği belirlenmiştir. Araştırmamızda hastaların sağlık durumlarına ilişkin olası risk faktörlerine bakıldığında kullanılan her iki ölçek için de daha yüksek puan ortalaması almanın öncelikle düzenli tetkik kontrolü yaptırmanın, kısmen de düzenli hekim kontrolü ve düzenli ilaç kullanımına özen göstermeyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Durna ve ark. (26) çalışmasında 0-3 ay içerisinde sağlık kontrolüne giden hastaların, 4-6 ay içinde veya şikayeti oldukça sağlık kontrolüne giden hastalara göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Açıkgoz (27) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak, düzenli ilaç kullanan hastaların puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların SYBDÖ II'nden aldıkları en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun fiziksel aktivite (15,84±5,38), en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun ise manevi gelişim (26,04±6,26) olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda SYBDÖ II'ye göre 64 yaş üstü katılımcıların puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek bulunduğu ve yaş ilerledikçe fonksiyonel yetersizlikler, eşlik eden ek hastalıkların (%61) neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Aynı zamanda sağlık algısı ile fiziksel aktivite ($r=0,275$; $p=0,000$) alt boyutları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Thanavaro ve ark. (28) çalışmamıza benzer şekilde, koroner arter hastalığı bulunan kadınların egzersiz alt grubundan en düşük puanı aldıkları, en yüksek puanı ise kişiler arası ilişkiler alt boyutundan aldıklarını saptamışlardır. Bayülgen ve Altıok'un (16) PKG uygulanan hastalarda yaptığı çalışmada ise araştırmamıza paralel olarak en düşük puan ortalamasının fiziksel aktivite (15,03±4,94) alt ölçeği olduğu görülmüştür. Düzenli egzersiz ve yürüyüş yapan katılımcıların SAÖ'ne göre sağlığı algılamasında, SYBDÖ II'ye göre de bunu davranış biçimi haline dönüştürmesinde paralellik bulunduğu, egzersiz yapmayanlara göre ise alınan puan ortalamalarında anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Yeşil ve Altıok (29) çalışmalarında PKG uygulanan hastaların çoğunluğunun fiziksel olarak aktif olduğu, en çok yürüme aktivitesini yaparak enerji harcadıklarını ve %56,7'sinin aktif, %20'sinin ise çok aktif oldukları saptanmıştır. Araştırmamızda bulmak istediğimiz sonuçlar doğrultusunda, düzenli diyet,

yürüyüş ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliklerine uyum gösteren bireylerin her iki ölçekte de daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların SAÖ' den aldıkları en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun sağlığın önemi (11,33±2,44) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun kesinlik (10,84±3,22) olduğu saptanmıştır. SAÖ ile SYBDÖ II alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır. Yani sağlık algısı arttıkça fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi artmaktadır. Katılımcılardaki sağlık algısının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği, fiziksel aktiviteyi desteklediği, yaşamındaki amaçlar, iyilik hali, iletişim ve stres yönetimini olumlu etkilediği, kontrol edebilmek için fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesini ve harekete geçirebilmesini olumlu katkı sağladığı saptanmıştır.

Sonuç

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda KAH gibi kronik bir hastalık tanısı alan bireylere yaşam tarzı değişiklikleri yönünde gerekli bilgilendirmeler yapılsa da bu motivasyonun hastayı hekim kontrolünde tutma ve ilaçlarını düzenli kullanma dışında etkin biçimde yönlendiremediği gerçeği çalışmamızda da elde edilen verilerle desteklenmektedir. Katılımcıların çoğunlukla egzersiz yaptığı fakat bunun düzenli olmadığı, KAH'nın yaşamlarını değiştirdiğini söylese de stres faktörleriyle etkin baş etme yöntemleri geliştiremedikleri ve hastalıklarına yönelik eğitim programlarına %71,5 oranında katılmadıkları göz önüne alınırsa, hastanede yattıkları süre içerisinde bu bilincin sağlık çalışanları tarafından gerekli eğitim ve danışmanlığın yapılmasıyla geliştirilmesi gerektiği sonucu çıkmıştır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [Updated: 2018 Jun 9; Cited: 2017 May 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/>.
2. Onat A, Yüksel M, Köroğlu M, Gümrükçüoğlu A, Aydın M, Çakmak A. ve ark. TEKHARF 2012: Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2013; 41(5):373-378. DOI:10.5543/tkda.2013.15853
3. Zaman MJ, Patel A, Jan S, Et Al. Socio-economic distribution of cardiovascular risk factors and knowledge in rural India. *Int J Epidemiol [IEA].* 2012 Oct; 41(5):1302-14. DOI: 10.1093/ije/dyr226
4. Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi.* 2011; 18(3):147-154.
5. Jensen BO, Petersson K. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient*

- Educ Couns [PEC]. 2003 Oct; 51(2): 123-31. DOI: 10.1016/S0738-3991(02)00196-9
6. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life a randomised controlled trial. *J Clin Nurs [JCN]*. 2009 May; 18(9):1334-45. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02654.x.
 7. Eshah NF, Bond E. Cardiac rehabilitation programme for coronary heart disease patients: an integrative literature review. *Int J Nurs Pract*. 2009 Jun; 15(3):131-9. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2009.01738.x.
 8. White S, Bissell P, Anderson C. Patients perspectives on cardiac rehabilitation, lifestyle change and taking medicines: implications for service development. *J Health Serv Res Policy*. 2010 Apr; 15(2):47-53. DOI: 10.1258/jhsrp.2009.009103
 9. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD et al. Third universal definition of myocardial infarction. *Circulation*. 2012 Aug; 126:2020-35. DOI: 10.1161/CIR.0b013e31826e1058
 10. Eski S, Miyokart enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitesinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1999.
 11. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005; 21(1):63-77.
 12. Ünsar S, Et al. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007; 22(6):501-507.
 13. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeğinin türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012; 32(1):47-53.
 14. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.
 15. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2008; 12(1):1-13.
 16. Bayülgen YM, Altok M. Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler. *Turk J Card Nur*. 2017; 8(16): 45-54 DOI:10.5543/khd.2017.28199
 17. Ermiş C, Demir I, Semiz E, Yalçinkaya S, Sancaktar O, Tüzüner FE, Değer N. Demographic and clinical features of coronary artery patients in the district of Antalya and comparison of them with Turkey's averages. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2001 Mar; 1(1):10-3.
 18. Yıldırım A. Postmenopozal Hormon Replasman Tedavisi ve Kardiyovasküler Sistem. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2010; 38(1):32-40.
 19. Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*. 2011; 18(3):147-154.
 20. Njolstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. *Circulation*. 1996 Feb 1; 93(3): 450-6.
 21. Onat, editor. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük [electronic resource]. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. p.180.
 22. Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2011; 11:619- 26. DOI:10.5152/akd.2011.166
 23. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013; 4(1):1-6. DOI: 10.5505/phd.2013.07279
 24. Kuru N, Piyal B. Gülhane askeri tıp akademisi eğitim hastanesine başvuran koroner arter hastalığı tanımlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(3): 287-298. DOI:10.5455/pmb.1-1310111881
 25. Song R, Lee H. Managing health habits for myocardial infarction (MI) patients. *Int J Nurs Stud*. 2001 Aug; 38(4): 375-80. DOI: 10.1016/S0020-7489(00)00117-6
 26. Durna Z, Enç N, Can G. PTCA uygulanan hastalarda kardiyak risk faktörlerinin ve sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi [FNJN]*. 2000; 12(46): 5-18.
 27. Açıkgöz G. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişki [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2014.
 28. Thanavaro JL, Moore SM, Anthony M, Narsavage G, Delicath T. Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *App Nurs Res*. 2006 Aug;19(3): 149-55.DOI: 10.1016/j.apnr.2005.07.006
 29. Yeşil P, Altok M. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Turk J Card Nur*. 2012; 3(3): 39-48. DOI:10.5543/khd.2012.005.

Sağlık Çalışanlarının Kanseri Önlemeye Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları
The Knowledge, Attitudes and Behaviors of Health Workers For Cancer Prevention

Ege AĞIRMAN¹, Mehmet Ziya GENÇER², Seçil ARICA³

ÖZ

Amaç: Kansere hastalığı; günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir. Sık görülmesi, önlenebilir olması, mortalitesinin yüksek olması ve erken tanı ile tedavi edilebilir olması özellikleriyle kanser bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmanın amacı; sağlık çalışanlarının yaşam biçimi ve alışkanlıklarının kanseri önlemeye yönelik olup olmadığı ve sağlıkçıların erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışma; Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanlarından tüm koşulları karşılayan 500 kişi ile yapılmıştır. Katılımcıların yaşam biçimlerinin, alışkanlıklarının, erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları anket formu ile sorgulanmıştır. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2012, PASS (Power Analysis and Sample Size Software) 2016 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %49'u kadın, %51'i erkektir ve yaş ortalaması 35,17±9,18 yıldır. Sağlık çalışanlarının %44,6'sı sigara kullanmakta, %42,2'si alkol kullanmakta olup bu oranlar toplum genelinden oldukça yüksektir. Sağlık çalışanlarında obezite oranı %3,6 olup toplumdaki orandan daha düşüktür. Sağlık çalışanlarının düzenli klinik muayene ve kanser taraması yaptırmaya düzeyleri beklenenden daha düşük saptanmıştır.

Sonuç: Sağlık çalışanları sağlıklı yaşam konusunda bilgi sahibi oldukları halde sigara ve alkol kullanma oranları oldukça yüksektir. Sağlıklı vücut ağırlığında olanların oranı toplumdaki orandan yüksektir; fakat kanser hastalığında erken teşhis imkanı sağlayan düzenli sağlık kontrolleri ve tarama testlerini yaptırmada yetersiz oldukları saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kansere, sağlık çalışanları, tarama

ABSTRACT

Purpose: Cancer is one of the most important health problems nowadays. With these features of disease; frequent occurrence, being preventable, high mortality and being treated with early diagnosis, cancer is a matter of public health. Aim of this research, to test lifestyle and habits of health professionals, whether prevent the cancer occurrence or not and to determine their knowledge, attitudes and behaviors about early diagnosis.

Materials and Methods: This descriptive study has been made by 500 people meet all the conditions among health professionals working at Okmeydanı Training and Research Hospital. To find out whether their lifestyle, habits and behaviors prevent cancer, survey was administered to healthcare workers. (Number Cruncher Statistical System) 2012, PASS (Power Analysis and Sample Size Software) 2016 programme was used in the statistical evaluation.

Results: 49% of the participants were women, 51% were men and the average age is 35.17±9.18 years. 44.6% of the health workers were smoking, 42.2% were using alcohol and the ratios were found to be quite high in the society as a whole. The rate of obesity in health workers was 3.6% and much lower than in the population. The level of regular clinical examination and cancer screening among the health workers was lower than expected.

Conclusion: Health workers have a high rate of using cigarettes and alcohol when they have knowledge about habits to prevent cancer and healthy living. The proportion of those with a healthy body weight is higher than that in the society; But they were found to be inadequate to have regular health checks and screening tests that would allow early detection of cancer.

Keywords: Cancer, health workers, screening

Geliş Tarihi/Received:18.05.2018

Kabul Tarihi/Accepted:

¹Uzm. Dr. Denizli Çameli Devlet Hastanesi Aile Hekimliği, ORCID: 0000-0001-5361-184X

¹Uzm. Dr. Ankara Çankaya 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, ORCID: 0000-0003-0937-2778)

³Prof. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ABD, ORCID: 0000-0003-0135-6909

Sorumlu yazar /correspondence: Uzm. Dr. Ege Ağırman, Denizli Çameli Devlet Hastanesi, eegeozince@hotmail.com

Giriş

Kanser; hücrelerdeki genetik değişimler sonucu ortaya çıkan kontrolsüz hücre çoğalmasıyla karakterize bir hastalık grubudur. Kanser nedeni bilinen ölümler sıralamasında kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada gelmektedir(1). Kanserden ölümlerin azaltılabilmesi için kanserin erken evrede yakalanabilmesi gereklidir(1-8). Kanserin erken teşhisle önlenabilir olması ve mortalitenin bu yolla azaltılabilir olması kanser tarama programlarının önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kanserde erken teşhis ve taramanın yanında, kansere yol açan nedenleri, risk faktörlerini bilmek, bu konuda toplumda farkındalığı artırarak sağlıklı yaşama bilinci oluşturmak ve davranış değişikliği yaratmak oldukça önemlidir. Kanserin risk faktörleri arasında sayılan; sigara ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, fazla kilolu ve obez olmak, sebze ve meyveden fakir beslenmek, hpv (human papilloma virus) gibi etmenlerle mücadele kanseri önlemede etkindir (9-13). Sağlık çalışanlarındaki bilgi ve bilincin, toplumda sağlıklı yaşama ve kanseri önleme konularındaki gelişime direkt etkisi olacağından, böyle bir araştırma planlanmış olup bu araştırmanın amacı; sağlık çalışanlarının yaşam biçimi ve alışkanlıklarının kanseri önlemeye yönelik olup olmadığı ve sağlık çalışanlarının erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaktır.

Yöntem

Çalışma; Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki sağlık çalışanlarının yaşam biçimlerini, alışkanlıklarını, erken tanı yöntemlerine yönelik davranışlarını ve bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak üzere tanımlayıcı bir çalışma olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Okmeydanı EAH'nde çalışan Haziran 2016 -Eylül 2016 tarihleri arasında araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden sağlık çalışanları oluşturdu. Çalışma Okmeydanı EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.03.2016 tarihli 433 sayılı kararıyla etik açıdan uygun bulundu. Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarından onam formu alınarak ve anket yöntemi uygulanarak yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2012, PASS (Power Analysis and Sample Size Software) 2016 programı kullanıldı. Niteliksel verilerin

karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman Halton test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikler

	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Yaş (yıl)	19-58 (32)	35,17±9,18
Boy (cm)	149-190 (167)	167,50±8
Ağırlık (kg)	44-105 (67)	67,62±11,72
VKİ (kg/m ²)	17,6-32,8 (23,8)	23,99±3,03
Mesleğinde çalışma süresi	1-35 (8)	11,78±9,52
	n	%
Cinsiyet	Kadın	245 49
	Erkek	255 51
Medeni Durum	Bekâr	225 45
	Evli	275 55
Meslek	Doktor	215 43
	Hemşire	195 39
	Ebe-Sağlık Memuru	22 4,4
	Sağlık Teknisyeni	52 10,4
	Diğer Sağlık Çalışanı	16 3,2
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	12 2,4
	Normal	286 57,2
	Fazla Kilo	184 36,8
	Obez	18 3,6
Çalışma Süresi	≤1 yıl	41 8,2
	2-5 yıl	140 28,0
	6-10 yıl	103 20,6
	≥11 yıl	216 43,2

Bulgular

Çalışma %49'u kadın, %51'i erkek olmak üzere; 500 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının %43'ü doktor, %39'u hemşire, %4,4'ü ebe ve sağlık memuru, %10,4'ü sağlık teknisyeni ve %3,2'si diğer sağlık çalışanıdır. Sağlıkçıların yaşları 19 ile 58 arasında değişmekte olup, ortalama 35,17±9,18 yıldır. Boy ölçümleri ortalama 167,50±8,00 cm; kilo ölçümleri ortalama 67,62±11,72 kg ve VKİ (Vücut Kitle İndeksi) ölçümü 17,6 ile 32,8 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalama 23,99±3,03 kg/m²'dir. Bekâr oranının %45, evli oranının %55 olduğu görülmektedir. Meslekte çalışma süreleri 1 ile 35 yıl arasında değişmekte olup ortalama 11,78±9,52 yıldır. 1 yıl ve daha az sürede

çalışanların oranı %8,2, 2-5 yıl arasında çalışanların oranı %28, 6-10 arasında çalışanların oranı %20,6 ve 11 yıl ve daha uzun sürede çalışanların oranı %43,2 olarak saptanmıştır.

Katılımcıların %31,6'sının ailesinde kanser öyküsü vardır ve kanser öyküsü olanların %38,3'ü 1.derece yakın, %57,9'u 2.derece yakın ve %3,8'i 3.derece yakındır. Yakın zamanda veya geçmişte kanser tanısı alanların oranı %1,8'dir. Bu kişilerin %44,5'i 1 yıl önce, %11,1'i 2 yıl önce, %11,1'i 3 yıl önce ve %33,3'ü 4 yıl ve daha önce kanser tanısı almıştır. Katılımcıların %44,6'sı sigara kullanmaktadır ve sigara kullananların %55,2'si yılda 1-10 paket, %29,1'i yılda 10-20 paket ve %15,7'si yılda 20 paket ve daha fazla sigara kullanmaktadır. Sigaranın dışında tütünün herhangi bir formunu kullananların oranı %8,8 olarak saptanmıştır. Bu kişilerin %95,5'i nargile ve %4,5'i puro kullanmaktadır.

Meslek dağılımlarına göre sigara kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık teknisyenleri ve diğer sağlık çalışanlarında sigara kullanım oranı anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Doktorların sigara kullanımı diğer meslek gruplarından düşük oranda saptanmıştır. Sağlıklı vücut ağırlığında olmak için yeterince hareket edenlerin oranı %61,8 ve günlük yaşamında fiziksel olarak aktif olanların oranı %69,4 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %50,6'sı sağlıklı beslendiğini düşünmektedir ve %64,6'sı tahıl, kuru bakliyat, sebze ve meyveleri bolca tüketmektedir. Yüksek kalorili gıdaları ve şekerli içecekleri çok fazla tüketenlerin oranının %45, tuz oranı yüksek besinleri ve kırmızı eti çok fazla tüketenlerin oranının %39,6 ve işlenmiş et ve et ürünlerini çok fazla tüketenlerin oranının %34,6 olduğu görülmektedir. Alkol kullananlar %42,2 olup bu kişilerin %58,6'sı ayda 1-3 kez, %34,3'ü ayda 3-6 kez, %7,1'i ayda 6 ve daha çok kez alkol tüketmektedir. VKİ ile sigara ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Sağlıkçıların %28,2'si yazın güneşin zararlı etkilerine maruz kalmakta ve %43,2'si güneş koruyucu kullanmaktadır. Çalışma ortamında kanserojen maddelerden kendisini yeterince koruyanların oranı %46,6 ve evinde ya da çalışma ortamında yüksek radyasyon seviyelerine maruz kalanların oranı %53,8'dir. Mesleklere göre yüksek radyasyon seviyelerine maruz kalma

oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadın sağlıkçıların %73,8'i bebeğini emzirmektedir ya da geçmişte yeterince emzirmiştir. Hrt (hormon replasman tedavisi) kullananların oranı %16,3'dür. Çocuğu olan sağlıkçıların %93,9'u çocuğuna Hepatit B aşısı yaptırmıştır.

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Düzenli Kontrol ve Kanser Taraması Yaptırma Düzeylerine İlişkin Dağılımlar

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Kadınlar için; 20 yaşından itibaren her ay kendinize elle meme muayenesi yapıyor musunuz?	104	42,5	141	57,5
Kadınlar için; Düzenli olarak klinik muayene, meme USG veya Mamografi yaptırıyor musunuz?	66	26,9	179	73,1
Kadınlar için; Cinsel aktif iseniz her yıl düzenli servikal smear aldırıyor musunuz?	65	26,5	118	48,2
Cinsel Aktif olmayanlar	-	-	62	25,3
50 yaş altındaysanız ve ailenizde kolorektal kanser öyküsü varsa düzenli kanser taraması yaptırıyor musunuz?	2	6,7	28	93,3
50 yaş üzerindeyseniz her yıl düzenli kolorektal kanser taraması yaptırıyor musunuz?	13	19,1	55	80,9

Kız çocuğu olanların %21,6'sı çocuğuna hpv aşısı yaptırmıştır. Kadın sağlıkçıların; %42,5'i 20 yaşından itibaren her ay kendi kendine meme muayenesi yapmaktadır, %26,9'u düzenli olarak klinik muayene, meme USG veya Mamografi yaptırmaktadır; %26,5'i cinsel aktiftir ve her yıl düzenli servikal smear aldırılmaktadır. 50 yaş altında, ailesinde krk(kolorektal kanser) öyküsü olanların %6,7'si düzenli kanser taraması yaptırmaktadır. 50 yaş üzerinde olanların %19,1'i her yıl düzenli krk taraması yaptırmaktadır. Mesleklere göre cinsel aktif olan kadın sağlıkçıların her yıl düzenli servikal smear aldırılmaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,003$; $p<0,01$).

Ebe-sağlık memuru mesleklerinde her yıl düzenli servikal smear aldırma oranı yüksek ($p=0,010$; $p<0,05$); sağlık teknisyenlerinde düşük ($p=0,031$; $p<0,05$) saptanmıştır.

Kadınlarda çalışma süreleriyle düzenli meme usg/mamografi yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışma yılı arttıkça düzenli meme usg/mamografi yaptırma oranları artış göstermektedir.

Tartışma

Katılımcıların yaşları 19 ile 58 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları $35,17\pm 9,18$ yıldır. Meme ve kolorektal kanserde yaş önemli bir risk faktörüdür (14).

Sağlıkçıların boy ölçümleri 149 ile 190 cm arasında, kilo ölçümleri 44 ile 105 kg arasında değişmekte olup vki ölçümleri $17,6$ ile $32,8$ kg/m^2 aralığındadır. Vki ortalaması $23,99\pm 3,03$ kg/m^2 olup bu değer genel eğilimin normal ve fazla kilolu aralığında olduğunu göstermektedir. Vücut kitle indeksine göre dağılımlar incelendiğinde; katılımcıların %2,4'ü zayıf, %57,2'si normal; %36,8'i fazla kilolu ve %3,6'sı obezdir (15).

Obezite toplumun her kesiminde giderek yaygınlaşan kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul ederken, yapılan son araştırmalarda obezitenin kanserle yakın ilgisi olduğu belirlenmiştir (16,17). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 verilerine göre (18); 15 yaş ve üstü bireylerin %19,6'sı obez, %34,3'ü fazla kilolu, %42,1'i normal kilolu, %4'ü düşük kilolu olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında; araştırmamızda sağlık çalışanlarında obezite oranının genel toplumdaki obezite oranından daha düşük olduğu; fakat sağlıkçıları arasındaki fazla kilolu olma oranının genel toplumdaki fazla kilolu olma oranından hafif yüksek olduğu saptanmıştır. Toplum genelinde zayıf bireylerin oranı sağlık çalışanlarındaki orandan fazla iken; normal kilodaki bireylerin oranı sağlıkçılarından daha düşük saptanmıştır.

Bir başka ifadeyle sağlık çalışanları arasındaki sağlıklı vücut aralığında olan birey sayısı toplum genelinden daha fazladır. Katılımcıların; %50,6'sı sağlıklı beslendiğini düşünmekte ve %64,6'sı tahıl, kuru bakliyat, sebze ve meyveleri bolca tüketmekte, yüksek kalorili gıdaları ve şekerli içecekleri, tuz oranı yüksek besinleri ve kırmızı eti, işlenmiş et ve et ürünlerini çok fazla tüketiyor musunuz

sorularına çoğunluk "hayır" cevabını vermektedir. Ayrıca sağlıklı vücut ağırlığında olmak için yeterince hareketli olanların oranı %61,8 ve günlük yaşamında fiziksel olarak aktif olanların oranı %69,4 olup bu oranlar çalışmadaki vki oranlarıyla uyumludur.

Ailenizde kanser öyküsü var mı sorusunu sağlıkçıların %31,6'sı ($n=158$) "evet" olarak cevaplamıştır. Ailesinde kanser öyküsü olanlar en sık %57,9 ile 2.derece yakınında, %38,3 ile 1.derece yakınında ve %3,8 ile 3.derece yakınındadır. Ailesinde kanser öyküsü olanlarda sırasıyla en sık kolon kanseri, akciğer kanseri, meme kanseri, mide kanseri, prostat kanseri ve diğer kanser türleri olduğu saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2015 verilerine baktığımızda (3), tüm yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanser, mesane kanseri, mide kanseri şeklindeyken, tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen kanserler sırasıyla meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, endometriyum ve akciğer kanserleridir. Sağlık Bakanlığı 2017 verilerinde de tüm yaş gruplarında erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen kanserlerin aynı sırayı izlediği görülmektedir.(4). Ülke geneliyle kıyaslandığında çalışmamızdaki kanser sıklığı akciğer, kolon, meme, prostat, mide kanserleri için genel popülasyonla benzerlik göstermekte; fakat tiroid, mesane ve endometriyum kanserlerinin genel popülasyondan daha az olduğu görülmektedir.

Yakın zamanda veya geçmişte kendisi kanser tanısı alan sağlıkçıların oranı %1,8 dir. Bu kişilerin %44,5'i 1 yıl önce, %11,1'i 2 yıl önce, %11,1'i 3 yıl önce ve %33,3'ü 4 yıl ve daha önce kanser tanısı almıştır. Türkiye'de 2012 yılında yaşa standardize kanser hızı her iki cinsiyet toplamında yüz binde 411 olarak saptanmıştır (2). Bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarında görülen kanser oranı bu oranın üstündedir.

Katılımcıların %44,6'sı sigara kullanmaktadır. Sigara kullananların %55,2'si 1-10 paket/yıl, %29,1'i 10-20 paket/yıl, %15,7'si 20 paket/yıl ve üzeri sigara kullanımı olduğunu belirtmiştir. Çalışmada geçmişteki sigara kullanımı ve bırakma durumu sorgulanmadığından şuan sigara kullanımının olmadığını söyleyenler arasında sigarayı geçmişte içip bırakmış kişilerin olması muhtemeldir. Fakat; sigarayı geçmişte kullanıp bırakmış bireyler kullanmadıklarını belirtmiş

olsalar da sağlık çalışanları arasında sigara içme oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Ulusal ölçekli sağlıkçılardaki sigara çalışmalarında (19-22) sigara içme oranı bizim çalışmamızla hemen hemen aynıdır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun Sağlık Araştırması verilerine göre (18); her gün tütün kullanan bireylerin oranı 2014 yılında %27,3 iken, 2016 yılında %26,5 oldu. Bu verilere bakıldığında sağlıkçılar arasındaki sigara içme oranı %44,6 olup, toplumdaki genel sigara içme oranından daha yüksektir.

Mesleklere göre sigara kullanımına bakıldığında; sağlık teknisyenleri ve diğer sağlık çalışanlarında sigara kullanım oranı, hekim, hemşire, ebe-sağlık memuru meslek gruplarından anlamlı düzeyde yüksektir. Hekimlerin sigara kullanım oranının diğer meslek gruplarından daha düşük bulunması dikkat çekicidir.

Sigaranın dışında tütünün herhangi bir formunu kullananların oranı %8,8 dir. Bu kişilerin %95,5'i nargile ve %4,5'i puro kullanmaktadır. 'Kendi evinde iç ortamda sigara içen sağlıkçıların oranı %30,2, içmeyenlerin oranı %69,8'dir.

Türkiye, 12 Temmuz 2012 tarihindeki yasal düzenlemede yapılan değişikliklerin uygulamaya girmesi ile Dünya Sağlık Örgütü'nün MPOWER (M-monitor, P-protect, O-offer, W-warn, E-enforce, R-raise) kriterlerinin tamamını karşılayan ilk ülke konumuna gelmiştir (23). Bütün bu yapılanların yanında; araştırmaya katılan sağlıkçıların sigaranın sağlığa zararlı etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünürsek bu oranın yüksek olması oldukça düşündürücüdür.

Alkolün kanserojen etki gösterdiği bilinmektedir. Çalışmamızda alkol kullanan sağlıkçıların oranı %42,2 olarak saptanmıştır. Alkol kullananların %58,6'sı ayda 1-3 kez, %34,3'ü ayda 3-6 kez ve %7,1'i ayda 6 ve daha çok kez alkol tüketmektedir. 2014 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre (24); toplumdaki 15 yaş ve üzeri bireylerde alkol kullanım oranı %10,4 olarak saptanmıştır. Hekim ve hemşirelerde yapılan bir başka çalışmada (25) alkol kullanmayanların oranı %86,4, ayda 1-4 gün alkol tüketenlerin oranı %12,2, haftada 2-4 gün tüketenlerin oranı %1,1 ve haftada 5-6 gün alkol tüketenlerin oranı %0,3 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarındaki alkol tüketme oranı hem

toplumdan hem de diğer sağlık çalışanlarından oldukça yüksek bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki kanserojen madde ve radyasyon maruziyetleri sorgulanmış olup sağlıkçıların %53,4'ü kanserojen madde, %53,8'i radyasyon maruziyeti olduğunu belirtmiştir. Kanserojen maddelerin mesleki maruziyet sınır değerleri olduğu bilinmektedir. Fakat; hastane ortamındaki kanserojen maddeler çok çeşitli olup maruziyet sınır değerleri her zaman net olarak ölçülememektedir. Radyasyonla çalışanlarda ise yıllık mesleki sınır doz tanımlanmıştır. Çalışmada bu dozları ölçmediğimizden ve pratikte de ölçüm yapılamadığından çalışmamızda sağlık çalışanlarının radyasyon maruziyeti sözel olarak sorgulanmıştır. Mesleklere göre çalışma ortamında yüksek radyasyon seviyelerine maruz kalma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda kadın sağlıkçıların çocuğunu emzirme oranı %73,8 saptanmıştır. 2013'te yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre (26); emzirme Türkiye'de oldukça yaygın olup temel özelliklere göre çok küçük farklılıklar gösterse de tüm çocukların yüzde 96'sı doğduktan hemen sonra bir süre emzirilmiştir. En düşük refah seviyesindeki çocukların %60'ı doğumdan sonraki ilk bir gün içinde emzirilirken, en yüksek refah seviyesindeki çocukların %73'ü bu süre içinde emzirmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın sonuçları (26); Türkiye'de bebeklerin %58'inin yaşamın ilk iki ayında sadece anne sütü ile beslendiğini göstermektedir. Bu yüzde çocuğun yaşıyla birlikte hızla azalmakta, 4-5 aylık bebeklerde %10'a kadar gerilemektedir. Bu durumda çalışmamızdaki kadın sağlık çalışanlarının emzirme oranlarının yeterli olmamakla birlikte toplum genelinden daha iyi durumda olduğu saptanmıştır.

HRT klimakterik dönemdeki kadının düşük östrojen ve progesteron seviyelerini, belirtileri giderecek seviyelere getirmeyi amaçlayan bir yerine koyma tedavisidir. Bugün dünyadaki kadınların sadece %10'unun HRT kullandığı sanılmaktadır (27). Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının HRT kullanım oranı %16,3 saptanmış olup bu orandan daha yüksektir.

Çalışmamızda çocuğu olan sağlıkçıların %93,9'u çocuğuna Hepatit B aşısı

yaptırmıştır. Bu oran oldukça yüksek olup Hepatit B aşısının çocukluk çağı rutin aşılamasında yer almasından kaynaklandığı düşünülebilir. Kız çocuğu olan sağlık çalışanlarının çocuğuna hpv aşısı yaptırma oranları %21,6 olup oldukça düşük bulunmuştur. 18 yaş ve üzeri kadınlarda yapılan çeşitli çalışmalarda (28,29); katılımcıların %68'inin hpv aşısını hiç duymadığı ve yine bir başka çalışmada katılımcıların %77,8'inin hpv aşısı hakkında hiçbir bilgisi olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada hpv aşısı yaptırma oranı %0,9 olarak saptanmıştır (29). Bu durumun sebepleri arasında hpv aşısının henüz yeni bir aşı olması ve rutin aşı şemasında yer almıyor olması düşünülebilir.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarındaki düzenli sağlık kontrolü ve kanser taraması yaptırma düzeylerine baktığımızda; kadın sağlık çalışanları arasında her ay kendi kendine meme muayenesi yapanların oranı %42,5, yapmayanların oranı %57,5'dir. Düzenli olarak klinik meme muayenesi, meme ultrasonografisi ve/veya mamografi yaptırmayanların oranı %73,1'dir. Cinsel aktif olan kadın sağlıkçıların her yıl düzenli servikal smear aldırma oranı %26,5 olup smear aldırmayanların oranı %48,2'dir. Kadın sağlıkçıların meme ve serviks kanser taramalarına ilişkin yapılmış bir çalışmada (30); katılımcıların %21'inin klinik meme muayenesi yaptırmadığı, %56'sının mamografi ve/veya meme usg yaptırmadığı, %56,5'inin de hiç servikal smear testi yaptırmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda da özellikle klinik meme muayenesi, meme usg ve/veya mamografi taraması olmak üzere kanser taramaları açısından sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarıyla ilgili tutumları yetersiz bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre (31); kolorektal kanser taramalarının kapsama oranı %20-30 arasındadır ve ülkemizde teşhis edilen olguların yarısından çoğu ileri evrededir. Kolorektal taramaların olumlu sonuçlarına ulaşmak için en az %70 oranında bir kapsama oranı sağlanmalıdır (31). Çalışmamızda ailesinde kolorektal kanser öyküsü olanların 50 yaş öncesinde tarama yaptırma oranı %6,7 iken; 50 yaş üzerinde her yıl düzenli kolorektal kanser taraması yaptırma oranı %19,1 bulunmuştur. Görüldüğü gibi sağlıkçıları arasında da kolorektal kanser taraması yaptırma oranları beklediğimizden

düşüktür.

Kadın sağlıkçıların meslekte çalışma süresi arttıkça kendi kendine meme muayenesi, meme usg ve mamografi yaptırma oranı da artmaktadır. Bunu sağlıkçıların çalışma sürelerindeki artışla birlikte mesleki yeterlilik ve tecrübenin artması şeklinde yorumlayabileceğimiz gibi; ileri yaşta kanser sıklığının artması nedeniyle kanser tarama testlerinin de daha sık aralıklarla yapılması şeklinde açıklayabiliriz.

Sonuç

Kanser; dünyadaki en sık ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (1). Kanser hastalığı Türkiye'de ve Dünyada sıklığı giderek artan bir konumdur (2,3).

Kanser sıklığındaki artışa paralel olarak kanser hastalığı konusundaki tıbbi bilgi birikimi ve erken tanı imkanları da giderek artmaktadır. Yirmi birinci yüzyılda kanser konusunda en önemli kontrol stratejisinin korunma ve erken teşhis olduğu bilinen bir gerçektir. Bu yönüyle kanserin değiştirilebilir risk faktörleri azaltıldığında önlenilen bir hastalık olduğu anlaşılmıştır.

Bu bağlamda sağlık çalışanları önlenilen bir hastalık olan kanser ile birçok bakımdan iç içedirler. Sağlık çalışanları hem toplumda kanseri önlenmeye yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmek, sağlık eğitimi vermek, düzenli hekim kontrollerine gitmesi konusunda bireyleri bilgilendirmek, kanserin erken tanı, tarama ve tedavisinde aktif rol almak, hem yaşama biçimi ve sağlık alışkanlıkları ile topluma rol model olmak, toplumun bir bireyi olarak sağlıklı yaşamak adına kendi sağlığına dikkat etmek, hem de hastane gibi her an kanserojen madde ve radyasyon maruziyetinin mümkün olduğu bir iş yerinde maruziyeti en aza indirmek, gerekli önlemleri almak bakımlarından kanser hastalığının önlenmesinde kritik bir konumdadırlar.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının kansere neden olan risk faktörlerini içeren yaşam biçimi alışkanlıklarının ve düzenli kanser taraması yaptırma düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu sebeple özellikle sağlık çalışanlarında kanser ve tarama programları konusunda farkındalık yaratmaya yönelik ulusal ve bölgesel düzeyde eğitim programları geliştirilmelidir.

Sağlık çalışanlarının kanser hastalığı,

erken tanı, tarama ve önleme konularında eğitimlerinin sürdürülmesinin hem kişisel hem de toplumsal bağlamda kanseri önlemede doğru davranışların benimsenmesini ve erken tanı yöntemlerinin kullanımını olumlu yönde artıracaktır düşünülmektedir.

Kaynaklar

- 1-<https://www.who.int/> [Internet]. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. [updated 2018; cited 2013 May 27] Available from: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- 2-LA Torre, F Bray, RL Siegel, J Ferlay, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global Cancer Statistics, 2012. CA Cancer J Clin,2015 Mar;65(2):87-108.
- 3-<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa> [Internet]. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. [Erişim Tarihi: 04.10.2016] Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>
- 4-<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa> [Internet]. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. [Erişim Tarihi: 04.10.2016] Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>
- 5-Şencan İ, Keskinçilik B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, editörler. 2013-2018 Kanser Kontrol Programı. 1. Baskı, Ankara,2015.s.1-94. Erişim Adresi: <https://docplayer.biz.tr/9581327-Turkiye-kanser-kontrol-programi.html>
- 6.<https://www.cancer.gov/> [Internet]. Cancer Screening Tests 2015. [Cited: 04.10.2016] Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/screening/screening-tests>
- 7-Garcia F, Newton J, Baldwin S. Cervical and Endometrial Cancer Prevention. Fund of Canc Prev, Berlin:Springer;2005;315-342.
- 8-Stewart BW, P, Wild CP. World Cancer Report 2014. World Health Organization /International Agency Research on Cancer Nonserial Publication, Lyon, 2014.s.632 pages. Available from: <http://publications.iarc.fr/NonSeriesPublications/World-Cancer-Reports>
- 9- Lauby B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K. Body Fatness and Cancer. N Engl J Med,2016;375(8):794-798.
- 10-<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser> [Internet]. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları, 2014. [Erişim Tarihi: 04.10.2016]

Erişim Adresi:<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>

11-Breast Cancer Screening. International Agency for Research on Cancer Handbooks of Cancer Prevention. IARC Press, 2016. Lyon, France,2016.s.481 pages. Available from: <http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Breast-Cancer-Screening-2016>

12-<https://www.wcrf.org/> [Internet]. American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective Washington DC,2018: 116 pages.

13-Moore SC, Lee IM, Weiderpass E, et al. Leisure-time physical activity and risk of 26 types of cancer in 1.44 million adults. JAMA Internal Medicine,2016;176(6):816-25.

DOI:10.1001/jamainternmed.2016.1548

14- Özçelik MF. Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. 2018; Ankara, Miki Matbaacılık;2018.s.608.

15-<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-anasayfa.html> [Internet]. Obezitenin Tespitinde Beden Kitle İndeksinin Kullanılması, 2009. [Erişim Tarihi: 04.10.2016] Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html>

16- Basen EK, Chang M. Obesity and cancer risk: recent review and evidence. Curr Oncol Rep. 2011;13(1):71-6. DOI: 10.1007/s11912-010-0139-7.

17-Arslan E, Özçelik F, Demirbaş Ş. Obezite ile İlişkili Kanser Türleri. Anatol J Clin Investig. 2013;7(3):176-184.

18-TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2016. [Erişim Tarihi: 31.05.2017] Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24573>

19-E. Pirinççi, R. Erdem, Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sigara Kullanım Sıklığı, J Exp Clin Med, 2003;20(4):193-201.

20-Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, Hemşire ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu. Turk Thorac J, 2003;51(4):390-397.

21-Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki

Tutumları ve İçme Sıklıkları. TAF Prev Med Bull, 2007;6(5):364-370.

22-Sönmez CI, Başer DA, Aydoğan S, Uludağ G, Dinçer D, Topaluğurlu B. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı ve Sigara ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. J Contemp Med, 2017;9(2):83-89.

23-<https://www.who.int/> [Internet]. Report on The Global Tobacco Epidemic, 2017. Regional Summary of MPOWER Measures;2017.s:137-149. Available from:

http://www.who.int/tobacco/global_report/en/

24-Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012 Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara. Sentez Matbaacılık. 2013.s.190. Erişim Adresi:<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5111,i-staturk2012pdf.pdf>

25- Sevda E. Sağlık alışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. 2006. Erişim

Adresi:<http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler/192713.pdf>

26-Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara. Elma Teknik Basım Matbaacılık;2014.s.1-371.Erişim

Adresi:http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

27-Saraçoğlu F. Menapoz ve Hormon Replasman Tedavisi Osteoporoz, Kardiyovasküler Hastalıklar, Karbonhidrat Metabolizması ve Kanseri Gelişimi Üzerindeki Etkileri, Turk J Geriatr, 1998;(2):76-88.

28-Kurtipek G. ve ark. On Sekiz Yaş Üzeri Kadınların Genital Verru, Servikal Kanseri ve Human Papilloma Virüs Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. Turk J Dermatol. 2016; 10: 105-109.

29-etin O. ve ark. Ergen Kızların Hpv Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Turk Ped Ars, 2014;(49): 142-147.

30-akmak R, Güler G. Kadın Sağlık alışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, İstanbul Med J. 2014;(15):154-60. DOI:10.5152/imj.2014.86548

31-<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa> [Internet]. Kolorektal Kanseri Taramaları Değerlendirme Raporları, 2010. [Erişim Tarihi: 04.10.2016] Erişim Adresi:

<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/kolorektal.pdf>

5-18 Yaş Kız Çocuğu Olan Annelerin Human Papilloma Virüs Aşısına Yönelik Bilgi Durumlarının Belirlenmesi: Aile Sağlığı Merkezli Bir Çalışma
Estimation of Knowledge Levels of Mothers' 5-18 Years Old Child's on Human Papilloma Virus Vaccine: Case Study With Family Health Centre

Aysel TOPAN¹, Özlem ÖZTÜRK ŞAHİN², Şirin HARKIN³, Tülay KUZLU AYYILDIZ⁴

ÖZ

Amaç: Human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonunun serviks kanseri ile olan ilişkisi bilinmektedir. Profilaktik HPV aşılı, enfekte olmamış kişileri HPV enfeksiyonuna ve onun getireceği risklere karşı korumaktadır. Bu yüzden özellikle 5-18 yaş grubu kız çocuğu olan annelerin bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Bu çalışma 5-18 yaş grubu kız çocuğu olan annelerin HPV aşısına yönelik bilgi durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma grubunu Ocak-Mayıs 2016 tarihleri arasında Zonguldak İlinde 11 Aile Sağlığı Merkezine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 5-18 yaş kız çocuğu sahibi 192 anne oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış olup evren üzerinde çalışılmıştır. Verilerin toplanmasında; literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda annelere, HPV Aşısı hakkında bilgi durumlarını belirlemek amacı ile hazırlanmış olan anket formu kullanılmıştır. Anketler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analizler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde, kategorik yapıdaki veriler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin %53,6'sının 31-40 yaş arasında, %36,5'inin ilköğretim mezunu, %57,8'inin ev hanımı ve %51'inin bir çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Annelerin %74'ü HPV'yi hiç duymamışken %58,9'u nasıl bulaştığını bilmemektedir. Araştırmaya katılan annelerin %51,6'sı serviks kanserinden korunma yolunun olduğunu, %82,8'inin serviks kanseri aşısı hakkında herhangi bir şey duymadığını belirtirken, %82,4'ü HPV aşısı ile ilgili herhangi bir bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Annelerin %95,3'ü HPV aşısının fiyatı hakkında bilgisi olmadığını söylerken, annelerin %48,4'ünün HPV aşısının kimlere yapıldığını bilmediğini belirtirken, %41,7'si HPV aşısının 1 doz uygulanması gerektiğini düşünmektedir. Araştırmaya katılan annelerin %65,6'sı HPV aşısını 5-25 yaşları arasında yapılması gerektiğini belirtirken, %31,8'i 0-55 yaş arasında yapılması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %99,5'inin aşı yaptırmadığını, %72,4'ü HPV aşısı hakkında herhangi bir şey duymadığı için HPV aşısını yaptırmadığını, %78,6'sı HPV aşısının zararlı olmadığını, %97,4'ü çocuğuna HPV aşısını yaptırmadığını ve %67,7'si de HPV aşısını çocuğuna yaptırmayı düşünmediğini ifade etmiştir.

Sonuç: Araştırma sonucunda 5-18 yaş arası kız çocuğu olan annelerin HPV ve HPV aşısına yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmış olup çoğunluğunun aşı hakkında bilgi sahibi olmadığı ve çocuklarına yaptırmak istemedikleri belirlenmiştir. Bu nedenle hemşirelerin lisans ve lisansüstü eğitim programlarında serviks kanseri, erken tanı ve korunmaya yönelik konulara yer verilmesi, toplum sağlığı açısından serviks kanseri ve HPV aşısı konularında toplumun bilgilendirilmesi, önlenmesine ilişkin tedbirlerin öğretilmesi amacıyla sözlü, yazılı ve görsel iletişim araçlarının yoğun bir şekilde kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anne, HPV, serviks kanseri

ABSTRACT

Purpose: The relationship of human papilloma virus (HPV) infection and cervical cancer is obvious. Prophylactic HPV vaccines protect who is not vaccinated yet against HPV infection and its risks. For this reason, informing the mothers having girl 5-18 years old is very essential. This descriptive study aims to estimate those mothers' knowledge level on HPV vaccine.

Geliş Tarihi/Received: 29.05.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 21.01.2019

¹ Dr. Öğr. Üyesi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Zonguldak, ORCID: 0000-0002-5883-0045

² Dr. Öğr. Üyesi. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Karabük, ORCID: 0000-0001-8781-3706

³ Öğr. Gör. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Zonguldak, ORCID: 0000-0002-1331-7635

⁴ Doç. Dr. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Zonguldak, ORCID: 0000-0002-8924-5957

Sorumlu yazar /correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Aysel TOPAN, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Zonguldak, e-posta: ayskose@hotmail.com

Materials and Methods: The universe of this research consists of 192 mothers having girls 5-18 years old and applying to 11 family health centres located in Zonguldak provincial centre between January-May 2016. Data were collected between January-May 2016. This research was handled by universe instead of sample selection. Data were collected by a survey form prepared according to literature and expert's opinion, in face-to-face interview. All data were statistically analysed, and data in categorical structure were presented as number and percent in descriptive statistics.

Results: In this research, %53.6 of mothers was 31-40 years old, %36.5 graduated from primary school, %57.8 was housewife, %51 had only 1 child. %74 of mothers was unaware of HPV while %58.9 did not know how it infects. %51,6 knew the method of protection against cervical cancer, %82,8 did not heard the cervical cancer vaccine while %82,4 did not know HPV vaccine. %95.3 did not know the cost of HPV vaccine, %48.4 did not know who is injected by HPV vaccine while %41.7 guessed HPV vaccine must be done only one dose. %65.6 thought HPV vaccine must be done between 5-25 years old whereas %31.8 thought this range is 0-55 years old. %99.5 of mothers did not vaccinated while %72.4 reported they were not vaccinated since they did not hear something about HPV vaccine. %78.6 thought HPV vaccine is not unhealthy, %97.4 reported they did not have girls vaccinated, and %67.7 reported they do not intend to have girls vaccinated.

Conclusion: It was estimated that the knowledge level of mothers having girls 5-18 years old was insufficient, and most of them did not have the information about vaccine. They also did not intend having girls vaccinated. For this reason, the cervix cancer, early diagnosis and protection must be subjected in the graduate and postgraduate levels of nursing education. Besides, the verbal, written and visual communication tools must be used for the purposes of informing the community with respect to the cervix cancer and HPV vaccine, and also its prevention methods within the frame of communal health activity.

Keywords: Mother, HPV, Cervix cancer

Giriş

Serviks kanseri, kadın üreme sistemi organları kanserleri arasında erken teşhis edilebilen ve önlenebilen bir kanser türüdür ve dünyada kadınlarda en fazla görülen kanserler arasında meme kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Dünyada her yıl 409 bin yeni serviks kanseri teşhis edilmekte ve serviks kanserine bağlı her yıl 234 bin ölüm gerçekleşmektedir (1).

Serviks kanseri insidansı bölgelere göre değişiklik göstermekte olup, Ortadoğu'da insidansı 100.000'de 4.8 iken Doğu Afrika'da 100.000'de 44.3'tür. Amerika'da yılda 13.000 hasta yeni tanı almakta ve 4100 hasta serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir (2). Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nün 2017 verilerine göre 2014 yılında serviks kanseri insidansı 100.000'de 4.0 olarak bildirilmiştir (28).

Yapılan araştırmalara göre servikal kanser oluşumunda birçok risk faktörü olup; cinsel aktivite, pap-smear testi yaptırmama, sigara kullanımı ve zayıf immün sistem bunlardandır. Human Papilloma Virüs (HPV) ise bu risk faktörlerinin en başında gelenlerindedir. HPV enfeksiyonunun serviks kanseri ile olan ilişkisi bilinmektedir. Preinvaziv servikal neoplazilerin çoğunda ve serviks kanserlerinin hemen tamamında HPV virüsü tespit edilmektedir (3).

Human Papilloma Virüs çift sarmallı, dairesel, 8000 baz çifti içeren, zarfsız bir DNA virüsü olup bugün için 120 civarında değişik tipi tanımlanmıştır. Günümüzde serviks kanseri olgularının (%99'unun) HPV'nin belirli tiplerine bağlı olarak ortaya çıktığı saptanmıştır. Tanımlanan HPV virüs alt tiplerinden Tip 16 serviks kanserlerinin %54'ünden, Tip 18 ise %13'ünden sorumlu tutulmaktadır (4). Serviks kanseri ile HPV enfeksiyonu arasında güçlü bir ilişki olması araştırmacıları HPV enfeksiyonuna karşı aşı geliştirmeye yöneltmiştir (5).

HPV enfeksiyonlarına karşı geliştirilen aşılardan profilaktik aşılardan ve terapötik aşılardan oluşmaktadır. Profilaktik aşılardan sağlıklı kişilerde HPV enfeksiyonu ve bağlı lezyonların gelişimini önlemek için geliştirilmektedir. Terapötik aşılardan ise prekanseröz lezyon ve serviks kanseri gelişmiş olgularda lezyonların regresyonunu ve remisyonunu sağlamayı amaçlamaktadır (6). Güncel olarak iki farklı HPV aşısı pazarlanmaktadır. Her iki aşı da rekombinant teknoloji kullanılarak hazırlanmış, korumaya yönelik olup tedavi edici değildir. İntramüsküler olarak uygulanır ve tercihen seksüel aktivite başlamadan yani HPV ile bulaş olmadan yapılması önerilmektedir (7). Teorik olarak seksüel aktivite başlamadan önce uygulanmalıdır görüşü olsa da, seksüel aktif dönemde de koruyuculuğu olduğu

bildirilmektedir. Haziran 2006'da FDA tarafından HPV aşısı 9-26 yaş grubuna 3 doz şeklinde uygulanmak üzere onaylamıştır (8). ABD'de'de 2006 yılı itibariyle, Aşı Uygulama Danışma Kurulu (ACIP), 11-12 yaş grubundaki kız çocuklarının rutin olarak üç doz HPV aşısı ile aşılmasını tavsiye etmektedir (29). Amerikan Pediatri Akademisi (APA) aynı şekilde 11 ile 12 yaş aralığında 3 üç doz HPV aşısının rutin olarak uygulanmasını tavsiye etmektedir. On üç ile 26 yaş arasında, daha önce bağışıklığı olmayan ya da dozlarını tamamlamayanların da dozlarını tamamlayarak aşılmasını gerektiğini bildirmektedir (30). Ülkemizde, HPV için ulusal bir aşılama programı bulunmamaktadır. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği HPV aşısını önermektedir. Her iki tip HPV aşısı Türkiye'de bulunmaktadır (10). Profiltik HPV aşıları, HPV ile enfekte olmamış kişileri HPV enfeksiyonuna ve onun getireceği risklere karşı (serviks, vajen, vulva, penis kanseri ve genital siğiller) korumaktadır (8).

Servikal kanser insidansının yüksek olduğu gelişmekte olan çok az ülke ulusal aşılama programı kullanmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde serviks kanseri insidansı ve buna bağlı ölümler artmaktadır. Toplumun HPV aşısına karşı tutum ve bilgi düzeyini inceleyen araştırma sonuçlarına göre, halk arasındaki kaygılar; yan etki ve güvenilirlik, etkinlik, maliyet, aşılamanın verdiği yalancı güvenlik hissi ile cinsel aktivitenin artacağı korkusu şeklinde bildirilmiştir (9). Hemşireler bu hizmetten yararlanacak olan bireylerin annelerinin HPV aşısı ile ilgili bilgilerini öğrenerek yanlış ve eksik bilgileri tamamlamak için sağlık eğitimleri planlayıp uygulayabilirler. Sağlık eğitiminde hedef grubun konu hakkında bildikleri, bilmedikleri ve yanlış bildiklerini öğrenmek eğitimin başarısı ve davranış değişimini sağlamak için önemlidir (31). Bu çalışma 5-18 yaş arası kız çocuğu olan annelerin HPV ve HPV aşısına yönelik bilgi durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma Zonguldak İl Merkezinde 5-18 yaş kız çocuğu olan annelerin Human Papilloma Virüsü Aşısına yönelik bilgi durumlarının belirlenmesi amacı ile Ocak 2016-Mayıs 2016 tarihlerinde tanımlayıcı, kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırma Sorusu

5-18 yaş grubu çocuğu olan anneler Human Papilloma Virüsü hakkında yeterli bilgiye sahip midir?

Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın uygulaması Zonguldak İl merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri Ocak 2016-Mayıs 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Zonguldak İl Merkezinde bağlı 11 adet Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan Aile Sağlığı Merkezleri:

- Bahçelievler Aile Sağlığı Merkezi:
- Soğuksu Aile Sağlığı Merkezi
- Sendika Aile Sağlığı Merkezi
- Acılık Aile Sağlığı Merkezi
- Karaelmas Aile Sağlığı Merkezi
- Çaydamar Aile Sağlığı Merkezi
- Rat Aile Sağlığı Merkezi
- Mithatpaşa Aile Sağlığı Merkezi
- İnağzı Aile Sağlığı Merkezi
- Yeşilmahalle Aile Sağlığı Merkezi
- Meşrutiyet Aile Sağlığı Merkezidir.

Çalışma; kurum yöneticileri ile görüşülerek uygun, belirlenen zamanlarda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Zonguldak İl merkezinde bulunan 11 aile sağlığı merkezinde bulunan 5-18 yaş grubu kız çocuğu olan anneler oluşturmaktadır. Aile Sağlığı merkezlerinde 5-18 yaş grubu çocuk ya da annelerine ait kayıt tutulmamaktadır. Bu nedenle il merkezinde bulunan tüm aile sağlığı merkezlerine araştırmanın yapıldığı tarihlerde herhangi bir nedenle başvuran 5-18 yaş kız çocuğu olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 192 anne araştırma grubunu oluşturmuştur. Bu tarihlerde ASM'lerine başvuran 23 anne araştırmaya katılmayı kabul etmediği için çalışma grubuna alınamamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 192 anne araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Annelerin araştırma kapsamına alınma kriterleri:

- 5-18 yaş grubu kız çocuğuna sahip olması,
- Araştırma onam formunu doldurmuş olması,
- Zihinsel bir engeli olmaması.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; literatür (1,2,5,19,20,21) ve uzman görüşleri doğrultusunda annelere,

Human Papilloma Virüsü Aşısına yönelik bilgi durumunu belirlemek amacı ile hazırlanmış olan anket formu kullanılmıştır. Anket Formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, demografik özellikleri içeren 8 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde cinsel yolla bulaşan hastalıkları, bulaşma yolları, rahim ağzı kanseri ve HPV aşısı, HPV aşısını kendilerine ve çocuklarına uygulamak isteyip istemeyecekleri hakkında bilgilerini içeren 23 sorudan oluşmaktadır. Anket formu toplam 31 çoktan seçmeli sorudan oluşmuştur.

Araştırmanın Uygulanması

Çalışmada, araştırmacılar tarafından katılımcılara, araştırmanın amacı açıklandıktan ve katılmayı kabul eden annelere yazılı onamları alındıktan sonra hazırlanmış anketler ASM'lerde yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde haftanın iki günü herhangi bir sebeple ASM'lere başvuran, 5-18 yaş kız çocuğu olan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve zihinsel bir engeli olmayan annelerden veriler toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel değerlendirmede SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde, kategorik yapıdaki veriler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

1. Araştırmanın yapılabilmesi için Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan etik kurul onayı alınmıştır.
2. Aile Sağlığı Merkez'lerinde araştırmanın yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır.
3. Araştırmaya katılan annelere onam formu doldurulmuştur.

Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin %53,6'sının 31-40 yaş arasında olduğu, annelerin %36,5'inin ilköğretim mezunu ve 57,8'inin ev hanımı olduğu, %94,3'ünün evli ve %51'inin 1 çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan annelerin %44,8'inin 1501-3000 TL gelirinin olduğu ve %91,7'sinin sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri incelendiğinde cinsel yolla bulaşan hastalıklar denildiğinde %27,1'inin hiçbir fikri yokken %49,5'i cinsel yolla bulaşan hastalıkları cinsel

temasla ve cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklarla ilişkilendirmiştir. Annelerin %81,8'i AIDS'in cinsel yolla bulaştığını düşünmektedir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan annelerin %58,9'u HPV'nin nasıl bulaştığını bilmemektedir. Annelerin %52,1'i HPV'nin kadınlarda görüldüğünü ve %32,8'i HPV'nin rahim kanserine neden olduğunu düşünmektedir. Araştırmaya katılan annelerin %74'ü HPV'yi eğitim hayatları sırasında aldıkları sağlık bilgisi dersinden duyduğunu ve %60,4'ü HPV denildiğinde hiçbir fikrinin olmadığını belirtmektedir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan annelerin %51,6'sı rahim ağzı kanserinden korunma yolunun olduğunu düşünmekteyken, %82,8'i rahim ağzı kanseri aşısı hakkında daha önce bilgi almamıştır. Annelerin %95,3'ü HPV aşısının fiyatı hakkında bilgisi olmadığını söylerken, %82,3'ü rahim ağzı kanserinin aşısının fiyatını SGK'nın karşılayıp karşılamadığını bilmediğini ifade etmektedir. Annelerin %48,4'ünün HPV aşısının kimlere yapıldığını bilmediğini belirtirken %41,7'si HPV aşısının bir doz uygulanması gerektiğini düşünmektedir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan annelerin %82,8'inin rahim ağzı kanseri aşısı hakkında herhangi bir şey duymadığını belirtirken %82,4'ünün HPV aşısı ile ilgili herhangi bir bilgiye sahip olmadığını ifade etmektedir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan annelerin %99,5'inin aşı yaptırmadığını, %72,4'ü HPV aşısı hakkında herhangi bir şey duymadığı için HPV aşısını yaptırmadığını belirtmektedir. Annelerin %78,6'sı HPV aşısının zararlı olmadığını düşünürken %97,4'ü çocuğuna HPV aşısını yaptırmadığını ve %67,7'si de HPV aşısını yaptırmayı düşünmediğini belirtmiştir (Tablo 5).

Tartışma

Günümüzde serviks kanseri olgularının HPV ile ilişkisi bilinmektedir (3, 4, 11). Hindistan, Orta ve Güney Amerika ülkeleri, Afrika ülkelerinde (100.000'de 30'un üzerinde) (12), Doğu, Avrupa ve Balkan ülkelerinde (100.000'de 20'nin üzerinde) (13) serviks kanseri insidansları ülkemize göre (100.000'de 4) (14) yüksek olmasına rağmen; ülkemizde cinsel aktivite yaşının giderek düşmesi (15), cinsel partner sayısının artması ve kondom kullanımının diğer ülkelere oranla düşük olması (16), gençlerde sigara kullanma yaşının küçülmesi ve sigara

Tablo 1. Annelerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Durumları

Özellikler	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar denildiğinde akla gelenler						
Hiçbir fikrim yok	52	27,1	140	72,9	192	100
Bulaşıcı tüm hastalıklar	40	20,8	152	79,2	192	100
İnsandan insana geçen hastalıklar	30	15,6	162	84,4	192	100
İnsandan insana yakın temasla geçebilecek hastalıklar	42	21,9	50	78,1	192	100
Eşlerden bulaşan hastalıklar	57	29,7	135	70,3	192	100
Sadece cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklar	72	37,5	120	62,5	192	100
Cinsel temasla ve cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklar	95	49,5	97	50,5	192	100
Diğer	1	0,5	191	99,5	192	100
Cinsel yolla bulaştığını düşündükleri hastalıklar						
AIDS	157	81,8	35	18,2	192	100
Hepatit	85	44,3	107	55,7	192	100
Cinsel bölgede görülen siğiller	99	51,6	93	48,4	192	100
Cinsel bölgede görülen uçuklar	101	52,6	91	47,4	192	100
Frengi	67	34,9	125	65,1	192	100
Bel soğukluğu	64	33,3	128	66,7	192	100
Kasık biti ve uyuz	52	27,1	140	72,9	192	100
Diğer	12	6,2	108	93,8	192	100

Tablo 2. Annelerin Human Papilloma Virüsü İle İlgili Bilgi Durumları

Özellikler	n	%
HPV nasıl bulaşır?		
Bilmiyorum	113	58,9
Sindirim yoluyla	3	1,6
Cinsel yolla	70	36,5
Temas yoluyla	5	2,6
Solunum yoluyla	1	5
HPV kimlerde görülür?		
Erkeklerde	4	2,1
Kadınlarda	100	52,1
Kız çocuklarında	21	10,9
Hem erkeklerde hem kadınlarda	67	34,9
HPV hangi hastalığa neden olur?		
Meme Kanserine	13	6,8
Yumurtalık kanserine	32	16,7
Rahim kanserine	63	32,8
Rahim ağzı kanserine	58	30,2
Vulva kanserine	6	3,1
Diğer	20	10,4
HPV duyduysanız nereden duyduunuz? Bilgi edinme kaynakları		
İnternet	23	12,0
Televizyon, gazete, dergi...	27	14,1
Arkadaşlarımdan	5	2,6
Doktor veya hemşirelerden	16	8,3
Okul konferanslarından	5	2,6
Sağlık bilgisi dersinden	12	6,2
Duymadım	142	74,0
Diğer	6	3,1
HPV denildiği zaman akla gelenler		
Hiçbir fikrim yok	116	60,4
Kanser	30	15,6
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	46	24,0
Genital siğiller	24	12,5
Virüs	34	17,7
Hastalık etkeni mikrop	10	5,2
Cinsel bölgede görülen bit	2	1,0
Toplam	192	100,0

Tablo 3. Annelerin Rahim Ağzı Kanseri ve Aşısı Konusunda Bilgileri (1)

Özellikler	n	%
Rahim ağzı kanserinden korunma yolu var mıdır?		
Evet	99	51,6
Hayır	11	5,7
Bilmiyorum	82	42,7
Rahim ağzı kanseri aşısı hakkında daha önce bilgi aldınız mı?		
Evet	33	17,2
Hayır	159	82,8
HPV aşısının fiyatı hakkında bilginiz var mı?		
Evet	9	4,7
Hayır	183	95,3
Rahim ağzı kanseri aşısının fiyatını sosyal güvence karşılıyor mu?		
Evet	6	3,1
Hayır	28	14,6
Bilmiyorum	158	82,3
Rahim ağzı kanseri aşısı kimlere yapılmalıdır?		
Bilmiyorum	93	48,4
Evli kadınlara	50	26,0
Bekar kadınlara	15	7,8
Çocuklara	2	1,0
Cinsel aktif herkese	29	15,1
Adölesan/ergen kızlarda	3	1,6
HPV aşısı kaç doz uygulanmalıdır?		
1	80	41,7
2	62	32,3
3	37	19,3
4 ve üzeri	13	6,8
HPV aşısı kaç yaşında uygulanmalıdır?		
5-25 yaş	126	65,6
0-55 yaş	61	31,8
60 yaş ve üzeri	5	2,6
Toplam	192	100

Tablo 4. Annelerin Rahim Ağzı Kanseri ve Aşısı Konusunda Bilgileri (2)

Özellikler	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Rahim ağzı kanseri aşısı hakkında bilgi aldıysanız nereden aldınız?						
İnternet	11	5,7	181	94,3	192	100
Televizyon, gazete, dergi...	18	9,4	174	90,6	192	100
Ailemden	2	1,0	190	99,0	192	100
Arkadaşlarımdan	2	1,0	190	99,0	192	100
Doktor veya hemşirelerden	19	9,9	173	90,1	192	100
Okul konferanslarından	2	10,0	190	90,0	192	100
Sağlık bilgisi dersinden	5	2,6	187	97,4	192	100
Duymadım	159	82,8	33	17,2	192	100
Diğer	1	0,5	191	99,5	192	100
HPV aşısı ile ilgili hangi bilgilere sahipsiniz?						
Aşı pahalı	6	3,1	186	96,9	192	100
Aşı ergen kızlara yapılıyor	13	6,8	179	93,2	192	100
Bebeklikten itibaren birkaç doz yapılıyor	1	0,5	191	99,5	192	100
Cinsel ilişkiye girmeden olması gerekiyor	10	5,2	182	94,8	192	100
Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu	19	9,9	193	90,1	192	100
Genital siğillere karşı koruyucu	12	6,2	180	93,8	192	100
Kansere karşı koruyucu	17	8,2	175	91,8	192	100
Aşı ücretini kişi kendisi ödüyor	7	3,6	185	96,4	192	100
Bilgi almadım	160	82,4	32	17,6	192	100

Tablo 5. Annelerin Kendisi ve Kız Çocukları İçin HPV Aşısını Kabul Etme veya Etmeme Durumları

Özellikler	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
HPV aşısı yaptırdınız mı?	1	0,5	191	99,5	192	100
Rahim ağzı kanseri aşısını yaptırmama nedenleri						
Hiç duymadım	193	72,4	53	27,6	192	100
Aşının fiyatı çok pahalı	3	1,6	189	98,4	192	100
Aşının yan etkilerini bilmediğim için	23	12,0	169	88,0	192	100
Ailem yaptırmadığı için	23	12,0	169	88,0	192	100
Zararlı olduğunu düşündüğüm için	9	4,7	183	95,3	192	100
Aşırı yaptırdım	1	0,5	191	99,5	192	100
Diğer	15	7,8	177	92,2	192	100
Rahim ağzı kanseri aşısı sizce zararlı mıdır?	41	21,4	151	78,6	192	100
Çocuğunuza HPV aşısı yaptırdınız mı?	5	2,6	187	97,4	192	100
Yaptırmadıysanız yaptırmayı düşünür müsünüz?	62	32,3	130	67,7	192	100

kullanma oranının artması (17, 18) HPV ile bulaş oranının artması ve dolayısı ile serviks kanser insidansının da yükselmesi beklenmektedir. Bundan dolayı kadınların HPV hakkında bilgilendirme ve aşısı ile bağışıklama farkındalıklarının artırılması gelecekte daha da önemli hale gelecektir. Bu çalışmada, 5-18 yaş grubu kız çocuğu olan annelerin HPV aşısına yönelik bilgi düzeyleri ile ilgili bulgulara yer verilmiş, bu bulgular literatür ile karşılaştırılmıştır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar denildiğinde annelerin %27,1'inin hiçbir fikri olmadığı, %81,8'i AIDS'in cinsel yolla bulaştığını belirtmiştir. Yazıcı (19) cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili kadınların bilgi

düzeylerini inceleyen çalışmasında kadınların %95,3'ünün AIDS'i bildikleri, Yurtsev (3) HPV aşısı ile ilgili ergen kızlar ve annelerin bilgi seviyelerini ölçtükleri araştırmalarında ise annelerin cinsel yolla bulaşan hastalık olarak en çok (%54,5) AIDS'i bildirdikleri belirtilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da AIDS'in ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Annelerin ve kadınların AIDS'i cinsel yolla bulaşan enfeksiyon olarak bildirmelerinde yazılı ve görsel medyada AIDS hastalığına daha çok yer verilmesi ve bu bilgilerin yeterli bir şekilde kaynağına ulaşabilmesinin etkisi olduğunu düşündürmektedir. Aynı zamanda cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda annelerin

bilgilerinin yetersiz olmasının annelerin yaş ortalamasının genç ve eğitim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklanabileceğini akla getirmektedir. Araştırmaya katılan annelerin %74'ü HPV'yi hiç duymamışken %58,9'u nasıl bulaştığını bilmemektedir. Bu çalışmayla uyumlu olarak Yurtsev'in (3) ergen kızlar ve annelerinin HPV aşısına ilişkin bilgi ve görüşlerini değerlendirdiği çalışmada; annelerin %60,8'inin, Ozan ve ark. (20) Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Hastaların HPV ve Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeylerini değerlendirdikleri çalışmalarında kadınların %66,4'ünün, Köse ve ark. (21) 2014 yılında annelerin HPV aşısı hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında lise mezunu annelerin %81,5'inin, Örenli'nin (22) yaptığı çalışmada ise annelerin %73,3'ünün HPV'yi daha önce hiç duymadıkları bildirilmiştir. Araştırmanın bu bulgusu ülkemizde yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ise Davlin ve ark. (23) Amerika'da düşük gelirli ailelerle yaptıkları çalışmalarında, annelerin %73,4'ünün HPV'yi duydıklarını, Tozzi ve ark. (24) İtalya'da adölesan kızların annelerinin HPV bağışıklaması hakkındaki tutumlarını inceleyen çalışmalarında ise annelerin %54'ü HPV'yi bildiklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamız ile birlikte ülkemizde yapılan çalışmalarda HPV'ye yönelik bilgi sahibi annelerin oranlarının diğer ülkelerden düşük olması istenmeyen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda yazılı ve görsel medyada bu hastalığa daha az yer verilmesine, hastalığa daha az dikkat çekilmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

HPV'yi daha önce duyan annelerin HPV hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında %52,1'i HPV'nin kadınlarda görüldüğünü ve %32,8'i HPV'nin rahim kanserine neden olduğunu bildirmişlerdir. Rosenthal ve ark. (25) yaptıkları çalışmada annelerin %77'si HPV'nin serviks kanserine neden olabileceğini belirtmiştir. Davlin ve ark. (23) yaptıkları çalışmada annelerin "HPV sadece kadınlarda görülür" sorusuna yanıt olarak %53,2'si yanlış cevabını vermişlerdir. Ülkemizde Yurtsev'in (3) yaptığı çalışmada ise HPV'nin neden olduğu hastalığı annelerin %71,5'inin bildiği görülmüştür. Bu sonuçlara göre araştırmada annelerin HPV ile ilgili bilgi düzeyi oldukça düşüktür ve

düşündürücüdür. Bunun nedeni annelerin eğitim düzeyinin düşük olması ve bu bölgede cinsel yolla bulaşan hastalıklar ilgili olarak verilen eğitimlerin popülasyona yeterince ulaşmaması olarak düşünülebilir. HPV'nin neden olduğu serviks kanserinin önlenmesinde bilgilendirilmenin önemi açıktır. Bundan dolayı verilecek sağlık eğitimlerinin bu grubu hedef alacak şekilde seçilmesi önerilebilir.

Araştırmaya katılan annelerin %14,1'i HPV'yi televizyon, gazete ve dergiden, %12'si internetten, %8,3'ü doktor ve hemşireden duyduğunu belirtmişlerdir. Tozzi ve ark. (24) İtalyan annelerde yaptıkları çalışmada ise annelerin %33,4 HPV'yi gazete dergilerden, %26,4'ü jinekologlardan duyduğunu, Yurtsev'in (3) yaptığı çalışmada annelerin %43,5'inin HPV'yi televizyon, dergi ve gazetelerden, %22,8'inin doktor ve hemşireden duyduğunu, belirtmişlerdir. Bu sonuçlara göre medyanın ön plana çıktığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanılmadığı düşünülmüştür.

Annelerin HPV aşısı hakkında %82,8'i bilgili değilken, %51,6'sı serviks kanserinden korunma yolunun bulunduğunu düşünmektedir. Örenli'nin (22) yaptıkları çalışmada annelerin %62,1'inin HPV aşısından haberdar olmadığı, Köse ve ark. (21) HPV aşısı hakkında annelerin bilgi ve tutumlarını inceledikleri çalışmalarında lise mezunu olan annelerin %78,5'inin HPV aşısını bilmedikleri, Yıldırım ve ark. (26) yaptıkları araştırmada kadınların %42,7'sinin ve Ozan ve arkadaşlarının yine aynı yıldaki çalışmalarında kadınların %54,4'ünün HPV aşısından haberdar olmadığı, Chowa ve ark. (27) Asyalı anneler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, annelerin %65'i HPV aşısının mevcut olduğunu bilmediği görülmüştür. Araştırmada bu bulgu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin %99,5'inin aşı yaptırmadığını ve annelerin %78,6'sı HPV aşısının zararlı olmadığını düşünürken, %67,7'si de HPV aşısını çocuğuna yaptırmayı düşünmediğini belirtmiştir. Yurtsev'in (3) yaptığı çalışmada annelerin %69,4'ünün aşının zararlı olmadığı ve %58,5'inin kızını aşılatmak istemediklerini belirtmişlerdir. Yıldırım ve ark. (26) yaptıkları çalışmada annelerin %66'sı aşının zararlı olmadığını ve %75,6'sı kızlarına ve kendilerine aşı yaptırmayı kabul ettiğini bildirmişlerdir.

Rosenthal ve ark. (25) yaptığı araştırmada annelerin %75'i aşının servikal kanser ve genital siğillerden kızını koruyacağını ve %57'si aşının kızı için güvenli olacağını düşündüğünü belirtmiştir. Tozzi ve ark. (24) İtalyan anneler üzerinde yaptıkları çalışmalarında “Kızınız için HPV aşısı teklifini kabul eder misiniz?” sorusuna annelerin %83,6'sı “evet” olarak yanıtlamışlardır. Bu sonuçlara göre ülkemizde bazı bölgelerde sosyokültürel durum ve cinsellikle ilgili tutumların aşının kabul edilebilirliğini etkilediği ve HPV aşısı ile yeterli bilgilendirmenin yapılmadığı ve dolayısı ile aşıyla ilgili düşüncelerin olumsuz olduğu düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

5-18 yaş kız çocuğu olan annelerin HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada; annelerin cinsel yolla bulaşan hastalıkları ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu, çoğunluğunun HPV enfeksiyonunu cinsel yolla bulaşan hastalıklar olarak görmedikleri belirlenmiştir. Annelerin HPV ve aşısı ile ilgili bilgilerinin istenen düzeyde olmadığı saptanmış olup çoğunluğu daha önceden HPV ve aşısını duymadıklarını ifade etmişlerdir. HPV ve serviks kanseri hakkında bilgisi olanların sıklıkla bilgiye medya kaynaklı ulaştıkları saptanmıştır.

Serviks kanserinin insidansının azaltılmasında bireylerin tümünün bilgilendirmesi esastır. Sağlık profesyonellerinden bilgi almanın yetersiz olduğu görülmektedir. Bu veriler ışığında Sağlık ve Milli Eğitim Bakanlığının medya ile ortak çalışma yürütmesi bilgilendirmenin daha kolay, ulaşılabilir ve etkin olacağı düşünülmektedir. Hekimlere ve hemşirelere bu durum hakkında bilgi verilmesi ve annelerin bu konuda sağlık uzmanları tarafından eğitilmesi önerilebilir. Özellikle annelerin yanında babaların da bu konudaki farkındalığı arttırılırsa, bu hastalıktan korunma girişimleri daha başarılı olacaktır.

Toplumumuzda cinsel tabuların derecesi bölge bölge değişmekle beraber, cinsel eğitimin hala çok tartışmalı olduğu görülmektedir. HPV ve aşısı hakkında bilgi düzeyinin çok düşük bulunması, hem ergenlerin hem de ana-babalarının güvenilir bir kaynaktan eğitim alması gerektiği açık bir şekilde ortaya çıkmıştır.

Bunun için okullar hem öğrenciler hem de veliler için mükemmel bir fırsat sağlayabilir.

Araştırmanın sınırlılıklarına bakıldığında, bu çalışmanın sonuçlarının sadece Zonguldak ilinin Merkez ilçesinin verilerini içermesidir, bu nedenle Türkiye için genelleştirilemez. Türkiye'de çeşitli nüfus için yapılan benzer çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca bilgiler katılımcılar tarafından kendiliğinden rapor edildi.

Kaynaklar

1. Bektaş M, İlya ÖŞ, Küsbeci Ş, Bektaş İ. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine testis muayenesi ile HPV aşısı hakkında bilgi ve uygulamaları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2014; 2(2-3).
2. The FUTURE II Study Group, Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions, N Engl J Med. 2007; 356(19): 1915-27.
3. Esra Yurtsev. Ergen kızlar ve annelerinin HPV aşısına ilişkin bilgi ve görüşleri [Yüksek lisans tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2011.
4. Bülbül S, Yalçın S, Çölaraz N, Turgut M, Ekici İ, Doğan A, Yeltekin S. Anadolu'da 0-15 yaş çocuk annelerinin rahim ağzı kanseri ve human papilloma virüs aşılması hakkındaki düşünceleri. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2013; 2: 73-8.
5. Yıldırım M, Düzovalı Ö, Kanık A, Kırık Ö. Türkiye'deki çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının insan papilloma virüs aşısı konusundaki bilgi ve tutumları. Çocuk Enfeksiyon Dergisi. 2009; 3: 62-8.
6. Dede M. Profilaktik HPV aşuları: güncel yaklaşımlar. Gülhane Tıp Dergisi. 2010; 52: 148-56.
7. Özşaran Z, Demirci S, Aras AB. Tıp fakültesi öğrencileri arasında HPV aşısı bilgi düzeyini değerlendiren anket çalışması. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2011; 2: 40-4.
8. Topan A, Öztürk Ö, Bahadır Ö, Eroğlu H, Harma M, Harma M.İ. Assessment of Working and Student Nurses' Knowledge Level on Cervical Cancer and Human Papilloma Virus Vaccine. Asian Pac J Cancer Prev. 2015; 16(8): 3565-72.

9. Şahbaz A, Erol O, HPV aşı uygulamaları. J Turk Soc Obstet Gynecol. 2014; 2: 126-30.
10. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. HPV Aşuları 2018 [25.05.2018] Available from: <http://www.trsgo.org/menu/157/hpv-asilari>.
11. Hernandez BY, Ka'opua LS, Scanlan L, Ching JA, Kamemoto LE, Thompson PJ, et al. Cervical and anal Human Papilloma virus Infection in adult women in American Samoa. Asia Pac J Public Health. 2013; 25(1):19-31.
12. Arbyn M, Raifu AO, Autier P, Ferlay J. Burden of cervical cancer in Europe: Estimates for 2004. Ann Oncol. 2007; 18: 1708-15.
13. Kesic V, Poljak M, Rogovskaya S. Cervical cancer burden and prevention activities in Europe. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012; 21(9): 1423-33.
14. Türkiye Kanser İstatistikleri. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Daire Başkanlığı. Ed. Gültekin M, Boztaş G. 2014.
15. Kılıç D, Kaygusuz C, Bağ B. Üniversite öğrencilerinin cinselliğe yönelik görüşleri. Türk HIV/AIDS Dergisi. 2005; 8(2): 44-55.
16. Özcan S, Aras Ş, Şemin S. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; 18(1): 27-39.
17. Özcebe, H. Gençler ve sigara. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, 2008.
18. Akgül S, Kutluk T. Çocuk ve ergenlerde tütün kontrolü. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2015; 24: 1-5.
19. Yazıcı S. 15-49 yaş grubu evli kadınların HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 1999; 3(1): 48-54.
20. Ozan H, Çetinkaya Demir B, Atik Y, Gümüş E, Özerkan K. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastaların human papilloma virüs ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2011; 37(3): 145-8.
21. Kose D, Erkorkmaz U, Cınar N, Altınkaynak S. Mothers' knowledge and attitudes about HPV vaccination to prevent cervical cancers. Asian Pac J Cancer Prev. 2014; 15 (17): 7263-6.
22. Örenli G. İlköğretim ikinci kademedeki öğrenim gören kız öğrencilerin annelerinin rahim ağzı kanseri ve HPV aşısı konusunda bilgi tutum davranışları [Yüksek lisans tezi]. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi; 2015.
23. Davlin SL, Berenson AB, Rahman M. Correlates of HPV knowledge among low-income minority mothers with a child 9-17 years of age. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015; 28: 19-23.
24. Tozzi Alberto E, Ravà L, Stat D, Pandolfi E, Marino MG, Ugazio, AG. Attitudes towards HPV immunization of Italian mothers of adolescent girls and potential role of health professionals in the immunization program. Vaccine. 2009; 27: 2625-9.
25. Rosenthal SL, Rupp R, Zimet GD, Mezasa HM, Lozaa ML, Short MB, Succop PA. Uptake of HPV Vaccine: demographics, sexual history and values, parenting style, and vaccine attitudes. Journal of Adolescent Health. 2008; 43: 239-45.
26. Yıldırım E, Günvar T, Kuruoğlu E, İlbi Ö, Güldal D. Sağlık kuruluşlarına başvuran kadınların rahim ağzı kanseri aşısı ile ilgili bilgilenmelerinin tutumları üzerine etkisi. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2011; 15(4): 153-8.
27. Chowa SN, Soonc R, Park JS, Pancharoene C, Qiaof YL, Basug P, Nghan HYS. Knowledge, attitudes, and communication around human papillomavirus (HPV) vaccination amongst urban. Asian Mothers and Physicians. Vaccine. 2010; 28: 3809-17.
28. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016 [29.08.2018] Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183_sy2016turkcepdf.pdf?0
29. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H, Unger ER. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2007; 56(2): 1-24.
30. Committee on Infectious Diseases. HPV vaccine recommendations. Pediatrics. 2012; 129(3): 602-5.
31. Güvenç G, Akyüz A, Seven M. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin human papilloma virüs enfeksiyonu ve aşuları ile ilgili bilgi ve tutumlarının. Gülhane Tıp Dergisi. 2012; 54: 104-10.

Nazan ÇAKIRER ÇALBAYRAM¹, İlnur Münevver GÖNENÇ², Nezide TOPUZ³**ÖZ**

Amaç: Çalışma; prekonsepsiyonel dönemden postpartum döneme kadınların geleneksel inanç ve uygulamalarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı türdedir. Araştırmanın örneklemini Ekim 2015- Aralık 2015 tarihleri arasında Ankara’da ki bir Kadın Eğitim Kültür Merkezi’ne başvuran, en az bir canlı doğum yapmış olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 166 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri veri toplama formu ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımı ve ki kare testi kullanılmış olup istatistiksel anlamlılık 0.05 önem düzeyinde incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmada, kadınların yarısına yakını infertilitenin kadının sağlık probleminden kaynaklandığını ifade etmiştir. Kadınların %69,9’u infertilite tedavisi için doktora gidilmesi gerektiğini, %13,9’u ise gebeliğin oluşmasını kolaylaştırmak için herhangi bir geleneksel uygulama yapılması gerektiğini belirtmiştir. Kadınların %33,7’si gebe iken bebeğin cinsiyetinin anlaşılabilirliğini belirtmiştir. Katılımcıların %68,1’i “al basması”, %54,2’sinin “kırk basması” uygulamasını bildiğini ifade etmiştir. Katılımcıların neredeyse tamamının bebeğin düşen göbeği ile ilgili bir geleneksel uygulama yaptığı belirlenmiştir. Katılımcıların %50’si bebek sarardığında doktora götürülmesi gerektiğini, %41’i sarı tül bent örtülebileceğini ifade etmiştir. Kadınların %52,8’i anne sütünü arttırmak için bol sıvı içilmesini, %25,5’i tatlı şeyler yenmesi gerektiğini belirtmiştir.

Sonuç: Araştırma, geleneksel uygulamaların görülme oranının azaldığını fakat bu uygulamaların hala devam ettiğini göstermektedir. Bu nedenle, ebe ve hemşirelerin bakım verirken geleneksel uygulama ve inanışları sorgulaması, bu uygulamaların anne ve bebek sağlığına etkilerini ortaya çıkarması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, doğum, doğum sonu dönem, yenidoğan, infertilite, geleneksel uygulamalar

ABSTRACT

Purpose: This study was carried out to determine the traditional beliefs and practices of women from preconceptional period to postpartum period.

Materials and Methods: The research has been descriptive. The study sample was constituted of 166 women who consulted to the Female Education and Culture Center between October 2015 and December 2015, gave at least one live birth, and agreed to participate in the study were involved in the scope of the study. The data of the study were collected through face-to-face interviews using a data form. Data was analyzed by frequency distribution and chi square test and statistical significance was examined at 0.05 significance level.

Results: According to the study; As the cause of infertility, nearly to half of women said, “the woman must have health problems”. 69.9% of women stated that they should go to a doctor for infertility treatment and 13.9% stated that it is a necessity of any traditional practice to facilitate pregnancy. 33.7 % of the woman stated that the baby’s gender could be understood during pregnancy. 68.1 % of the participants stated they knew “puerperal fever” and 54.2 % of the participants said they knew “the forty fever” practice. Almost all of the participants were determined to implement a traditional practice with the umbilical cord. The participants gave multiple answers. 50 % stated the infant should be taken to the doctor when it had jaundice, 41.1 % said it could be covered with a yellow gauze. 52.% of the women stated that they should drink plenty of liquid to to increase the breast milk, and 25.5% stated that they should eat sweet things.

Conclusion: The study was found that the incidence rate of traditional practices declined, however that they still continued to exist. For this reason, it is important that the traditional practices and beliefs of midwives and nurses taking care of them, their interrogation, the effects of these practices on mother and baby health.

Keywords: Pregnancy, birth, postpartum period, newborn, infertility, traditional practices

Geliş Tarihi/Received: 06.06.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 21.01.2019

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Orcid No:0000-0003-2048-608X

²Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Orcid No:0000-0001-6834-1010

³Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim Sertifikasyon Tescil Dairesi

Sorumlu yazar /correspondence: Nazan Çakırer Çalbayram, Dr. Öğr. Üyesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu Kampüsü Sağlık Yüksekokulu Merkez /Çanakkale, nazanacakirer@gmail.com

*14-15 Nisan 2016 tarihlerinde Kocaeli’de yapılan I Uluslararası Kadın ve Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımıyla sağlık, bireyin bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak iyi olma halidir. Bu tanımdan yola çıkarak bireylerin, toplumsal çevresi ile bir bütün olabildiği sürece "sağlıklı" olabileceği vurgulanmaktadır. İnsanların sağlıkla ilgili inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun kültürünün bir parçasıdır. Kültür ve toplum ayrılmaz bir bütündür. Toplumların kültürel bakış açısıyla yaptığı sağlık uygulamaları geleneksel sağlık uygulamaları olarak tanımlanmaktadır. DSÖ'ne göre "geleneksel tıp", fiziksel ve ruhsal sağlığın sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi, tanınması, tedavi veya rehabilite edilmesinde kullanılan farklı kültürlerle özgü teori, inanç, beceri ve deneyimlere dayalı açıklanabilen ya da açıklanamayan uygulamalar bütünüdür (1). Geleneksel uygulamalar dünyanın her yerinde yaygın olarak yapılmasına rağmen, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde daha fazla yapıldığı bilinen bir gerçektir (2,3). Geleneksel uygulamalar kadınlar tarafından sık kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada kadınların %72,5'inin geleneksel uygulamalara önem verdiği, %45,5'inin ise bildiği bazı geleneksel uygulamaları kullandığı belirlenmiştir (4). Kadınların geleneksel uygulamaların kullanıldığı dönemler arasında gebelik öncesi dönem, gebelik, doğum ve lohusalık dönemleri bulunmaktadır (5). Gebelik öncesi, gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde bireylerin geleneksel inanç ve uygulamalarının bilinmesi bu dönemlerde ailelere sunulacak sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi için de yol gösterici olacaktır. Nitekim bu inanç ve uygulamalar, kimi zaman insan sağlığına bir etki yapmazken kimi zamanda insan sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir (2,6). Şenses ve Yıldızoğlu (2002) yaptıkları çalışmada, kadınların %54,8'inin kendine ve bebek bakımına yönelik kayınvalidelerinden yardım aldıklarını belirtirken, yalnızca %16'sı sağlık personelinin yardım aldığını, kadının eğitim düzeyi yükseldikçe, sağlık için zararlı olan uygulamaların yapılma sıklığının azaldığı belirtilmiştir (7). Benzer şekilde yapılan pek çok çalışmanın sonucuna göre geleneksel uygulamaların en çok evli kadınlarda, eğitim düzeyi ve sosyokültürel seviyesi düşük olan gruplarda yapıldığı saptanmıştır (7-10).

Yapılan bazı geleneksel uygulamalar, kişinin sağlığına zarar verebilmektedir. Örneğin; gebeliğin oluşumunu kolaylaştırmak ve infertiliteyi tedavi etmek için çeşitli otların fitil yapılarak vajene yerleştirilmesi,

istenmeyen gebeliğin sonlandırılması için rahmin çeşitli aletlerle kurcalanması, bebeğin terinin kokmaması için tuzlanması, doğumun kolay olması için yüksek yerden atlanması ve doğum sonu dönemde bebeğin 3-5 ezan sonra emzirilmesi, gibi insan sağlığı için tehdit oluşturabilecek uygulamalar bulunmaktadır (11-15). Bunların yanı sıra, çağdaş tıbbın desteklediği geleneksel uygulamalarda vardır. Örneğin; doğum sonu dönemde lohusa kadına şerbet, pekmez içirilmesi hem kadının direncini artırmakta hem de sütün artmasını sağlamaktadır. Yenidoğan bebeğin kırk gün dışarıya çıkarılmaması ve bebeğin kimseye gösterilmemesi de enfeksiyona duyarlı olan yenidoğan bebeğin enfeksiyonlardan korunması açısından yararlı uygulamalardır (3,16).

Sağlık hizmetlerinin topluma götürülmesinde, özellikle bireylerin kültürel inanç ve uygulamalarının sağlığa yansımaları boyutunda dikkatli tanımak, bu toplumun sağlık alanındaki ihtiyaçlarını, beklentilerini ve götürülen hizmete karşı gösterdiği tepkilerin nedenlerini bulup ortaya çıkarmak gerekir. Bu sebeple bireylerle en çok iletişime geçen sağlık personeli olan ebe ve hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunda; yararlı geleneksel uygulamaları destekleyerek bireyleri bakımlarına katarken, zararlı uygulamaların sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini engellemeyi amaçlamalıdır. Bu da hizmet götürülen toplumun sosyo-kültürel yapısının tanınması ile mümkündür.

Araştırmanın Amacı

Çalışma; Ankara'da belediyeye bağlı bir kadın eğitim kültür merkezine kayıtlı kadınların prekonsepsiyonel dönemden postpartum dönemin sonuna kadar olan geleneksel inanç ve uygulamalarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem**Araştırmanın Tipi**

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Yeri ve Zaman

Çalışma Ankara ili Altındağ Belediyesi Karapürçek Kadın Eğitim Kültür Merkezinde Ekim 2015- Aralık 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evren/Örnekleme

Çalışmanın evrenini ilgili merkeze kayıtlı olan 292 kadın oluşturmuştur. Evreni bilinen örneklem yöntemine göre %5 yanılıgı düzeyi, %95 güven aralığında, örneklem kapsamına alınması gereken kadın sayısı 166 olarak belirlenmiştir. Ekim 2015-Aralık 2015

ARAŞTIRMA

tarihleri arasında ilgili kadın eğitim kültür merkezine başvuran, en az bir canlı doğum yapmış olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 166 kadın çalışma kapsamına alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Geleneksel İnanç ve Uygulamaları Belirleme Formu” olmak üzere iki form aracılığıyla toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formunda kadınların bireysel (yaş, evlilik yaşı, evlilik yılı, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi vb.) ve obstetrik (gebelik, doğum, yaşayan çocuk sayısı vb.) özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmış 14 soru yer almıştır. Gebelik, doğum ve lohusalığa yönelik geleneksel inanç ve uygulamaları belirleme formu araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olup (3,5,7,8,12) geleneksel uygulamaları içeren toplam 34 sorudan oluşmaktadır.

Verilerin Toplanması

“Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Geleneksel İnanç ve Uygulamaları Belirleme Formu”, kadınlar kadın eğitim kültür merkezine kurs katılımı (spor, el sanatları, v.b) için geldikleri zaman uygulanmıştır. Bu formlar uygulanmadan önce kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak onamları alınmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Bu formların uygulanması ortalama 25-30 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş ve frekans dağılımı olarak sunulmuştur. Bazı değişkenlere (yaş, eğitim, aile tipi, çalışma durumu, gelir durumu) göre kadınların geleneksel uygulama bilme/yapma durumlarının karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmalarda alfa yanılma düzeyi $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Ankara Üniversitesi Etik Kurul’undan etik onay (Karar No: 2014/1360) ve kurumdan yazılı izin alındı. Çalışmaya katılan kadınlara çalışma konusunda bilgi verilip sözel olurları alındı.

Bulgular

Çalışma sonuçlarına göre; kadınların, %33,1’i 30-39 yaş grubunda, %59,0’u ilköğretim mezunu, %94,6’sı çalışmamaktadır. Katılımcıların %50,6’sının gelirinin giderine göre az algıladığı, %78,9’unun çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların %48,8’i evlilik yaşının 13-18 yaş arasında olduğunu bildirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş		
20-29	16	9,7
30-39	55	33,1
40-49	47	28,3
50 ve üzeri	48	28,9
En uzun yaşanan yer		
Köy-kasaba	41	24,7
İlçe	23	13,9
İl	102	61,4
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	15	9,0
İlkokul	98	59,1
Orta öğretim	48	28,9
Üniversite	5	3,0
Evlenme yaşı		
13-18	81	48,8
19-24	74	44,6
25 ve üzeri	11	6,6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	9	5,4
Çalışmıyor	157	94,6
Gelir durumu		
Gelir gidere göre az	84	50,6
Gelir gidere eşit	82	49,4
Aile tipi		
Çekirdek	131	78,9
Geniş	20	12,1
Diğer	15	9,0
Toplam	166	100,0

Kadınların %55,5’inin 1-3 gebeliği olduğu, %36,2’sinin yaşayan çocuk sayısının iki olduğu, %11,4’ünün ölü doğum yaptığını belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Gebelik sayısı	n	%
1-3	92	55,5
4-6	57	34,3
7 ve üzeri	17	10,2
Yaşayan çocuk sayısı		
1	20	12,0
2	60	36,2
3	55	33,1
4 ve üzeri	31	18,7
Ölü doğum		
Yapan	19	11,4
Yapmayan	147	88,6
Düşük		
Yapan	72	43,4
Yapmayan	94	56,6
Son doğumu yaptığı yer		
Ev	22	13,3
Sağlık kuruluşu	144	86,7
Toplam	166	100,0

Kadınların %43,4’ü düşük yaptığını, düşük yapanların %52,8’i isteyerek bir sağlık merkezinde düşüğü gerçekleştirdiğini belirtmiştir (Tablo 3).

İnfertilite nedeni olarak kadınların, %43,4’ü “kadının sağlık problemi vardır”, %21,7’si “Allahtan’dır”, %15,1’i “eşinde veya

kendisinde problem vardır” şeklinde belirtmiştir. Gebeliğin oluşmasını kolaylaştırmak için kadınların %69,9’u doktora gidilmesi gerektiğini, %16,2’si bu konuda bilgisinin olmadığını, %13,9’u ise herhangi bir geleneksel uygulama yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Önerilen geleneksel uygulamalar; “zöhre ananın bahçesinden toprak alıp suyu içilmeli”, “hocaya gitmeli”, “rahim kaldırma masajı yaptırmalı”, “ilişikten sonra hareketsiz kalmalı”, “su buharına oturmalı”, “bele sakız atmalı”, “belini çektirmeli”, “saman ile maydanozu kaynatıp üzerine oturmalı”, “soğan kabuğu kaynatıp içmeli”, “ilişki sırasında kadın belini yukarı kaldırmalı” şeklinde ifade edilmiştir (Tablo 3). Kadınların en uzun yaşadıkları yer ve eğitim durumlarına göre geleneksel uygulama yapmayı düşünme oranı arasında anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,001$, $p<0,001$). Çalışmada en uzun süre ilçede yaşayanların köyde ve ilde yaşayanlara göre daha yüksek bir oranda gebeliğin oluşmasını kolaylaştırmak için geleneksel uygulama yapılması gerektiğini belirttiği ortaya konmuştur ($p=0,001$). Ayrıca çalışmada eğitim düzeyi arttıkça gebeliğin oluşmasına yönelik geleneksel uygulama yapılması gerektiği düşüncesinin azaldığı belirlenmiştir ($p<0,001$).

Kadınların %33,7’si gebe iken bebeğin cinsiyetinin geleneksel yöntemlerle anlaşılabilirliğini belirtmiştir (Tablo 3). Tabloda yer alamamakla birlikte gebelikte cinsiyetin geleneksel yöntemlerle belirlenebileceğini düşünme ile gebenin yaşı, eğitim durumu, en uzun yaşadığı yer, çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Gebelikte bebeğin cinsiyetinin anlaşılabilirliğini ifade edenlerin %66,1’i “gebenin kalçası genişlerse kız, karnı sivrileşirse erkek” olacağını belirtmiştir. Diğer alınan cevaplar ise “4. aydan sonra erkek çocuk ise annenin beline yel girer”, “erken hareketlenen kız geç hareketlenen erkektir”, “gebe güzelleşirse erkek, çirkinleşirse kızdır”, “gebenin başından habersizce tuz dökülür burnunu kaşırsa erkek, yüzünü kaşırsa kızdır”, “gebenin ilk çocuğunun ensesindeki saçlar aşağıya doğru bakarsa şimdiki gebeliği kız, yukarı bakarsa erkektir”, “gebenin meme ucu siyahlaşırsa erkektir”, “bebek sağ tarafta yatıyorsa erkek, sol tarafta yatıyorsa kızdır”, “gebenin hamilelikte sancısı olursa kız olmazsa erkektir”, “gebe hamilelikte tatlı yerse erkek, ekşi yerse kızdır” şeklindedir (Tablo 3). Kadınların %92,2’si gebenin kanaması olursa

doktora gidilmesi gerektiğini belirtmiştir. Gebelikte ödem olursa ne yapılmalı sorusuna, kadınların %41,6’sı tuzsuz yemeli, %34,3’ü doktora gitmeli, %7,2’si ise gebelikte ödemin normal olduğunu düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 3).

Kadınlar %50,6’sı bir kadının ölü doğum yapma nedeni olarak “Allah’tandır” demiş, ölü doğum olmaması için %71,1’i doktora gitmeli, %10,8’i dua etmeli cevabını vermiştir (Tablo 3). Kadınların %45,2’si doğumun kolay olması için herhangi bir uygulama yaptığını belirtmiştir. Uygulama yapanların %73,3’ü yürüyüş yaptığını, %9,3’ü doğuma gitmeden banyo yaptığını ve %6,7’si dua ettiğini ifade etmiştir (Tablo 3).

Doğumu kolaylaştırıcı uygulama yapma ile gebenin yaşı, eğitim düzeyi ve en uzun yaşadığı yer arasında anlamlı bir farklılık olup, yaş azaldıkça, eğitim arttıkça kolaylaştırıcı yöntem uygulama oranı artmaktadır (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,001$). Bununla birlikte en uzun süre ilde yaşayanların en uzun süre köyde/kasabada ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek oranda doğumu kolaylaştırıcı herhangi bir uygulama yaptığı belirlenmiştir ($p=0,039$).

Kadınlar, şu ana kadar kullandıkları gebelikten korunma yöntemi sorusuna birden fazla cevap verilmiş olup, %50,6 RİA, %29,5 kondom, %17,4 hormonal yöntemler ve %10,8’i geri çekme yöntemlerini kullandıklarını belirtmiştir (Tablo 3). Katılımcıların %68,1’i “al basması” uygulamasını bildiğini ifade etmiştir. Albasmasını bilme durumu ile sosyo-demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Albasmasını bildiğini ifade edenlerin %70,9’u kadının rüyasında ya da gerçekte olağanüstü güçler (cinler, periler, al kızlar, karabasan) tarafından korkutulması olarak, %8,2’si lohusanın ateşlenmesine bağlı olarak yüzünün kızarması olarak, %3,6’sı kadının bu dönemde yalnız kalmasına bağlı hastalanması, %2,7’si lohusanın kanamasının olması, %2,7’si ise lohusanın halüsinasyon görmesi olarak tanımlamışlardır. Al basmasının bildiğini ifade eden kadınların bu durumdan korunmak için %24,8’i lohusanın yalnız bırakılmamasını, %23,9’u bebeğin ve annenin başucuna Kuran-ı Kerim konulmasını, %22,1’i anneye veya bebeğe kırmızı eşarp örtülmesini, %20,4’ü dua edilmesini, %11,5’i yanına erkek oturtulması ya da erkek kıyafeti konulmasını al basmasını önlemek için uyguladığını ifade etmiştir.

Tablo 3: Kadınların Gebelik Öncesi, Gebelik, Doğum ve Lohusalığa Yönelik Geleneksel Uygulamaları

Ölü doğum Nedeni	n	%
Allah'tandır	84	50,6
Hastalık vardır	70	42,2
Cin, peri işidir	4	2,4
Diğer	8	4,8
Ölü doğum olmaması için yapılması gerekenler		
Doktora gitmeli	118	71,1
Dua etmeli	18	10,8
Kendine dikkat etmeli	5	3,0
Hocaya gitmeli	3	1,8
Ebe, ayaklarından tavana asmalı	1	0,6
Düşük		
Yapan	72	43,4
Yapmayan	94	56,6
Düşük yapma şekli		
Kendi isteği ile sağlık merkezinde	38	52,8
Kendiliğinden isteği dışında evde	31	43,0
Kendi isteğiyle evde	3	4,2
Son doğumu yaptığı yer		
Ev	22	13,3
Sağlık kuruluşu	144	86,7
İnfertilite nedenleri		
Kadının sağlık problemi vardır	72	43,4
Allah'tandır	36	21,7
Eşinde veya kendisinde problem vardır	25	15,1
Bilmiyorum	23	13,8
Doğustandır	10	6,0
İnfertiliteye yönelik yapılacaklar		
Doktora gidilmeli	116	69,9
Bilmiyorum	27	16,2
Geleneksel uygulama	23	13,9
Gebeliğin oluşmasını kolaylaştırmak için		
Saman ile maydanozu kaynatıp üzerine oturmalı	4	17,4
Hocaya gitmeli	4	17,4
Soğan kabuğu kaynatıp içmeli	3	13,0
İlişkiden sonra hareketsiz kalmalı	3	13,0
Rahim kaldırma masajı yaptırılmalı	2	8,7
Belini çekirtmeli	2	8,7
Zöhrre ananın bahçesinden toprak alıp suyu içilmeli	2	8,7
İlişki sırasında kadın belini yukarı kaldırmalı	2	8,7
Bele sakız atmalı	1	4,4
Gebelikte kanama olursa		
Doktora gidilmeli	153	92,2
Ayaklar havaya kaldırılıp beklenmeli	4	2,4
Bilmiyorum	5	3,0
İstirahat etmeli	3	1,8
Kanamanın kesilmesi için 10 gün beklemeli	1	0,6
Gebelikte ödem olursa		
Tuzsuz yemeli	69	41,6
Doktora gitmeli	57	34,3
Gebelikte normaldir	12	7,3
Bol su içmeli	10	6,0
Yürüyüş yapmalı	8	4,8
Soğuk suyla yıkanmalı	4	2,4
Bilmiyorum	6	3,6
Doğumun kolay olması için		
Evet	75	45,2
Hayır	91	54,8

Doğumun kolay olması için yapılacaklar	n	%
Yürüyüş yapmak	55	73,3
Banyo yapmak	7	9,3
Dua etmek	5	6,7
Diğer*	8	10,7
Kullanılan aile planlaması yöntemleri**		
RIA	84	50,6
Kondom	49	29,5
Hormonal yöntemler	29	17,4
Geri çekme	18	10,8
Diğer***	5	3,0
Geleneksel yöntemle bebeğin cinsiyetini		
Belirlenebilir	56	33,7
Belirlenemez	110	66,3
Bebeğin cinsiyeti anlamak için		
Gebenin kalçası genişlerse kız, karnı sivrileşirse erkek	37	66,1
Hissederim	3	5,3
Erken hareketlenen kız geç hareketlenen erkektir	3	5,3
Gebe güzelleşirse erkek, çirkinleşirse kızdır	2	3,6
Ekşi yenirse kız, tatlı yenirse erkek	2	3,6
Kadının göğüsü siyahlaşırsa erkek	2	3,6
Önceki kız çocuğunun alınıdaki damar morsa erkek olur, erkekteki morsa kız olur	2	3,6
Diğer****	5	8,9
Albasmasını Bilme		
Biliyorum	113	68,1
Bilmiyorum	53	31,9
Albasmaları nedeni		
Kadını rüyasında ya da gerçekte olağanüstü güçlerin korkutulması	80	70,9
Lohusanın ateşlenmesine bağlı olarak yüzünün kızarması	9	8,2
Lohusanın yalnız kalmasına bağlı hastalanması	4	3,6
Lohusanın kanamasının olması	3	2,6
Lohusanın halüsinasyon görmesi	3	2,6
Lohusa kadın uyurken bebeğini almaya gelmeleri	3	2,6
Diğer*****	11	9,5
Al basmasından korunmak için**		
Lohusanın yalnız bırakılmaması	28	24,8
Bebeğin ve annenin başucuna Kuran-ı Kerim konulması	27	23,9
Anneye veya bebeğe kırmızı eşarp örtülmesi	25	22,1
Dua edilmesi	24	20,4
Lohusanın yanına erkek oturtulması ya da erkek kıyafeti konulması	13	11,5
Diğer*****	9	8,2
Kırk basmasını		
Biliyorum	90	54,2
Bilmiyorum	76	45,8
Kırk basması nedeni		
Lohusalıkta adetli kadımla karşılaşması	38	42,2
İki lohusanın bir araya gelmesi	23	25,6
Lohusayı cin çarpması	12	13,3
Lohusanın korkutulması	6	6,7
Diğer*****	11	12,2

*İncir yedim (1), Aç karnına zeytin yağı içtim (1), At arabasıyla gezdim (1), Lohusanın ayaklarının altına sıcak toprak konulur (2), Birinin sırtına bindirilip hızlıca yere bırakıldım (1), beslenmeme dikkat ettim (2) **Birden fazla cevap verilmiştir.***Tüplerin bağlanması (3), Dua etmeli (1), fitil (1) ****4. aydan sonra erkek çocuk ise annenin beline yel girer (1), Gebenin başından habersizce tuz dökülür burnunu kaşırsa erkek, yüzünü kaşırsa kızdır (1), Gebenin ilk çocuğunun ensesindeki saçlar aşağıya doğru bakarsa şimdiki gebeliği kız, yukarı bakarsa erkektir (1), Gebenin hamilelikte sancılı olursa kız olmazsa erkek (1), Bebek sağ tarafta yatıyorsa erkek, sol tarafta yatıyorsa kızdır (1). ***** Allahtan gelen bir hastalıktır (2), lohusanın kendi kafasında canlandırdığı bir şey (2), annenin yüzünün kızarması (2), lohusa kadında olan bir şey (2), lohusanın yanına adetli kadın gelmesi (2), gece lohusanın üzerinde at koşurulması ve at

koşturanların ona bağırması (1) ***** Hocalara sorarım (3), lohusa sağına yatıp uyumalı (2), banyo yapmalı (2), Soğana iğne batırılır (1), ebe elbisesinden bir parça koparıp yakılıp, lohusaya koklatılır (1) ***** Lohusalık sendromu (3), Lohusanın mezarının kırk gün açık olması (2), lohusanın evine cenaze evinden birinin gelmesi (2), Lohusanın yanına cenabet erkeğin gelmesi (2), çocuğun kırkının anneye geçmesidir (2)

Bir kadın ise “ebenin elbisesinden bir parça koparılıp, yakılıp, lohusaya koklatılmalı” cevabını vermiştir (Tablo 3).

Katılımcıların %54,2’si “kırk basması” uygulamasını bildiğini ifade etmiş olup, sosyo-demografik özelliklerle kırk basmasını bilme durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kırk basmasını bildiğini ifade edenlerin %42,2’si kadının doğum yaptıktan sonra 40. gün içerisinde adetli bir kadınla karşılaşmasını, %25,6’sı iki lohusanın bir araya gelmesini, %13,3’ü ise lohusayı cin çarpmasının kırk basmasına neden olacağını ifade etmişlerdir (Tablo 3). Kırk basmasından korunmak için yapılması gerekenlere %39,1’i bilmiyorum, %10,8 adetli kadın eve alınmamalı, %10,8’i iki lohusa bir araya gelmemeli, %6,7’si bebek ve anne 40 gün dışarı çıkmamalı, %5,6’sı iki lohusa bir araya gelmişse iğne değiştirmeli, %4,5’i ise lohusalık süresinde yalnız bırakılmamalı cevabını vermiştir.

Katılımcıların tamamının bebeğin düşen göbeği ile ilgili bir geleneksel uygulama yaptığı belirlenmiştir. Uygulama yaptığını söyleyenlerin %25,3’ü bebeğin göbeğini evde sakladığını, %12,7’si evinin bahçesine gömdüğünü, %12,7’si okul bahçesine gömdüğünü, %9,6’sı camiye gömdüğünü, %4,2’si Kuran-ı Kerim arasında sakladığını ifade etmiştir. Katılımcıların bir tanesinin verdiği cevap toplumsal cinsiyet rollerini yansıması açısından ilginç gelmiştir. Katılımcı, erkek çocuğunun göbeğini gezmeyi sevsin diye çatıya attığını, kız çocuğunun göbeğini ise ev kızı olsun diye evde sakladığını ifade etmiştir.

Bebek sarardığında ne yapılmalı sorusuna, katılımcılar birden fazla cevap vermiş olup %50’si doktora götürülmesi gerektiğini, %41’i sarı tülbent örtülebileceğini, %12’si altın takılabileceğini, %10,8’i sık emzirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bebeğin sarılığını geçirmek için yapılan uygulamalar için önerilen ilginç bir cevaba rastlanmıştır. Bir katılımcı bebeğin idrarından biraz alınıp süte katılıp bebeğe içirilmesi gerektiği cevabını vermiştir.

Yenidoğanın ilk beslenmesinde kadınların %91’i anne sütü, %5,4’ü mama, %1,8’i şerbet verdiğini ifade etmiştir. Kadınlara sütü arttırmak için yapılan uygulamalar sorulduğunda birden fazla cevap verilmiş olup en sık verilen cevaplar %52,8’si bol sıvı içmeli, %25,5’i tatlı şeyler yemeli (tatlı, hurma, pekmez, incir, kuru üzüm),

%21,1’i kuru soğan yemeli, %11,8’i hoşaf içmeli, %11,8’i yeşillik yemeli, %9,3’ü bulgur pilavı yemeli, %7,5’i şerbet içmeli ve %3,7’si anne banyo yapmalı, memeleri soğuk suyla yıkamalı cevaplarını vermiştir. Süt arttırmak için önerilen iki ilginç cevaba rastlanmıştır. Bir kişi “Arabistan’dan süt taşı getirilerek lohusanın boynuna asılması”, bir kişi de “kadının sırtı kuru fasulye ile ovulmalı” cevabını vermiştir.

Tartışma

Çalışma, gebelik, doğum, lohusalık ve infertiliteye ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalarını belirlemek amacıyla 166 kadınla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Çalışmada, kadınlar infertilite nedeninin sadece kadından kaynaklı olabileceğini, Allah tarafından verildiğini, hem kadından hem de eşinden kaynaklı olabileceğini belirtmişlerdir. Çakırcı ve Çalışkan (2010) çalışmalarında; kadınların %41,3’ü gebe kalamamanın nedeni olarak bir hastalık olduğunu, %30,4’ü Allah’tan olduğunu düşündüklerini belirlemişlerdir (12). Tüm infertil çiftlerin %30-40’ında erkek faktörüne bağlı olabileceği belirtilmesine (17) rağmen kadınların yarısına yakınının infertilite nedeni olarak sorunu sadece kadında aramaları, sadece erkekte problem olabileceğini belirten kadının bulunmaması toplumsal cinsiyet rolleri açısından ilginç bir bulgudur. Pek çok toplumda kadınlar fertilitate problemlerinden dolayı sorumlu tutulmalarına rağmen geleneksel kültürlerde kadının bu yükü daha ağır olmaktadır (18). Cserepes ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (2013), infertilite ile ilişkili olarak yaşanan stres, sosyal endişe ve genel sağlık problemleri kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda görüldüğünü, cinsiyet rol kavramlarının infertilitenin neden olduğu stresin öngörülmesinde güçlü rol oynayan faktörlerden biri olduğunu bildirilmektedir (19).

Çalışmada, infertilitenin tedavisinde kadınların çoğunluğu doktora gidilmesi gerektiğini ifade etmesine rağmen halen infertilitenin çözümünde geleneksel uygulamaların kullanıldığı da görülmektedir. Bu uygulamaların çoğu kadına yardımcı olamayacak hatta zarar verebilecek uygulamalardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların gebe kalmak için değişik oranlarda (%28,7-%71) geleneksel uygulamalara başvurduğu saptanmıştır. Bunlar, “belini çektirme”, “otu kaynatıp buharına

oturma”, “hocaya gitme”. “otlardan vajinal ovul yaparak vajene yerleştirme” gibi uygulamalardır (12,14).

Çalışmada, kadınların dörtte biri gebe iken bebeğin cinsiyetinin anlaşılabilceğini ifade etmişlerdir. Kadınların yarısından fazlası “gebenin kalçası genişlerse kız, karnı sivrileşirse erkek” olacağını belirtmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bebeğin cinsiyetini belirlemeye yönelik çeşitli geleneksel uygulamaların yapıldığı belirlenmiştir. Bunlar; gebenin oturabileceği bir minderin altına bıçak, diğer minderin altına makas konulması, bıçağın üstünde bulunan mindere oturursa erkek, makasın üzerindeki mindere oturursa kız çocuğu doğuracağına inanılması, gebe olan kadının canının ekşi isterse kız, tatlı isterse oğlan doğuracağına inanılmasıdır (20).

Çalışmada, bebeğin eşinin bazı kadınlar tarafından (plasentanın) toprağa gömüldüğü belirlenmiştir. Çakırer ve Çalışkan (2010) yaptıkları çalışmada da benzer sonuç ortaya konmuştur (12). Uygur Türklerinde de çocuğun plasentasının atılmadığı eve getirilerek gömüldüğü bildirilmektedir (21). Geleneksel uygulamalar yüzyıllardır süre gelen uygulamalardır. Doğumdan hemen sonra plasentanın toprağa gömülmesi olayının eski Türklerden günümüze kadar gelen bir halk geleneği olduğu belirtilmektedir (22).

Çalışmada kadınların doğumun kolay olması için yürüyüş yaptığı, doğuma gitmeden banyo yaptığı ve dua ettiği belirlenmiştir. Bu uygulamaların hepsi kadın için yararlı olabilecek uygulamalardır. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada doğum kolay olsun diye gebenin sıcak suyla yıkandığı belirlenmiştir (23).

Al basması, doğum sonrası kadına ve bebeğine musallat olduğuna inanılan korkunç bir yaratıktır. Al basması, ülkemizde çoğu kadın tarafından bilinmekte ve kabul görmektedir. Çalışmada da kadınların yarısından fazlasının “al basması” uygulamasını bildiği ve bunun sosyo demografik özellikler açısından farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bakır ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada kadınların eğitim durumları ile albasmasına inanma arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır (24) (p>0,05). Bu durum sosyo-kültürel özellikler ne olursa olsun geleneksel uygulamaların bilindiğini ve inanılsa da inanılmasa da bu uygulamalarla ilgili davranışların sergilenebileceğini göstermektedir. Çalışmada kadınların, albasmasından korunmak

için, pek çok uygulamaya başvurduğu belirlenmiştir. Bu uygulamaların kadını gerçekte puerperal enfeksiyon olan bu durumdan korumada çok etkili olmadığı görülmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda çalışmamıza benzer “kırmızı kurdele/tülbent veya kırmızı gecelik kullanma”; “iğne değiştirme”; “kırk gün kırk gece yalnız bırakılmama”, “adet görmekte olan ziyaretçi kabul etmeme”; “yanında muska veya Kuran-ı Kerim bulundurma” gibi uygulamaların yapıldığı belirlenmiştir (4,11,15). Albasmasına yönelik ülkemizde yapılan uygulamalar sağlık açısından doğrudan bir zararı olmayan uygulamalardır. Fakat, bu uygulamalar puerperal enfeksiyon ve dehidratasyon durumunda, kadını tedavi etmediği gibi, tedavisinin de geç kalmasına neden olabilir. Bu nedenle bu uygulamaların belirlenmesi ve kadınların al basmasının gerçek nedenleri konusunda bilgilendirilmesi önemlidir.

Toplumumuzda yaygın olarak inanılan ve önlem alınan diğer bir uygulama da “kırk basması”dır. Kırk basması denilen olgu, annenin ve bebeğinin doğumdan sonraki kırk gün içinde yakalanabileceği düşünülen rahatsızlıklar olarak tanımlanmaktadır (25). Çalışmada, katılımcıların yarısı “kırk basması” uygulamasını bildiğini ifade etmiştir. Çalışmada kırk basmasını bildiğini belirten kadınların neredeyse yarıya yakını, kırk basmasını lohusalık döneminde kadının veya bebeğinin adetli bir kadınla karşılaşması, dört biri ise bu dönemde iki lohusanın bir araya gelmesi olarak tanımlamışlardır. Bolçay (2011) çalışmasına katılanlar da iki lohusa kadının kırkları çıkmadan birbirlerine gidemeyeceklerini; giderlerse “kırk basacağını”, kırk basarsa çocuklardan birinin sakat ya da hasta olacağı, birinin yürür diğeri yürümez olacağını belirtmişlerdir (23). Çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada kırk basmasının adetli bir kadının loğusa ya da bebeği ile karşılaşması olarak tanımlanması ve kırk basmasının önlenmesinde ilk sırada lohusanın adetli bir kadınla yan yana gelmemesi gerektiğinin belirtmesi ilginç bir bulgudur. Toplumumuzda menstruasyona yönelik genel olarak olumsuz bir yaklaşım bulunmaktadır. “Kirlenmek” ya da “hastalanmak” kelimeleri genellikle kadınların menstrual dönemlerini tanımlamak için kullanılmaktadır (26). Bundan dolayı lohusanın veya bebeğinin kirliliği ve hasta olarak düşünülen bir kadınla karşılaşmasının sağlıklı olumsuz etkileyeceği düşünülebilir.

Türk anneleri bebeğin göbeği düştükten sonra göbeği atlamamakta ve kendileri için anlamı olan bir yerde saklamaktadırlar. Ayrıca, bebeğin göbeğini saklamak için yaptıkları uygulamanın bebeğin ileride nasıl bir insan olacağını etkilediğine inanmaktadırlar (27). Çalışmada kadınların neredeyse tamamının bebeğin düşen göbeği ile ilgili bir uygulama yaptığı belirlenmiştir. Benzer şekilde çalışmalarda, çocuklarının ileride dindar birisi olması için göbek kordonunu cami avlusuna gömdükleri, iyi bir eğitim almaları için okul bahçesine gömdükleri, doktor olmalarını istiyorlarsa tıp fakültesinin bahçesine gömdükleri, bazılarının da evine bağlı biri olması için evin bahçesine gömdükleri ya da evin içinde muhafaza ettikleri görülmüştür (4,27,28).

Çalışmada bebeğin sarılığınaya yönelik hem modern hem de geleneksel uygulamalar yapıldığı belirlenmiş olmasına rağmen hala önemli oranda geleneksel uygulamalara başvurulduğu saptanmıştır. Yenidoğan sarılığının önlenmesinde ve tedavisinde bebeğin sık sık emzirilmesi önemlidir. Fakat çalışmada kadınların yalnızca %10,8'i bebek sarardığında, bebeğin sık sık emzirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Çalışma bulgularına benzer şekilde yapılan farklı çalışmalarda da annelerin, bebeklerinin sarılık tedavileri için tıbbi olmayan tedavi yollarına başvurdukları, bebeklerinin sarılık olmamaları için altın taktıkları, sarı örtü örttüğü, bebeğe maden suyu içirdikleri belirlemişlerdir (3,15). Sarı tülbent örtme, altın takma gibi uygulamalar, bebeğin tanı ve tedavisini geciktirmediği sürece bebeğe herhangi bir zararı olmayan uygulamalardır. Annelerin bir sağlık kuruluşundan yardım ve öneri aldıktan sonra zararsız olan bu uygulamaları yapmalarında sakınca görülmemektedir. Fakat annelerin sarılığın önlenmesi ve tedavisinde anne sütü ve emzirmenin önemi konusunda bilinçlendirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada, kadınların büyük bir kısmı (%91) yenidoğanın ilk beslenmesinde anne sütü verdiklerini ifade etmiştir. Kadınların anne sütü arttırmak için önerdikleri uygulamalarda ilk sırada bol su içilmesini ikinci sırada ise tatlı şeyler yemesi gelmektedir. Bayram ve Deveci (2017) tarafından yapılan çalışmada kadınların %93,7'sinin, anne sütünü arttırmak için herhangi bir uygulama yaptığı belirlenmiştir. Bu çalışmaya

göre kadınların en yaygın yaptığı uygulamalar üzüm pekmezli yumurta tüketmek (%84), doğum sonrası karaciğer ve et ile beslenme (%82,2) ve doğum sonrası kadının tatlı ile beslenmesidir (%81,6) (29). Lohusalık döneminde ve emzirme döneminde doğru beslenme çok önemlidir. Jarrah ve Bond (2007) çalışmasında kadınların büyük bir çoğunluğunun doğru beslenmenin emzirmeyi etkilediğini belirttikleri ortaya konmuştur. Lohusalık ve emzirme döneminde kadınlar, beslenmenin önemini bilmesine rağmen, farklı beslenme kültürleri, kadının ailesel ve toplumsal baskıya maruz kalması, annelerin bebeklerinin yeterince beslenemediği kaygısına kapılarak gereğinden fazla gıda tüketmesi, postpartum dönemde obezite oluşumuna neden olmaktadır. Bununla birlikte gebelik döneminde ve sonrasında çevrelerinden sürekli yiyecek tüketmelerine yönelik tavsiye alanların %83,6'sının süt artırıcı besin kullandığı belirtilmektedir (30). Bu nedenle kadınlara doğru beslenme konusunda eğitim ve danışmanlık verilmelidir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular, geçmişte yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında uygulanan geleneksel uygulamaların görülme oranlarının azaldığını fakat hala devam ettiğini göstermektedir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin topluma yönelik halk eğitimlerinde geleneksel uygulama ve inanışların anne, fetus ve yenidoğan sağlığına olumsuz etkileri konusunda toplumun bilinçlendirilmesi önerilmektedir. Bakım verenlerin kadının kültürüne yönelik uygulamaları sorgulanması ve sağlığı olumsuz uygulamaların ortadan kaldırılması için danışmanlık hizmeti vermeleri önemlidir.

Kaynaklar

1. World Health Organization 2013, WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf, ISBN 978 92 4 150609 0, Printed in Hong Kong SAR: China; 2013.
2. Seviğ Ü, Tanrıverdi G. Kültürlerarası Hemşirelik. 1. Baskı. İstanbul: Akademi Yayıncılık. 2014. p. 24.

3. Sivri BB. 12 aylık bebeği olan annelerin anne-bebek bakımına ilişkin geleneksel uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2012.
4. Eğri G, Gölbaşı Z. 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6:313-20.
5. Kaewsarn P, Moyle W, Creedy D. Traditional postpartum practices among Thai women. J Adv Nurs. 2003;41(4): 358-366.
6. Tokur Kesgin M, Özcebe H. Türkiye’de çocuk bakımındaki geleneksel inanç ve uygulamalar. HÜTAD. 2004;1(1): 43-56.
7. Şenses M, Yıldızoğlu İ. Sekiz ayrı ildeki kaynana ve gelinlerin loğusalık ve çocuk bakımında geleneksel uygulamaları. Çocuk Forumu. 2002;5(2):44-48.
8. Çalışkan Z, Bayat M. Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: Bir Kapadokya örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;14:23-30.
9. Koyun A, Çamuroğlu, C, Korkmaz G, Menteşe N, Ocak F. Kadınların gebelik, doğum ve yenidoğan bakımına ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları. Aile ve Toplum Dergisi. 2010; 6:57-4.
10. Yalçın H. Gebelik, doğum, lohusalık ve bebek bakımına ilişkin geleneksel uygulamalar (Karaman örneği). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2012;55(1): 19-31.
11. Biltekin Ö, Boran ÖD, Denkli MD, Yalçınkaya S. Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 aylık bebeği olan annelerin doğum öncesi dönem ve bebek bakımında geleneksel uygulamaları. STED. 2004;13:166-7.
12. Çakırer N, Çalışkan Işık Z. Nevşehir İli Ağılı Köyünde gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010;9:343-8.
13. Geçkil E, Şahin T, Ege E. Traditional postpartum practices of women and infant and the factors influencing such practices in South Eastern Turkey. Midwifery. 2009;25:62-71.
14. Engin R, Pasinlioğlu T. Erzurum ve yöresinde infertil kadınların infertilite ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamaları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002;5(1):1-10.
15. Işık T, Akçınar M, Kadioğlu S. Mersin ilinde gebelik, doğum ve loğusalık dönemlerinde anneye ve yenidoğana yönelik geleneksel uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2010;7:63-4.
16. Uğurlu ES, Başbakkal Z, Dayılar H, Çoban V, Ada Z. Ödemiş’te bulunan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2 (3): 342-360.
17. Yumru AE, Öndeş B. İnfertil çifte yaklaşım ve in vitro fertilizasyon’a doğru hasta seçimi. JAREM. 2011;1: 57-60.
18. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012;3(2):80-85.
19. Cserepes RE, Kollár J, Tamás S, Wischmann T, Bugán A. Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. Arch Gynecol Obstet. 2013;288(4):925-932.
20. Erbil N, Sağlam G. Gebelikte bebeğin cinsiyetini belirleme ve tahmin etmeye ilişkin geleneksel inanç, uygulamalar ve bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2010;7(1): 347-359.
21. Öger U. Uygur Türklerinin doğum adetleri. Turkish Studies. International Periodical For The Languages, Literature

- and History of Turkish or Turkic. 2012;7(1):1679-1694.
22. Artun E. “Çukurova Konar-Göçer Türkmenlerinin Halk Kültürlerinde Eski Türk İnançlarının İzleri”, Halk Kültürü Araştırmaları, Kitabevi, İstanbul. 2008. http://turkoloji.cu.edu.tr/HALKBILIM/artun_konar_gocer.pdf
 23. Bolçay E. Erzurum’da doğum öncesi, doğum sonrası ve çocukluk dönemiyle alakalı gelenekler. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2011;19(2):587-600.
 24. Bakır E, İnci H, Alan S, Gökyıldız Ş, Elmas E. Adana’da albasması inancı ve geleneksel uygulamalar. Lokman Hekim Journal. 2011;1 (1): 13-18.
 25. Karaaslan M. Türklerinde doğum çevresinde gelişen inanç ve pratikler. Turkish Studies-International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic. 2011;6(3):1435-1448.
 26. Gölbaşı Z, Doğaner G, Erbaş N. 6-8. sınıf adolesan kızlara akran eğitimi yöntemiyle uygulanan menstruasyon sağlığı eğitiminin bilgi ve davranışlar üzerindeki etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(2):191-198.
 27. Sivri BB, Karataş N. Toplumun kültürel yönü: Doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar ve dünyadan örnekler. J Curr Pediatr. 2015;13:183-93.
 28. Özsoy SA, Katabi VA. Comparison of traditional practices used in pregnancy, labour and the postpartum period among women in Turkey and Iran. Midwifery. 2008;24:291-300.
 29. Bayram V, Deveci SE. The evaluation of the known and/or applied traditional methods in mother care during postpartum period among married women living in Kızıltepe, Mardin Province. Fırat Tıp Dergisi. 2017;22(1):34-42.
 30. Jarrah S, Bond AE. Jordanian women's postpartum beliefs: an exploratory study. Int J Nurs Pract. 2007;13(5):289-95.

Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Kas İskelet Sistemi Problemleri ile Fiziksel Aktivite ve Stres Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Investigation of Relationship among Musculoskeletal System Problems, Physical Activity and Stress Level in the Students of Faculty of Health Sciences

Sevgi ÖZDİNÇ¹, Fatma Nesrin TURAN²

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören öğrencilerde, kas iskelet sistemi problemlerinin günlük bilgisayar ve cep telefonu kullanım süreleri, algılanan stres ve fiziksel aktivite düzeyi ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bir devlet üniversitesinin sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri, bölüm, sınıf ve cinsiyete göre tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak gönüllülük esasıyla araştırmaya alındı.

Araştırmada, demografik bilgileri sorgulayan bir anket formu, kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının değerlendirilmesinde Cornell Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Anketi (CKİSRA), fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesinde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi- Kısa Formu (UFAA-KF), stresin değerlendirilmesinde Algılanan Stres Ölçeği-14i kullanıldı. Kas iskelet sistemi rahatsızlıkları ile değişkenler arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Araştırmaya 106 öğrenci katıldı. Yaş ortalaması 20,59±1,67 (18-24) yıl idi. Cep telefonu kullanım süresi günde 4.01 saat, bilgisayar kullanım süresi 1,79, uyku süresi 7,37, oturma süresi, 5,28 saat olarak tespit edildi. Algılanan stres puanı 18,28/56 idi. Toplam CKİSRA sonucu ile ilişkili tek değişken cep telefonu kullanma süresi olarak tespit edildi ($r=0,48$ $p<0,001$).

Sonuç: Bu araştırmanın sonuçları, günlük cep telefonu kullanım süresi ile kas iskelet sistemi rahatsızlıkları arasında bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır. Cep telefonu, bilgisayar, tablet bilgisayar gibi günümüzün vazgeçilmez cihazlarının kullanımına yönelik riskler, doğru postürel alışkanlıklar ve fiziksel aktivitenin hayatın içine katılmasına yönelik bilgilendirme ve fiziksel eğitim programlarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Fiziksel Aktivite, Kas iskelet Sistemi Ağrısı, Postür

ABSTRACT

Purpose: In this study, it was aimed to investigate the relationship between musculoskeletal system problems, daily computer and mobile phone use time, perceived stress and physical activity level in students of health sciences faculties.

Materials and Methods: A state university health sciences faculty has been voluntarily involved in the research using stratified sampling by department, class, and gender.

In the study, a questionnaire form was used which demographic information. The Cornell Musculoskeletal System Discomfort Questionnaire (CMSDQ) was used for the assessment of musculoskeletal system problems, the International Physical Activity Questionnaire-Short Form (IPAC-SF) was used for physical activity level, and the Perceived Stress Scale-14 was used for assessment of stress. The relationship between musculoskeletal disorders and variables was investigated.

Results: One hundred-six students participated in the research. The mean age was 20.59 ± 1.67 (18-24) years. The duration of mobile phone usage was determined as 4.01 hours per day, 1.79 hours of computer use, 7.37 hours of sleep, time of sitting, 5.28 hours. The perceived stress score is 18.28 / 56. The only variable associated with the total CMSDQ score was found to be the duration of mobile phone use ($r = 0.48$, $p<0.001$).

Conclusion: The results of this study emphasize that there is a relationship between the duration of daily mobile phone use and musculoskeletal disorders. It is believed that there is a need for information and physical education programs to integrate the risks of today's indispensable devices such as mobile phones, computers, iPads, correct postural habits and physical activity into the lives.

Keywords: Musculoskeletal Pain, Physical Activity, Posture

Geliş Tarihi/Received: 18.06.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 26.02.2019

¹Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü. <https://orcid.org/0000-0003-2655-4338>

²Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-1794-2585>

Sorumlu yazar /correspondence: Sevgi ÖZDİNÇ, Dr. Öğretim Üyesi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, e-mail:sevgiozdinc@yahoo.com

Giriş

Kas iskelet sistemi problemleri (KİSP) kas, tendon, ligament, sinir, kemik ve eklemleri etkileyebilen inflamatuvar ve dejeneratif durumları kapsamaktadır. KİSP tüm dünyada yaygınlığı giderek artan majör halk sağlığı problemlerinden birisidir (1, 2). Kronik KİSP dizabiliteye neden olmanın yanında, depresyon, obesite, kanser, kardiyovasküler problemlere de yol açarak erken ölüm riskini arttırmaktadır (3). Kadın cinsiyet, obesite, stres, mesleki zorlanmalar, sedanter yaşam tarzı, sigara alışkanlığı, psikosomatik davranış bozuklukları risk faktörleri arasında sayılmaktadır (4-8). Prevalans, yaşlılarda daha yüksek olmasına rağmen özellikle inaktivite, obesite, bilgisayar ve cep telefonu gibi cihazlarla geçirilen uzun süreler nedeniyle, gençlerde hatta çocuklarda giderek artmaktadır (5, 9). Uyku kalitesinin de kas iskelet sistemi ağrıları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (10). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, uyku kalitesi ve algılanan sters düzeyinin, temporomandibular eklem bozuklukları için prediktif faktör olduğu belirtilmektedir (11). Son yıllarda dokunmatik ekranlı akıllı telefonların hayatımıza girmesi ve sunduğu cazip seçenekler nedeniyle, kullanıcıların kifotik sırt postürü ile baş fleksiyonda uzun süre sabitlenmelerine yol açmaktadır (12, 13). Akıllı telefonların mesajlaşma, oyun, müzik, video gibi çok fonksiyonlu özellikleri, gençlerin bu telekomünikasyon cihazlarını bağımlılık düzeyinde kullanmalarına neden olmaktadır (14, 15). Dokunmatik ekran bir telefon, tablet bilgisayar veya klavyeli bir bilgisayar başında geçirilen uzun süreler fiziksel aktivite düzeyini azaltarak, kötü postürde sabitlenme ve nispeten küçük bir alanda tekrarlayıcı hareketlere yol açmaktadır. Bu da, genç ve çocuklarda kas iskelet sistemi problemlerinin yaygınlaşması ile ilişkili olabilir (14). Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, % 64 'ünün yetersiz fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu bildirilmektedir (16). Adölesanlarda yapılan bir başka çalışmada, günde 3 saatten fazla cep telefonu kullananlarda, bir saatten az kullananlara oranla 4,23 kat, üst sırt rahatsızlığı yaşama riski olduğu bildirilmektedir (17). Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise, cep telefonu kullanımı ile kas iskelet sistemi problemleri arasında ilişki olduğu, kullanım sonrası yakınmanın boyun ve omuz bölgelerinde yoğunlaştığı, ekranın boyutu ile sırt

ağrısı arasında ilişki varlığı bildirilmektedir (18). Cep telefonu bağımlılığı olan ve olmayan gençlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, bağımlılığı olanlarda servikal hareketliliğin azaldığı ve temporomandibular rahatsızlık oranının daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (19).

Yukarıda sıraladığımız mekanik faktörlerin öncelikle, boyun, el, sırt ve üst ekstremiteleri etkilemesini beklenmekle birlikte uzun süreli inaktivite ve uygunsuz postürün, alt ekstremitte eklemlerini de etkileyebileceği öngörülmektedir. Mevcut araştırma bu bilgilerin temelinde, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde, kas iskelet sistemi problemlerinin, bilgisayar ve cep telefonu kullanımı, algılanan stress ve fiziksel aktivite düzeyi ile olan ilişkisinin araştırılmasını amaçlamaktadır.

Yöntem

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF) öğrencileri bölüm, sınıf ve cinsiyete göre tabakalı örnekleme yöntemi ve gönüllülük esasıyla araştırmaya katılmak için seçildi.

Çalışmaya katılım için, 18 yaş üstü olmak ve kas iskelet sisteminde ağrı oluşturabilecek bilinen bir hastalık veya yaralanmaya sahip olmama kriterleri arandı.

Anket formunda, bilgisayar ve cep telefonu ile harcadıkları süre, günlük ortalama uyku süreleri, ders dinlemek için akıllı tahta karşısında ne kadar oturdukları ve demografik bilgileri sorgulandı.

Kas iskelet sistemi problemlerinin değerlendirilmesi için Cornell Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Anketi (CKİSRA), fiziksel aktivite düzeyi için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formun'un (UFAA-KF) Türkçe versiyonu, stresin değerlendirilmesi için Algılanan Stres Ölçeği -14 (ASÖ-14)'ün Türkçe versiyonu kullanıldı.

Örneklem Büyüklüğü

Cep telefonu kullanımı ile CKİSRA arasında her bir vücut bölümü için 0,30'luk bir ilişki olabileceği varsayılarak 0,05 yanılma olasılığı ve % 90 güç ile 112 olgunun alınması gerektiği MedCalc 14.12.0 Ostend Belgium istatistiksel yazılım programı ile hesaplandı. Ancak olguların 106'sına ulaşılabildi.

Cornell Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Anketi

Anket çeşitli vücut bölgelerindeki KİSP'nin sıklığını, şiddetini ve iş yeteneğine engel olup olmadığını sorgulamaktadır. Sonucun yüksek olması KİSP'nin arttığını göstermektedir. Katılımcılardan ankette vücut üzerinde gösterilen farklı ağrı bölgesini ya da bölgelerini işaretlemesi istenmektedir. Son bir hafta içerisinde ne sıklıkla ağrı hissettiği 5'li likert ölçeği ile (1-Hiç hissetmedim, 2-Bir iki kez hissettim, 3- Üç dört kez hissettim, 4-Hergün bir kez hissettim, 5-Hergün birçok kez hissettim), ağrı şiddeti 3'lü likert ölçeği ile (1-Hafif şiddetli, 2-Orta şiddetli, 3-Çok şiddetli) ve çalışmasına engel olup olmadığı 3'lü likert ölçeği ile (1-Hiç engel olmadı, 2-Biraz engel oldu, 3-Çok engel oldu) araştırılmaktadır. Anket sonucunda puanlama sistemine göre her bir bölge için 0-90 puan alınmaktadır. Erdinç ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe'ye adaptasyonu ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (20, 21).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

Uzun ve kısa formu mevcuttur. On iki farklı ülkede geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kabul edilmiştir. Bu anket, bireylerin son yedi gün içerisindeki fiziksel aktivite düzeylerini şiddetli aktiviteler, orta şiddetli aktiviteler, yürüme ve oturma gibi dört bölümde değerlendirir. Toplam puan hesaplanırken, aktivitelerin yapılma süresi (dk) ve yapılma frekansı (gün sayısı) çarpıldığında olguların haftalık MET-dk/hafta puanları elde edilir. Buna göre, bireyler inaktif, minimal aktif ve yüksek (yeterli) aktivite düzeyine sahip olarak sınıflandırılır (22, 23).

Algılanan Stres Ölçeği

Toplam 14 maddeden oluşan ASO kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi "hiçbir zaman (0)" ile "çok sık (4)" arasında değerlendirir. Beşli Likert tipi bir ölçektir. Toplam puan 0-56 aralığındadır. Yüksek puan algılanan stresin fazla olduğunu göstermektedir. Türkçe versiyonu Eskin ve arkadaşları tarafından çalışılmıştır (24).

Etik Prosedür

Bu çalışma için bilgilendirme yapıldı ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan izin alındı. Etik kurul numarası TÜTF-BAEK 2017-88 dir.

İstatistik

Veriler SPSS 19.0 istatistik programı (SPSS Inc, Armonk, NY, USA) ile analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile araştırıldı. Tanımlayıcı istatistiklerden; ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maximum değerleri verildi. İlişkinin araştırılmasında Spearman Rho testi kullanıldı. Anlamlılık sınırı 0,05 olarak kabul edildi.

Korelasyon katsayısına göre ilişki düzeyleri; 0,90-1,00 arasında ise çok güçlü 0,7-0,89 arası güçlü, 0,69-0,5 arası orta, 0,49-0,26 arasında zayıf, 0,25-0,00 arasında ise çok zayıf düzeyde olarak kabul edildi (25).

Bulgular

Araştırmaya 106 öğrenci katıldı. Katılımcıların 81'i kadın, 25'i erkekti. Örneklem grubunun 25 (%23,6)'sı fizyoterapi ve rehabilitasyon, 15 (%14,2)'si beslenme ve diyetetik, 49 (% 46,2) 'si hemşirelik, 17 (%16)'sı sağlık yönetimi bölümlerinden oluşmaktaydı. Yaş ortalaması 20,59±1,67 (18-24) yıl idi. Cep telefonu kullanım süresi günde 4,01 saat, bilgisayar kullanım süresi 1,79, uyku süresi 7,37, oturma süresi, 5,28 saattir. Algılanan stres puanı 18,28/56 idi. Tanımlayıcı istatistiklerin ayrıntıları Tablo 1' de gösterilmektedir. Bel, sırt ve boyun, kas iskelet sistemi rahatsızlığı açısından sırasıyla en yüksek puana sahip vücut bölümleri olarak tespit edildi. Cornell kas iskelet sistemi rahatsızlık sonuçları Tablo 2' de gösterilmektedir. Toplam CKİSRA sonucu ile ilişkili tek değişken cep telefonu kullanma süresi olarak tespit edildi(p<0,001).

Boyun ve sağ omuz dışındaki tüm bölgelerde kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının cep telefonu kullanım süresi ile ilişkili olduğu bulundu (p<0,005). Ancak bu ilişkilerin zayıf ve çok zayıf arasında değiştiği tespit edildi. CKİSRA ile cep telefonu ve bilgisayar kullanım süresi ve fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki sonuçları tablo 3'te gösterilmektedir.

CKİSRA ile algılanan stres ve uyku süresi arasındaki ilişki sonuçları tablo 4'te gösterilmektedir. Algılanan stres düzeyi ile cep telefonu ve bilgisayar kullanım süresi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamışken (p>0,05), fiziksel aktivite düzeyi ile negatif yönde zayıf ilişki tespit edildi (r=-0,265, p=0,008).

Tablo 1: Sosyodemografik ve Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler		Ortalama±Standart Sapma (Minimum-Maximum)	N	%
Yaş (yıl)		20,59±1,67 (18-24)		
Cinsiyet	Kadın		81	76,4
	Erkek		25	23,6
Sigara	Evet		31	32,0
	Hayır		62	63,9
	Bıraktım		4	4,1
Cep Tel Sür/Gün (Saat)		4,01±2,47 (0,6-11,50)		
Bilg Kul Sür/Gün (Saat)		1,79±1,65 (0,00-10,00)		
Akıllı Tahta Sür/Gün (Saat)		3,07±3,34 (0,00-7,00)		
Cep tel+Bilgisayar Kul Sür/Gün (Saat)		5,72±3,30 (1,00-18,00)		
Uyku süresi (Saat)		7,37±1,45 (1,00-10,00)		
Oturma Süresi /Gün (Saat)		5,28±3,20 (0,00-18,00)		
Algılanan Stres Toplam Puan		18,28±4,54 (8,00-33,00)		
UAFAA-KF (MET-dk/hafta)	İnaktif	737,45±1260,67 (00,00-7200,00)	66	66,7
	Min.Fiz Ak		26	28,2
	Yük.Fiz.Ak		5	5,1

UAFAA-KF: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi- Kısa Formu

Cep Tel Sür/Gün: Günde cep telefonu kullanım süresi

Bilgisayar Kul Sür/Gün: Günde bilgisayar kullanım süresi

Akıllı Tahta Sür/Gün: Günde akıllı tahtada ders dinleme süresi

MET: Metabolik eşdeğer-dakika/hafta

Tartışma

Epidemiyolojik çalışmalar, kas iskelet sisteminden kaynaklanan ağrıların tün dünyada en önemli dizabilite sebeplerinden olduğunu vurgulamaktadır (3). Bu sonuç yaşlanan dünya nüfusu ile ilişkilendirilebileceği gibi, teknolojik gelişmelerin bireyleri fiziksel aktiviteden uzaklaştırması ile de ilişkilendirilebilir. Otomobil sahibi olmanın nispeten artması ile başlayan süreçte, cep telefonu, internet, bilgisayar gibi teknolojilerin yaygınlaşması fiziksel aktiviteyi kısıtlamaktadır. Zamanın değerli olduğu günümüzde, iletişim, bankacılık, alışveriş gibi sunduğu imkanlar ile kişilerin zaman yönetimini ve hayatını kolaylaştırmakta ancak, fiziksel aktiviteden uzaklaştırmaktadır (26). Bu cihazların

gençler, hatta çocuklar tarafından telekomünikasyon amacı dışında oyun, internet, araştırma gibi gerekli veya gereksiz, uzun süreli, hatta bağımlılık düzeyinde kullanımları yaygındır (26). Sabit ve genellikle kötü bir postürde, küçük bir alanda üst ekstremite ve elin uzun süreli tekrarlı hareketleri ile gerçekleşen kullanımların, birçok vücut sisteminde (baş ağrısı, uyku bozukluğu ve yorgunluk) ve kas iskelet sisteminde problemlere yol açması kaçınılmazdır (27).

Bu çalışmada günlük cep telefonu kullanım süresi 4.01 saat, bilgisayar kullanım süresi ise 1,79 saat olarak tespit edildi. Kanada'da yapılan 137 fakülte öğrenci ve görevlisi ile yapılan bir çalışmada günlük mobil telefon kullanım süresi

Tablo 3: Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları ile İle Cep Telefonu Ve Bilgisayar Kullanım Süresi Ve Fiziksel Aktivite Düzeyi Arasındaki İlişki

	Cep Tel Süresi		Fiziksel Aktivite		Bilgisayar Kullanım Süresi	
	r	p	r	p	r	p
Boyun	0,03	0,69	-0,08	0,43	-0,08	0,40
Sağ Omuz	0,18	0,11	0,14	0,22	-0,17	0,17
Sol Omuz	0,28*	0,01	0,09	0,42	-0,07	0,52
Sırt	0,25*	0,02	0,09	0,40	-0,13	0,26
Sağ Kol	0,26**	p<0,001	0,03	0,73	0,10	0,29
Sol Kol	0,30**	p<0,001	0,09	0,38	0,00	0,96
Bel	0,29**	p<0,001	-0,03	0,74	-0,02	0,78
Sağ Önkol	0,45**	p<0,001	0,01	0,85	0,18	0,07
Sol Önkol	0,45**	p<0,001	0,07	0,56	0,36**	p<0,01
Sağ El Bilek	0,30**	p<0,001	-0,12	0,23	0,17	0,09
Sol El Bilek	0,30**	p<0,001	-0,14	0,17	0,32**	p<0,001
Kalça	0,29**	p<0,001	0,14	0,16	0,14	0,15
Sağ Uyluk	0,35**	p<0,001	-0,07	0,48	0,07	0,48
Sol Uyluk	0,22*	0,02	-0,03	0,75	0,13	0,19
Sağ Diz	0,35**	p<0,001	0,14	0,16	0,23*	0,02
Sol Diz	0,28**	p<0,001	-0,08	0,44	0,12	0,21
Sağ Bacak	0,37**	p<0,001	-0,03	0,76	0,09	0,33
Sol Bacak	0,38**	p<0,001	-0,02	0,80	0,11	0,27
Sağ Ayak	0,40**	p<0,001	0,03	0,71	0,13	0,19
Sol Ayak	0,46**	p<0,001	-0,07	0,46	0,10	0,32
Toplam CKİSRA	0,48**	p<0,001	0,21	0,10	0,02	0,88

Spearman Rho korelasyon analizi

*: korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı.**: korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı.

CKİSRA (Cornel Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Anketi)

Tablo 2: Cornel Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Anket Sonuçları

	Minimum	Maximum	Ortanca		Minimum	Maximum	Ortanca
Boyun	0,00	90,00	0,00	Kalça	0,00	60,00	0,00
Sağ Omuz	0,00	21,00	0,00	Sağ Uyluk	0,00	52,00	0,00
Sol Omuz	0,00	90,00	0,00	Sol Uyluk	0,00	21,00	0,00
Sırt	0,00	60,00	1,50	Sağ Diz	0,00	60,00	0,00
Sağ Kol	0,00	20,00	0,00	Sol Diz	0,00	21,00	0,00
Sol Kol	0,00	15,00	0,00	Sağ Bacak	0,00	31,50	0,00
Bel	0,00	90,00	0,00	Sol Bacak	0,00	20,00	0,00
Sağ Önkol	0,00	90,00	0,00	Sağ Ayak	0,00	60,00	0,00
Sol Önkol	0,00	10,00	0,00	Sol Ayak	0,00	90,00	0,00
Sağ Elbileği	0,00	40,00	0,00	Toplam CKİSRA	0,00	199,50	12,00
Sol Elbileği	0,00	20,00	0,00				

CKİSRA (Cornel Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Anketi)

Tablo 4: Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları ile Uyku Süresi ve Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişki

	Uyku Süresi		Algılanan Stres	
	r	p	r	p
Boyun	-0,11	0,24	0,17	0,07
Sağ Omuz	0,15	0,20	0,17	0,13
Sol Omuz	0,17	0,15	0,10	0,39
Sırt	0,07	0,53	0,04	0,70
Sağ Kol	0,29*	p<0,001	0,07	0,44
Sol Kol	0,22*	0,02	0,00	0,96
Bel	-0,05	0,61	0,12	0,19
Sağ Önkol	0,11	0,26	-0,13	0,18
Sol Önkol	0,37**	p<0,001	-0,18	0,15
Sağ El Bilek	0,15	0,11	0,10	0,27
Sol El Bilek	0,14	0,15	0,02	0,77
Kalça	0,19*	0,04	-0,20*	0,04
Sağ Uyluk	0,26	p<0,001	-0,03	0,71
Sol Uyluk	0,17	0,08	0,02	0,79
Sağ Diz	0,23*	0,01	-0,00	0,97
Sol Diz	0,11	0,25	0,70	0,49
Sağ Bacak	0,23*	0,02	-0,01	0,90
Sol Bacak	0,20*	0,04	-0,03	0,71
Sağ Ayak	0,12	0,20	-0,05	0,61
Sol Ayak	0,11	0,25	0,04	0,62
Toplam CKİSRA	0,16	0,22	0,10	0,40

Spearman Rho korelasyon analizi

*: korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı. **: korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı.

CKİSRA: Cornel Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Anketi

4,65 saat olarak bulunmuştur ki bu iki sonuç oldukça benzerdir (14). Yapılan bir diğer araştırmada günde 3 saatten fazla cep telefonu kullananlarda bir saatten az kullananlara göre 4,23 kat üst sırt rahatsızlığı yaşama riski olduğu, cep telefonu ile konuşma süresinin, üst sırt rahatsızlıkları açısından prediktör olduğu bildirilmektedir (17). Bu araştırmanın sonuçları, genç bireylerde cep telefonu kullanım süresi ile kas iskelet sistemi problemleri arasında zayıf düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Cep telefonu kullanım süresinin, boyun ve sağ omuz dışındaki tüm vücut bölgeleri ile ilişkili olduğu saptandı. Konuya ilişkin yapılmış çalışmaların çoğunluğunda; ekranı görmek için artmış boyun fleksiyonu ile sabitlenmiş postürde uzun süre kalmanın boyun problemlerine yol açtığından bahsedilmektedir (12-15). Literatürde, öne fleksiyon postürünün boyun ekstansörlerinin ve çevresindeki konnektif dokunun aşırı yüklenmesine yol açması nedeniyle boyun problemlerine yol açtığı ileri sürülmektedir. Hatta cep telefonlarında mesajlaşma ve oyun gibi aktivitelerin servikal erekte ve trapezin üst parçasında artmış kas aktivitesine neden olduğu EMG çalışmalarıyla gösterilmiştir (28). Üst ekstremitenin tekrarlı ve aşırı kullanımına bağlı olarak tüm üst ekstremitelerde rahatsızlıkları, cep telefonu kullanım süresi ile ilişkili bulunduğu bildirilmektedir. Daha önceki çalışmalarda mobil cep telefonlarının dizüstü ve tablet bilgisayar ekranlarına göre nispeten daha küçük olması nedeni ile kas iskelet sistemi problemleri açısından daha fazla risk taşıdığı bildirilmektedir (9). Bu çalışmanın sonuçları da bu bildiri desteklemektedir. Sırt, kalça ve alt ekstremitelerde rahatsızlıklarının ise inaktivite ve uygunsuz postürde uzun süre sabitlenmekten kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada bilgisayar kullanım süresi ile sadece sol ön kol ve el bileği rahatsızlıkları ilişkili bulundu. Ayrıca cep telefonlarının sürekli yanında taşınması ve çok fonksiyonlu özelliği, kullanım cazibesini arttırarak daha uzun süre kullanılmalarına yol açmaktadır. Bu özelliği ile cep telefonları özellikle de akıllı telefonlar, bilgisayara oranla kas iskelet sistemi problemi açısından daha büyük risk taşımaktadır. Bu araştırmada, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde en fazla bel, sırt ve boyun bölgelerinde rahatsızlık hissedildiği tespit edildi.

Yapılan birçok çalışmada bel ağrısının en yaygın kas iskelet sistemi problemi olduğu bildirilmektedir (29, 30). Kas iskelet sistemi problemlerine neden olan riskler arasında mesleki yüklenmeler de yer almaktadır ki farklı mesleklerde farklılaşan uğraş ve yüklenmeye bağlı olarak farklı vücut bölümleri etkilenebilmektedir. Yapılan çalışmalarda eğitimin içinde yer alan öğretmen, akademisyen ve öğrencilerde boyun ve sırt ağrısı en yaygın ağrı bölgeleri olarak bildirilmektedir (10, 20, 30).

Bu çalışmada algılanan stres ile cep telefonu ve bilgisayar kullanımı arasında ilişki tespit edilmezken, fiziksel aktivite düzeyi ile algılanan stres arasında negatif yönde ilişki tespit edildi. Algılanan stres arttıkça fiziksel aktivite düzeyi azalmaktadır. Bir diğer çalışmada ise, depresyon düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif ilişki olduğu, yani fiziksel aktivite arttıkça depresyonun azaldığı bildirilmektedir (16, 31). Benzer şekilde bu çalışmada da, fiziksel aktivite arttıkça algılanan stres azalmaktadır. Fiziksel aktivite düzeyinin, genel ortalama açısından minimal (yetersiz) düzeyde olduğunu, öğrencilerin çoğunluğunun (% 66,7) inaktif olduğunu da vurgulamak isteriz.

Ülkemizde, 455 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, aynı yöntemle değerlendirilen fiziksel aktivite düzeyi, % 64 'ünde yetersiz olarak bildirilmektedir ki mevcut çalışma ile bu sonuç oldukça benzerdir (16).

Yapılan bir çalışmada, akıllı telefon bağımlılığı arttıkça, bozulmuş postüral proprioseptif duyu ve doğru postürün yeniden sağlanmasında yetersizlik bulunduğu bildirilmektedir. Bu nedenle cep telefonu bağımlılığı ile ilişkili kas iskelet sistemi problemlerinin, sosyal biliş, müdahale ve doğru postür hakkında fiziksel eğitim ile çözümlenebileceği vurgulanmaktadır (32).

Sonuç

Ebeveyn, öğretmen ve sağlık profesyonellerinin, konuya ilişkin farkındalıklarının arttırılmasında yarar vardır. Çocukluk çağından itibaren fiziksel sağlık ve fiziksel aktivite eğitim programlarının, milli eğitim programları çerçevesine alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Görev tanımları içinde fiziksel sağlığın korunması ve iyileştirilmesi olan fizyoterapistlerin, koruyucu fizyoterapi çalışmalarında, uzun süre cep telefonu ve/veya

bilgisayar, tablet bilgisayar gibi kişiyi inaktif kılan ve uygunsuz postürde uzun süre sabitlenmeye yol açan bu cihazların kullanımına ilişkin, bilgilendirme ve fiziksel eğitim programlarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Toplum sağlığını koruyucu ve önleyici yaklaşımlar çerçevesinde fizyoterapistlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev almasının ne kadar değerli ve gerekli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Çocuk ve genç yaşlarda kas iskelet sistemi problemlerini önlemeye yönelik yapılacak düzenleme ve eğitim programları, yetişkin ve ileri yaşlardaki prevalansın azaltılmasında etkin olacaktır. Bu çalışmada öğrencilerin tamamına ulaşılabilmesi nedeniyle, hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşılabilmesi ve tek bir üniversite ile sınırlı kalması, araştırmanın limitasyonlarını oluşturmaktaydı. Konuya ilişkin, daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak araştırmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz. Bu konunun toplum sağlığı açısından güncel ve önemli olduğunu düşündüğümüzden, eğitimin etkinliği gibi, konuyu farklı yönleriyle irdeleyen araştırmaların da yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Teşekkür: Bu çalışmanın veri toplama işlemine katkı veren Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü son sınıf öğrencilerinden Eyüp Doğan, Muhammed Bahçe, Mehmet Can Tarım ve Mustafa Uçar'a teşekkür etmek isteriz.

Kaynaklar

1. Telfer S, Obradovich N. Local weather is associated with rates of online searches for musculoskeletal pain symptoms. *PloS one*. 2017;12(8) 12 (8):1-10.
2. Uz ST, Yeldan İ. Is physical inactivity associated with musculoskeletal disorders. *Ağrı*. 2013;25(4):147-55.
3. Marley J, Tully MA, Porter-Armstrong A, Bunting B, O'Hanlon J, Atkins L, et al. The effectiveness of interventions aimed at increasing physical activity in adults with persistent musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2017;18(1):482.
4. Hartvigsen J, Davidsen M, Søgaard K, Roos EM, Hestbaek L. Self-reported musculoskeletal pain predicts long-term increase in general health care use: a population-based

cohort study with 20-year follow-up. *Scand J Public Health*. 2014;42(7):698-704.

5. Puroila A, Paananen M, Taimela S, Järvelin MR, Karppinen J. Lifestyle-Factors in Adolescence as Predictors of Number of Musculoskeletal Pain Sites in Adulthood: A 17-Year Follow-Up Study of a Birth Cohort Pain Med. 2015;16(6):1177-85.
6. Sperotto F, Brachi S, Vittadello F, Zulian F. Musculoskeletal pain in schoolchildren across puberty: a 3-year follow-up study. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2015;13(1):16
<https://pedrheum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12969-015-0014-z>
7. Auvinen J, Eskola PJ, Ohtonen H-R, Paananen M, Jokelainen J, Timonen M, et al. Long-term adolescent multi-site musculoskeletal pain is associated with psychological distress and anxiety. *J Psychosom Res*. 2017; 93:28-32.
8. Oliveira CB, Franco MR, Maher CG, Christine Lin CW, Morelhão PK, Araújo AC, et al. Physical activity interventions for increasing objectively measured physical activity levels in patients with chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Arthritis Care Res*. 2016;68(12):1832-42.
9. Pan F, Laslett L, Blizzard L, Cicuttini F, Winzenberg T, Ding C, et al. Associations Between Fat Mass and Multisite Pain: A Five-Year Longitudinal Study. *Arthritis Care Res*. 2017;69(4):509-16.
10. Dean E, Söderlund A. What is the role of lifestyle behaviour change associated with non-communicable disease risk in managing musculoskeletal health conditions with special reference to chronic pain? *BMC Musculoskeletal Disord*. 2015;16(1):87.
<https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-015-0545-y>
11. Özding S, Ata H, Selçuk H, Can HB, Sermenli N, Turan FN. Temporomandibular joint disorder determined by Fonseca anamnestic index and associated factors in 18-to 27-year-old university students. *CRANIO®*. 2018:1-6.
12. AlAbdulwahab SS, Kachanathu SJ, AlMotairi MS. Smartphone use addiction can cause neck disability. *Musculoskeletal Care*. 2017;15(1):10-12.
13. Abdelhameed AA, Abdel-aziem AA. Exercise training and postural correction improve upper extremity symptoms among

touchscreen smartphone users. Hong Kong Physiother J. 2016;35:37-44.

14. Xie Y, Szeto G, Dai J. Prevalence and risk factors associated with musculoskeletal complaints among users of mobile handheld devices: A systematic review. Appl Ergon. 2017;59:132-42.

15. Gustafsson E, Johnson PW, Hagberg M. Thumb postures and physical loads during mobile phone use—A comparison of young adults with and without musculoskeletal symptoms. J Electromyogr Kinesiol. 2010;20(1):127-35.

16. Ölçücü B, Vatanserver Ş, Özcan G, Çelik A, Paktaş Y. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi ile depresyon ve anksiyete ilişkisi. UTEB.2015;2015(4):294-303.

17. Yang S-Y, Chen M-D, Huang Y-C, Lin C-Y, Chang J-H. Association between smartphone use and musculoskeletal discomfort in adolescent students. J Community Health. 2017;42(3):423-30.

18. Kim H-J, Kim J-S. The relationship between smartphone use and subjective musculoskeletal symptoms and university students. J Phys Ther Sci. 2015;27(3):575-9.

19. Kee I-K, Byun J-S, Jung J-K, Choi J-K. The presence of altered craniocervical posture and mobility in smartphone-addicted teenagers with temporomandibular disorders. J Phys Ther Sci. 2016;28(2):339-46.

20. Taşpınar F, Taşpınar B, Aksoy CC. Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerinde kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının incelenmesi. JETR. 2014;1(2):55-60.

21. Erdiñç O, Hot K, Ozkaya M. Turkish version of the Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire: cross-cultural adaptation and validation. Work. 2011;39(3):251-60.

22. Çınar S, Bavlı O. Investigation the physical activity level of academics: Çanakkale sample. Turk J Sport Exe. 2014;16(3):8-12.

23. Orhan C, Akbayrak T, Serap K, Taylan K, Günel MK. Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. JETR. 2015;2(2):66-73.

24. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç, Algılanan stres ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. New Symposium. 2013;51(3) 132-140.

25. Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri: Asil Yayın Dağıtım Ankara, Turkey; 2010:ss 115-116.

26. Hazar Z, Demir GT, Namli S, Türkeli A. Ortaokul öğrencilerinin dijital oyun bağımlılığı ve fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Beden Eğit. Spor Bil. Derg. 2017;11(3):320-32.

27. Mustafaoğlu R, Zirek E, Yasacı Z, Özdiñçler AR. Dijital teknoloji kullanımının çocukların gelişimi ve sağlığı üzerine olumsuz etkileri. Addicta: The Turkish Journal on Addiction. 2018; 5(2), 227–247.

28. Areudomwong P, Oapdunsalam K, Havicha Y, Tantai S, Butttagat V. Effects of shoulder taping on discomfort and electromyographic responses of the neck while texting on a touchscreen smartphone. Saf Health Work. 2018.9(3):319-325.

29. Karunanayake AL, Pathmeswaran A, Kasturiratne A, Wijeyaratne LS. Risk factors for chronic low back pain in a sample of suburban Sri Lankan adult males. Int J Rheum Dis. 2013;16(2):203-10.

30. Korkmaz NC, Cavlak U, Telci EA. Musculoskeletal pain, associated risk factors and coping strategies in school teachers. Sci. Res. Essays. 2011;6(3):649-57.

31. Yıldırım İ, Özşevik K, Sultan Ö, Canyurt E, Tortop Y. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresyon ilişkisi. Beden Eğit. Spor Bil Derg. 2015;9(özel sayı):32-39.

32. Lee J, Seo K. The comparison of cervical repositioning errors according to smartphone addiction grades. J Phys Ther Sci.2014;26(4):595-98.

Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Değerleri ve Kariyer Planları**Professional Values and Career Plans of Nursing Students**

Seda ÇETİN AVCI¹, Gülşen IŞIK², Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ³, Didem ÜŞÜMEZ⁴, Büşra ŞENCANDAN⁵, Ceren BEKTAŞ⁶

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri ile kariyer planları arasındaki ilişkiyi incelemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, İzmir’de bir devlet üniversitesinin hemşirelik lisans programının üçüncü ve dördüncü sınıfında öğrenim görmekte olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 324 öğrenci ile yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Birey Tanıtım Formu, Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği-Revize ve Kariyer Geleceği Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21,88±1,25 yıl olup, %53,4’ü dördüncü sınıf, %73,5’i kadın, %53,4’ünün ailesinde sağlık personeli vardır, %63’ü hemşirelik bölümünü isteyerek seçmiş ve %56,2’si hemşireliği birinci sırada tercih etmiştir. Hemşirelik bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği ve Kariyer Geleceği Ölçeği toplam puan ortalamaları istemeyerek seçen öğrencilere göre daha yüksektir (p=0,005; p=0,000). Ailesinde veya akrabalarında sağlık personeli olan (p=0,041) ve hemşirelik mesleğini sevdiği için hemşirelik bölümünü tercih eden (p=0,000) öğrencilerin Kariyer Geleceği Ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Mezuniyet sonrasında yönetici olarak çalışmak isteyen hemşirelik öğrencilerinin Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği toplam puan ortalaması (p=0,042), akademisyen olmak isteyen öğrencilerin ise Kariyer Geleceği Ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek düzeydedir (p=0,000). Öğrencilerin Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği toplam puan ortalaması ile Kariyer Geleceği Ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır (p<0,05).

Sonuç: Öğrencinin sahip olduğu fedakârlık, eşitlik, özgürlük, insan onuru, adalet vb. profesyonel değerler, mezuniyet sonrası kariyerini planlamasında ve mesleki sosyalleşme sürecinde önemli bir faktördür. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre mesleği isteyerek ve severek tercih etme hem profesyonel değerlerin kazanılmasında hem de kariyer planlamasında etkilidir. Bu nedenle üniversite adaylarına hemşirelik mesleğinin değerleri ve geleceği tanıtılmalı, lisans eğitiminde ilk yıllardan itibaren hemşirelik öğrencilerine mesleğin profesyonel değerlerinin kazandırılması hedeflenmelidir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik öğrencileri, Kariyer planı, Profesyonel değerler

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine the relationship between the professional values of nursing students and career plans and to evaluate the factors that affect them.

Material and Method: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 324 students who were studying in the third class and senior of a nursing undergraduate program at a state university in Izmir and who agreed to participate in the study. The data were collected by the researchers using the Individual Characteristics Form, the Nurse’s Professional Values Scale-Revision and the Career Future Scale with face-to-face interview method. Evaluation of the data were used Descriptive statistics, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Independent-Samples T test, variance analysis and correlation analysis.

Results: The mean age of the students who participated in the study was 21.88 ± 1.25 years, 53.4% of the students

Geliş Tarihi/Received: 09.07.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 02.12.2018

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, orcid.org/00000002-3099-4953

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, orcid.org/00000002-0270-2415

³İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, orcid.org/00000001-6194-3131

⁴İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Lisans Öğrencisi, orcid.org/00000002-6541-1180

⁵İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Lisans Öğrencisi, orcid.org/00000002-6910-5711

⁶İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Lisans Öğrencisi, orcid.org/00000002-4966919X

Sorumlu yazar /correspondence: Seda ÇETİN AVCI, Araştırma Görevlisi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Havaalanı Şosesi Cd. Aosb No:33 D:2, 35620 Çiğli/İzmir, sedactn13@gmail.com

are senior, 73.5% are women, 53.4% of them have health personnel in the family, 63% had voluntarily chosen the nursing department and 56.2% preferred the department as the first choice. They stated that 41.1% of the students prefer to have a nursing profession because they like it and 42.5% of them want to work as a clinical nurse postgraduation. The Nurse's Professional Values Scale and Career Future Scale mean total score of students who voluntarily choose the nursing department were found to be higher than those of students who did not ($p=0.005$; $p=0.000$). The students who have health personnel ($p = 0.041$) in their family or relatives and students who prefer nursing department because they like nursing profession ($p = 0.000$) have higher mean total scores on the Career Future Scale. The Nurse's Professional Values Scale ($p=0.042$) and Career Future Scale ($p=0.000$) total score mean of the nursing students who wanted to work as a supervisor postgraduation and who want to become academicians were the highest. There was a poor positive correlation between the mean scores of Nurse's Professional Values Scale and the mean score of Career Future Scale ($p < 0.05$).

Conclusion: The professional values such as sacrifice, equality, freedom, human dignity and justice that the student possesses are an important factor in planning career postgraduation and in the process of professional socialization. According to the findings obtained from the research, preferring to profession voluntarily and gladly is effective both in acquiring professional values and in career planning. For this reason, the values and future of the nursing profession should be introduced to the candidates of the university, whereas in undergraduate education, nursing students need to acquire the professional values of the profession from the first years.

Keywords: Nursing students, Career plan, Professional values

Giriş

Hemşirelik mesleği; hastalık ve sağlık durumunda bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması ve güçlendirilmesi ile ilgilenen profesyonel bir sağlık disiplini (1,2). Profesyonellik kavramı, bireyin sahip olduğu mesleğini önemseyerek etik ilkeler çerçevesinde mesleğini yapmayı, mesleğini icra ederken insanlara yardım etme isteği ile motive olmayı, örgütlenmeyi, karar verme becerisi ve kararların sorumluluğunu alabilmeyi gerektirir (3,4). Altıok ve Üstün (5) tarafından profesyonellik terimi “bireyin vicdan, dürüstlük, saygı, içtenlik gibi olumlu kişisel niteliklerin temelinde hemşireliğe özgü bilgi, otonomi, politik farkındalık, topluma hizmet etmeye gönüllülük, bilimsel çalışmalar yapma, ekip, örgütlenme gibi mesleki kimlik için gerekli olan bazı değerlerin içselleştirildiği ve bunların bireyin davranışlarında görünür hale gelme süreci” olarak tanımlanmıştır.

Profesyonel olmak birtakım değerlere sahip olmayı gerektirmektedir. Literatürde birçok tanımı mevcut olan değerler kavramı bireyin yaşamı anlamlandırma biçimine göre gösterdiği davranış normu, benimsediği inançlar ve idealler olarak (6) ya da bireyin yaşamında karar verirken önem verdiği ilke ve standartlar (7) olarak tanımlanmaktadır. Lin ve Wang'ın (8) tanımına göre ise, kişisel deneyimler sonucu öğrenilen temel davranış kalıplarıdır. Değerler, neyin doğru, iyi ya da önemli, önemsiz olduğu konusunda

benliğimizde yer alan ve süreklilik gösteren bir görüştür (9,10). Temeli yaşamın ilk evrelerinde ailede atılmaya başlayan değerler sistemi, zamanla bireyin içinde bulunduğu çevrenin, toplumun ve eğitimin etkisiyle gelişir, şekillenir. Kazanılan tüm değerler birbiri ile etkileşim halinde olup bireyin hayatına, davranışlarına rehberlik eder (9,11,12,13).

Bir hemşirenin estetik, fedakârlık, eşitlik, özgürlük, insan onuru, adalet ve hakikat olmak üzere yedi temel değere sahip olması gerekir (14,15). Hemşirelikte değerler, kaliteli bir hemşirelik bakımı verme konusunda ve karar verme yeteneğinin gelişmesi açısından önemlidir (16). Hemşireler kendi değerlerini ve bu değerlerin bakım verdikleri bireylere etkilerini bildikleri sürece anlamlı, saygılı ve etkili bakım verebilirler (17). Mezuniyet sonrası hemşirelerin

bakımı en etkin biçimde verebilmesi için hemşirelik felsefesini, ne yaptığını, niçin yaptığını anlaması ve profesyonel hemşireliğe uygun bilgi, beceri ve davranışları kazanması gereklidir (18). Hemşireliğin etik değerlerine sahip çıkan, otonomisi yüksek ve bilimsel gelişmeleri takip eden profesyonel hemşireler, hasta bakım kalitesinin artmasını sağlamaktadır (19). Öğrencinin sahip olduğu profesyonel değerler, öğrencinin mezuniyet sonrası kariyer planlamasında ve mesleki sosyalleşme sürecinde de etkili olacaktır. Türk Dil Kurumu'na (20) göre kariyer, bir meslekte zaman ve çalışmayla elde edilen aşama, başarı ve uzmanlık olarak tanımlanmaktadır. Kariyer seçimi, bireyin yaşamı boyunca üstlendiği iş rolüne ilişkin beklentilerini, arzularını gerçekleştirebilmesi için gerekli bilgi, beceri, yetenek ve motivasyonla donatılarak ilerlemesinin sağlanmasıdır. Aynı zamanda kariyer seçiminde, bireyin kişiliği, özellikleri, yetenekleri ve geleceği için en iyi ve tatmin edici olanı seçme söz konusudur. Kariyer seçimi, bir bireyin hayatında en zor ve önemli kararlardan biridir (21,22). Kariyer seçimi, statik bir süreç olmayıp gelişim sürecinin bir parçasıdır (23). Bireyin sosyal geçmişi, ebeveynleri ile ilişkisi, ailesinin toplumsal ve ekonomik düzeyi ve eğitim durumu, içinde yer aldığı çevre, sahip olduğu değerleri, inanç ve tutumları, beklentileri, kişiliği, mesleğin yeteneklerine uygunluğu ve mesleğin geleceği hakkındaki görüşleri kariyer seçimini etkileyen sosyal ve psikolojik faktörlerdir (22,24). Bir hemşirelik öğrencisinin mezuniyet sonrası kariyer geleceğinde etkili olan faktörler arasında sahip olduğu değerler yer almaktadır. Öğrencilerin sahip oldukları bireysel ve profesyonel değerlerinin farkında olmamaları, kendi profesyonel rollerini algılamalarında ve kariyer yaşantılarında zorlanmalarına neden olacaktır. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri ile kariyer planları arasındaki ilişkiyi incelemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İzmir'de bir devlet üniversitesinin hemşirelik lisans programında öğrenim gören üçüncü ve dördüncü sınıf

öğrencileri (N=455) oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiştir ve çalışmaya katılmayı kabul eden 324 öğrenci (katılım oranı %71,2) araştırma kapsamına alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren Birey Tanıtım Formu, öğrenci hemşirelerin profesyonel değerlerini değerlendiren Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği-Revize (HPDÖ-R) ve öğrencilerin olumlu kariyer planlama tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen Kariyer Geleceği Ölçeği (KARGEL) kullanılarak araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

Birey Tanıtım Formu: Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan form, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine ve hemşirelik bölümünü tercih etme nedenleri ve tercih sıraları gibi durumlarını belirlemeye yönelik 13 sorudan oluşmaktadır (25,26,27).

Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği-Revize: Hemşirelerin sahip olduğu değerleri ortaya çıkarmak amacıyla Weis ve Schank (2009) (28) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Geçkil ve ark. (2012) (29) tarafından yapılmıştır. Yirmi altı maddeden oluşan ölçek beşli likert tipinde olup, 5 faktörlü (Faktör 1- Bakım Verme, Faktör 2-Profesyonellik, Faktör 3- Aktivizm, Faktör 4- Adalet, Faktör 5- Sadakat) bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 26-130 arasındadır ve puanın artması profesyonel değerlere uyumun güçlü olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri Weis ve Schank (28) ile Geçkil ve arkadaşlarının (29) yaptığı çalışmalarda 0,92, bu çalışmada ise 0,96 olarak bulunmuştur.

Kariyer Geleceği Ölçeği: Rottinghaus ve ark. (2005) (30) tarafından bireylerin olumlu kariyer planlama tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen KARGEL, Türkçe'ye 2012 yılında Kalafat tarafından uyarlanmıştır. Toplam 25 maddeden oluşan ölçeğin, kariyer uyumluluğu (KU), kariyer iyimserliği (Kİ) ve iş piyasalarına ilişkin algılanan bilgi (AB) olmak üzere 3 alt boyutu vardır. Ölçek likert tipinde olup, 1 ile 5 arası (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Emin Değilim, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. KU alt boyutu ve Kİ alt boyutu 11'şer maddeden ve AB alt boyutu ise 3 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 15 olumlu, 8 olumsuz madde içermektedir. KU ve Kİ

alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puan 55, en düşük puan 11, AB alt boyutundan ise en yüksek puan 15, en düşük puan 3'dür. Ölçeğin Cronbach alfa değeri Kalafat (2012) (25) tarafından 0,88, bu çalışmada ise 0,86 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri sayı ve yüzde dağılımları olarak verilmiştir. Yapılan normal dağılıma uygunluk analizi sonrasında; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre HPDÖ puan ortalamalarını incelemek için Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizi, KARGEL ölçeği toplam puan ortalamalarını incelemek için varyans analizi ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Öğrencilerin HPDÖ ve KARGEL ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki ise korelasyon analizi ile incelenmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik Açıklamalar

Veriler, araştırmanın yürütüldüğü üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (tarih:25.04.2018, karar no:171) ve kurumdan izin alındıktan sonra, araştırmaya katılan öğrencilerin yazılı onamları alınarak toplanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve HPDÖ ve KARGEL ölçeği toplam puan ortalamalarına göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması $21,88 \pm 1,25$ yıl olup, %53,4'ü dördüncü sınıf, %73,5'i kadın, %88,3'ü Anadolu lisesi mezunu, %58'inin annesi ilkokul mezunu, %53,4'ünün babası ortaokul mezunu ve %73,8'inin geliri-giderine denktir. Öğrencilerin HPDÖ toplam puan ortalaması $109,87 \pm 16,91$, KARGEL ölçeği toplam puan ortalaması ise $89,93 \pm 11,97$ 'dur. Öğrencilerin cinsiyet ($p=0,106$; $p=0,799$), mezun olunan lise ($p=0,959$; $p=0,080$) ve anne-baba eğitim durumuna ($p=0,919$, $0,986$; $p=0,879$, $p=0,720$) göre HPDÖ ve KARGEL ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Aile gelir durumuna ($p=0,544$; $p=0,001$) göre HPDÖ toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmazken, KARGEL ölçeği toplam puan

ortalamaları arasında anlamlı fark vardır. Sınıf düzeylerine göre KARGEL ölçeği toplam puan ortalamaları açısından gruplar arasında fark bulunmazken ($p=0,295$), dördüncü sınıf öğrencilerinin HPDÖ puan ortalamaları üçüncü sınıf öğrencilerinden daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,037$)

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre HPDÖ ve KARGEL Toplam Puan Ortalamaları (n=324)

Değişkenler	Ort±Ss	HPDÖ TPO (109,87±16,91)	KARGEL TPO (89,93±11,97)
Yaş Ortalaması	21,88±1,25	r= 0,029 p=0,608	r=-0,003 p=0,958
	n (%)		
Cinsiyet			
Kız	238 (73,5)	111,11±15,54	89,82±11,40
Erkek	86 (26,5)	106,44±19,94	90,24±13,49
İstatistiksel analiz		MU=9032,000 p=0,106	t=-0,255 p=0,799
Mezun olunan lise			
Sağlık Meslek Lisesi	13 (4,0)	111,84±14,50	95,46±11,53
Anadolu Lisesi	286 (88,3)	109,73±17,25	89,90±11,71
Fen Lisesi	8 (2,5)	108,62±15,99	81,50±13,60
Düz ve Açıköğretim Lisesi	17 (5,2)	111,35±14,02	90,23±14,40
İstatistiksel analiz		KW=0,307 p=0,959	F=2,278 p=0,080
Anne eğitim durumu			
İlkokul/ortaokul ve altı mezunu	208 (64,2)	110,07±16,20	90,13±12,26
Lise mezunu	92 (28,4)	109,43±17,50	89,40±11,29
Üniversite ve üzeri mezunu	24 (7,4)	109,83±21,02	90,25±12,33
İstatistiksel analiz		KW=0,169 p=0,919	F=0,129 p=0,879
Baba eğitim durumu			
İlkokul/ortaokul ve altı mezunu	176 (54,3)	110,40±15,89	90,42±11,62
Lise mezunu	100 (30,9)	109,85±16,62	89,26±12,32
Üniversite ve üzeri mezunu	48 (14,8)	107,97±20,96	89,56±12,65
İstatistiksel analiz		KW=0,029 p=0,986	F=0,329 p=0,720
Ailenizin gelir durumu			
Gelir giderden az	25 (7,7)	113,16±14,71	81,68±15,21
Gelir-gidere denk	239 (73,8)	110,02±16,46	90,83±11,35
Gelir-giderden fazla	60 (18,5)	107,88±19,40	89,81±11,77
İstatistiksel analiz		KW=1,219 p=0,544	F=6,857 p=0,001
Sınıf			
3. sınıf	151 (46,6)	108,32±16,24	89,19±12,03
4. sınıf	173 (53,4)	111,22±17,41	90,58±11,91
İstatistiksel analiz		MU=11306,000 p=0,037	t=-1,048 p=0,295

HPDÖ: Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği, KARGEL: Kariyer Geleceği Ölçeği, TPO: Toplam Puan Ortalaması

(Tablo 1).

Öğrencilerin %53,4'ü ailesinde sağlık personeli olduğunu, %63'ü hemşirelik bölümünü isteyerek seçtiğini ve %56,2'si bölümü birinci sırada tercih ettiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %41,1'i hemşirelik mesleğini sevdiği için bu bölümü tercih ettiğini ve %42,5'i mezuniyet sonrası klinik hemşiresi olarak çalışmak istediğini belirtmiştir. Hemşirelik bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin HPDÖ ve KARGEL ölçeği toplam

Tablo 2. Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Tercihlerine Göre HPDÖ ve KARGEL Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

Değişkenler	n(%)	HPDÖ TPO	KARGEL TPO
Bölümü isteyerek seçme			
Evet	204 (63,0)	112,06±15,41	92,26±12,01
Hayır	120 (37,0)	106,15±18,69	85,97±10,84
İstatistiksel analiz		MU=9955,000 p=0,005	t=4,718 p=0,000
Tercih sırası			
Bir	182 (56,2)	111,68±14,68	90,35±11,20
İki	30 (9,3)	107,13±19,92	87,90±11,23
Üç	35 (10,8)	108,62±18,91	90,45±11,57
Dört	24 (7,4)	110,79±18,11	85,95±15,79
Diğer	53 (16,4)	105,62±19,77	91,11±13,16
İstatistiksel Analiz		KW=4,322 p=0,364	F=1,081 p=0,366
Ailede ya da akrabalarda sağlık personeli varlığı			
Var	173 (53,4)	110,73±17,82	91,20±11,22
Yok	151 (46,6)	108,88±15,81	88,48±12,65
İstatistiksel Analiz		MU=11749,500 p=0,119	t=2,054 p=0,041
Hemşirelik bölümünü tercih nedeni (n=298)*			
Mesleği sevdiği için	122 (41,1)	112,36 ± 15,53	93,86 ± 11,80*
İş imkânı fazla olduğu için	95 (32,0)	106,97 ± 18,81	86,72 ± 12,10
Puanı hemşirelik bölümüne yettiği için	42 (14,1)	110,35 ± 14,68	86,52 ± 11,31
Ailesi isteği için	38 (12,8)	107,28 ± 18,39	87,57 ± 9,93
İstatistiksel Analiz		KW=5,402 p=0,145	F=8,760 p=0,000
Mezuniyet sonrası ne yapmak istediği (n=287)*			
Klinik hemşiresi olarak çalışmak	122 (42,5)	108,99 ± 17,07	87,72 ± 12,10
Hem klinikte çalışmak ve hem de yüksek lisans yapmak	69 (24,0)	112,94 ± 15,39	91,82 ± 10,57
Akademisyen olmak	59 (20,6)	110,83 ± 16,05	95,01 ± 11,50*
Hemşirelik dışında başka mesleğe yönelmek veya hiçbir şey yapmamak	28 (9,8)	101,57 ± 21,34**	80,21 ± 9,70
Yönetici hemşire olmak	9 (3,1)	118,44 ± 13,48	93,00 ± 10,45
İstatistiksel Analiz		KW=9,880 p=0,042	F=9,816 p=0,000

*Tüm öğrenciler yanıtlamamıştır.

** İstatistiksel fark bu gruptan kaynaklanmaktadır.

HPDÖ: Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği, KARGEL: Kariyer Geleceği Ölçeği, TPO: Toplam Puan Ortalaması

puan ortalamaları istemeyerek seçen öğrencilere göre daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,005$; $p=0,000$). Ailesinde veya akrabalarında sağlık personeli olan ($p=0,041$) öğrencilerin KARGEL ölçeği toplam puan ortalamaları ailesinde veya akrabalarında sağlık personeli olmayan öğrencilere göre daha yüksektir ve aralarındaki fark anlamlıdır.

Ailesinde veya akrabalarında sağlık personeli olma durumuna göre HPDÖ toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Öğrencilerin hemşirelik bölümünü tercih nedenleri sorgulandığında; hemşirelik mesleğini sevdiği için hemşirelik bölümünü tercih eden ($p=0,000$) öğrencilerde KARGEL ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksek ve aralarındaki fark anlamlıdır. Öğrencilerin hemşirelik bölümü tercih nedenlerine göre HPDÖ toplam puan ortalamaları arasında ise fark bulunmamıştır. Öğrencilerin hemşirelik bölümünü tercih sırasına göre HPDÖ ve KARGEL ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Mezuniyet sonrasında öğrencilerin ne yapmak istediklerine göre HPDÖ ve KARGEL ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; yönetici olarak çalışmak isteyen hemşirelik öğrencilerinin HPDÖ toplam puan ortalaması, akademisyen olmak isteyen öğrencilerin ise KARGEL ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek düzeydedir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,042$; $p=0,000$) (Tablo 2).

Öğrencilerin HPDÖ toplam puan ortalaması ile KARGEL ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 3. Hemşirelik Öğrencilerinin HPDÖ ile KARGEL Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Değişkenler	KARGEL Ölçeği			
	TPO (89,93± 11,97)	KU (41,01± 6,07)	Kİ (39,42± 6,37)	AB (9,49± 2,00)
HPDÖ TPO (109,87±16,91)	$r=0,279$ p=0,000	$r=0,255$ p=0,000	$r=0,247$ p=0,000	$r=0,105$ $p=0,059$
Bakım verme (35,12±5,43)	$r=0,250$ p=0,000	$r=0,220$ p=0,000	$r=0,242$ p=0,000	$r=0,056$ $p=0,317$
Profesyonellik (28,38±5,10)	$r=0,259$ p=0,000	$r=0,248$ p=0,000	$r=0,207$ p=0,000	$r=0,137$ p=0,013
Aktivizm (21,02±3,70)	$r=0,249$ p=0,000	$r=0,212$ p=0,000	$r=0,235$ p=0,000	$r=0,093$ $p=0,094$
Adalet (12,69±1,88)	$r=0,268$ p=0,000	$r=0,268$ p=0,000	$r=0,221$ p=0,000	$r=0,087$ $p=0,118$
Sadakat (12,63±2,33)	$r=0,260$ p=0,000	$r=0,243$ p=0,000	$r=0,221$ p=0,000	$r=0,115$ p=0,039

HPDÖ: Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği, KARGEL: Kariyer Geleceği Ölçeği, KU: Kariyer Uyumluluğu Kİ: Kariyer İyimserliği, AB: İş Piyasalarına İlişkin Algılanan Bilgi, TPO: Toplam Puan Ortalaması

arasındaki ilişki Tablo 3’de verilmiştir. Buna göre öğrencilerin HPDÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları ile KARGEL ölçeği toplam puan ortalaması, kariyer uyumluluğu ve kariyer iyimserliği alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır ($p<0,05$). İş piyasalarına ilişkin algılanan bilgi alt boyut puan ortalaması ile profesyonellik ve sadakat alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır ($p=0,013$; $p=0,039$) (Tablo 3).

Tartışma

Hemşirelerin sağlık bakımı sunarken karar verebilmeleri, kaliteli bakım sağlayabilmeleri ve mesleki sosyalleşme süreci için profesyonel değerlerinin gelişmiş olması gerekmektedir (31). Profesyonel değerler, lisans eğitimi boyunca öğrencilere kazandırılmaya çalışılmaktadır. Öğrenciler eğitim süreci içerisinde kazandıkları profesyonel değerler ile birlikte kendilerine uygun bir kariyer planı da oluşturmaya başlamaktadırlar. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri ile kariyer planları arasındaki ilişkiyi incelemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yürütülen çalışmada dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilere göre daha fazla profesyonel değerlere sahip oldukları belirlenmiştir. Literatürde Öztürk-Dönmez ve Özsoy’un (32) 2016’da yaptığı çalışmada, öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre profesyonel değerlerinde fark bulunmazken, Çevik ve Khorshid’in (2012) (33) yaptığı çalışmada dördüncü sınıf öğrencilerinin profesyonel değerleri üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı okulda intömlük uygulaması nedeniyle dördüncü sınıf öğrencileri daha fazla klinik uygulama yapmaktadır. Dördüncü sınıf öğrencilerinin klinik deneyimlerinin daha fazla olması, müfredatta yer alan hemşirelik derslerinin tamamını almış ve meslek hayatına daha yakın olmaları nedeniyle profesyonel değerlerin kazanılmış ve gelişmiş olması beklenen bir sonuçtur. Çalışmanın sonucunu destekler nitelikte Bang ve ark.’nın (2011) yaptığı çalışmada, öğrencilerin öğrenme deneyimlerinin artmasıyla profesyonel değerlerin toplam puanını arttığı sonucuna varılmıştır. Çalışmada cinsiyete göre HPDÖ toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Bu sonuca paralel olarak Parvan ve ark.’nın (2012)

yaptığı çalışmada da cinsiyet ve profesyonel değerler arasında fark bulunmamıştır. Hemşirelik mesleğini severek ve isteyerek yapmak hem mesleğin gelişmesinde hem de profesyonelleşmesinde önemli bir etkidir. Bu çalışmada hemşirelik bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin istemeyerek seçenlere göre daha fazla profesyonel değere sahip oldukları belirlenmiştir. Sonuç ile paralel olarak Altunkürek ve ark.'nın (2017) (34) yaptığı çalışmada hemşirelik mesleğini isteyerek seçen öğrencilerin mesleki uyumluluğunun daha iyi olduğu saptanmıştır. Öztürk-Dönmez ve Özsoy'un (2016) (32) yaptığı çalışmada da hemşirelik bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin HPDÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bang ve ark.'nın yaptığı çalışmada da profesyonel değerlerin öğrencinin mesleğe olan ilgisi ve isteği ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmada mezuniyet sonrasında yönetici hemşire olarak çalışmak isteyen hemşirelik öğrencilerinin daha yüksek düzeyde profesyonel değerlere sahip olduğu belirlenmiştir. Altunkürek ve ark.'nın (34) yaptığı çalışmada da mezuniyet sonrası yönetici hemşire, klinik hemşiresi veya eğitim hemşiresi olarak klinikte çalışmak isteyen öğrencilerin mesleğe uyumluluk düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın aksine Öztürk-Dönmez ve Özsoy'un (32) yaptıkları çalışmada mezuniyet sonrası öğrencilerin kariyer planlarına göre profesyonel değerleri arasında fark bulunmamıştır. Yönetici pozisyonunda çalışmak isteyen öğrencilerin profesyonel değerlerinin daha olumlu olması genel olarak örneklem grubundaki öğrencilerin mesleği isteyerek ve sevdiği için tercih etmeleri ve dolayısıyla mesleği geliştirmek adına yönetim alanında söz sahibi olmak istemelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Lisans eğitimi sürecinde öğrencilerin kariyer planlaması yapması, mezuniyet sonrası çalışmak istediği alan ile ilgili yeteneklerini geliştirmesine, iş yaşamına daha kolay adapte olabilmesine katkı sağlar. Kariyer geleceği hakkında bilgi sahibi olan, kariyer planı doğrultusunda ilerleyen öğrencilerin profesyonel yaşamda daha başarılı olmasının yanı sıra iş doyumu da daha fazla olmaktadır (35). Öğrencilerin kariyer gelecek planlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu çalışmanın sonucuna göre ailenin gelir durumuna, ailede ya

da akrabalar arasında sağlık personeli bulunmasına ve hemşirelik bölümünü isteyerek tercih etme durumuna göre kariyer planlama tutumları arasında fark vardır. Karadaş ve ark.'nın (2017) (36) yaptığı çalışmada öğrencilerin KU ve Kİ alt ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu sonucunda öğrencilerin çoğunluğunun hemşirelik mesleğini kendi isteği ile tercih etmesinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Literatürde ailenin gelir durumu, ailede ya da akrabalar arasında sağlık personeli bulunma değişkenlerine göre kariyer geleceği arasındaki ilişkiyi inceleyen başka çalışmalara rastlanmamıştır. Hemşirelik mesleğinde kariyer planı konusu, yeni yeni önem kazanmaya başladığından bu konuda yapılmış çalışmalar kısıtlıdır. Öğrencilerin hemşirelik bölümünü tercih sırası ve öğrenim gördüğü sınıfa göre kariyer planlama tutumları arasında fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmaya benzer şekilde Karadaş ve arkadaşlarının (36) yaptığı çalışmada öğrencilerin hemşirelik bölümünü tercih sırası ve öğrenim gördüğü sınıfa göre, Büyükyılmaz ve arkadaşlarının (2016) (37) yaptığı çalışmada da öğrenim görülen sınıf düzeyine göre kariyer planlama tutumları arasında fark bulunmamıştır. Dördüncü sınıf öğrencilerinin kariyer planlama tutumlarının üçüncü sınıf öğrencilerine göre daha yüksek olması beklenirdi. Bu sonuca göre öğrencilerin kariyer planlamasına yönelik hizmetlere ilgisinin ve katılımının yetersiz olduğu düşünülebilir. Hemşirelik bölümü tercih nedenlerine göre öğrencilerin kariyer tutumları incelendiğinde; hemşirelik mesleğini severek tercih eden öğrencilerin kariyer planlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre mezuniyet sonrası akademisyen olmak isteyen öğrencilerin KARGEL ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek düzeydedir. Fakat literatürde öğrencilerin hemşirelik bölümünü tercih nedeni ve mezuniyet sonrası planları ile kariyer tutumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Mesleğin profesyonelleşme sürecinde kariyer planlama ve geliştirme konusu, üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Öğrencilerin kariyer planının belli olması, profesyonel değerlerin kazanılması ve mesleki farkındalığın artırılması açısından önemlidir (38,34). Öğrencilerin profesyonel değerlere uyumu arttıkça olumlu kariyer planlamaları da

artmaktadır. Çalışmaya göre öğrencilerin HPDÖ toplam puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamaları ile KARGEL ölçeği toplam puan ortalaması ve kariyer uyumluluğu ve kariyer iyimserliği alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki; iş piyasalarına ilişkin algılanan bilgi alt ölçek puan ortalaması ile profesyonellik ve sadakat alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Literatürde hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerleri ile kariyer tutumları aralarındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Yalnızca Altunkürek ve arkadaşlarının (34) yaptığı çalışmada mesleki uygunluk alt ölçeği puan ortalaması yüksek olan öğrencilerin olumlu kariyer planlamasına sahip olduğu saptanmıştır. Paralel olarak Karadaş ve arkadaşlarının (36) yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre kariyer uyumu ve iyimserlik düzeyinin yüksek olması, öğrencilerin profesyonel gelişimini olumlu yönde etkilediği yorumlanmıştır. Bu çalışmada öğrencinin sahip olduğu profesyonel değerlerinin artmasının, olumlu kariyer tutumu elde etmesine katkı sağlayacağı sonucu elde edilmiştir. Bu sonucun örnekleme alınan öğrencilerin çoğunluğunun hemşirelik bölümünü ilk sırada tercih etmiş olması, mesleği isteyerek ve sevdiği için tercih eden öğrenci sayısının fazla olması ve mezuniyet sonrası hemşirelik mesleği dışında farklı alanlara yönelmek isteyen öğrenci sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin kazandığı profesyonel değerler ile olumlu kariyer planları arasında birbirini tamamlayan bir döngü vardır. Öğrencinin sahip olduğu profesyonel değerler, mezuniyet sonrası kariyerini planlamasında ve mesleki sosyalleşme sürecinde önemli bir faktördür. Yapılan araştırmaya göre profesyonel değerleri yüksek olan öğrencilerin daha olumlu kariyer tutumları olduğu; olumlu kariyer planı olan öğrencilerin de yüksek düzeyde profesyonel değerlere sahip olduğu sonucuna varılabilir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre mesleği isteyerek ve severek tercih etme, hem profesyonel değerlerin kazanılmasında hem de kariyer planlamasında etkilidir. Bu nedenle üniversite adaylarına hemşirelik mesleğinin değerleri ve geleceği tanıtılmalı, lisans eğitiminde ilk yıllardan itibaren hemşirelik öğrencilerine mesleğin profesyonel değerlerinin kazandırılması

hedeflenmelidir. Ayrıca öğrencilerin hemşirelik bölümü tercih nedeni ve mezuniyet sonrası planları ile kariyer tutumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Ay FA. Mesleki Temel Kavramlar. In: Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul. 6. Baskı.: Nobel Tıp Kitabevi; 2015.
2. Görüş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. J Psychiatr Nurs. 2014; 5(3): 137-142.
3. Yayla A, Özlü ZK, Gümüş K, Sevinç G, Khaghanı E. İki Farklı Kültürdeki Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin İncelenmesi: Farklı İki Ülke Örneği. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2015; 5:19-33.
4. Vicdan AK. Hemşirelikte Profesyonellik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı. 2010; 261-3.
5. Altıok HÖ, Üstün B. Profesyonellik: Kavram Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(2): 151-155.
6. Milton CL. Professional Values in Nursing Ethics: Essential or Optional in The Global Universe?. Nurs Science Q.2007; 20(3): 212-215.
7. Altun İ. Nursing Values. Nursing Education Challenges in The 21st Century. 2008; 9: 243-270.
8. Lin Y, Wang L. A Chinese Version of The Revised Nurses Professional Values Scale: Reliability and Validity Assessment. Nurse Education Today. 2010; 30: 492-498.
9. Dönmez B. Öğretmenlik Mesleki Değerlerinin Aşınma Sürecine İlişkin Bir Değerlendirme. Eğitim-Bir-Sen. 2011; 7(19): 3-8.
10. Rassin M. Nurses' Professional and Personal Values. Nurse Education Today. 2008; 15: 614-629.
11. Kaya H, Isık B, Senyuva E. Nursing Students' Individual and Professional Values. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2012; 15(1), 18-26.

- 12.Orak NŞ, Alpar ŞE. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. MÜSBED. 2012; 2(1):22- 31.
- 13.Weis D, Schank MJ. An Instrument to Measure Professional Nursing Values. J Nurs Scholarsh. 2000; 32(2):201-204.
- 14.Kaya A. Antalya İl Merkezi Hastanelerindeki Yönetici Hemşirelerin Profesyonel Değerler Algısı ile İş Doyum Düzeylerinin İncelenmesi (Yüksek lisans tezi). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
- 15.Orak N. İstanbul İlindeki Hemşirelerin Profesyonel Hemşirelik Değerleri ve Etkileyen Faktörlerin Analizi (Doktora tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
- 16.Kaya H, Kaya N, Şenyuva E, Işık B. Personal Values of Baccalaureate Nursing Students in Turkey. International Journal of Nursing Practice. 2012; 18(6): 527-536.
- 17.Karadağlı F. Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Değer Algıları ve Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 9(2): 81 – 91.
- 18.Arslan H, Alpar ŞE, Karabacak Ü, Engin F, Orak NŞ. Hemşirelikte Değişim Felsefesi.I. Uluslararası, VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı; 2001 Oct 29- Nv 2; Antalya
- 19.Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2012; 20(3):193-9.
- 20.Türk Dil Kurumu (Internet) (Erişim Tarihi: 02.04.2018). Erişim adresi: <http://www.tdk.gov.tr/index>.
- 21.Dündar G. Kariyer Geliştirme. Sadullah ÖZ, editör. İnsan Kaynakları Yönetimi. İstanbul: Beta; 2013: 268-298.
- 22.Kabanya CN, Mwaniki P. Factors Influencing The Choice Of Nursing Career Among Newly Admitted Nursing Students in Campuses Of A Medical Training Institution in Kenya. Journal of Nursing and Care.2016; 5: 366.
- 23.Yılmaz İA, Dursun B, Pektaş K, Altay A. Üniversite Öğrencilerinin Kariyer Seçimlerinin Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi: Pınarhisar MYO Örneği. Electronic Journal of Vocational Colleges. 2012; 2(2): 9-21.
- 24.Özen Y. Kişisel Sorumluluk Bağlamında Kariyer Seçimini Etkileyen Sosyal Psikolojik Faktörler. Eğitim ve İnsani Bilimler Dergisi Teori ve Uygulama. 2011; 2(3): 81-96.
- 25.Kalafat T. Kariyer Geleceği Ölçeği (KARGEL): Türk Örnekleme İçin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2012; 4(38): 169-179.
- 26.Yılmaz AA, İlce A, Cicek SC, Yuzden GE, Yigit U. The Effect Of A Career Activity on The Students' Perception of The Nursing Profession And Their Career Plan: A Single-Group Experimental Study. Nurse Education Today. 2016; 39, 176-180.
- 27.Alkaya SA, Yaman Ş, Simones J. Professional Values And Career Choice of Nursing Students. Nursing Ethics. 2017; 25(2): 243-252.
- 28.Weis D, Schank MJ. Development And Psychometric Evaluation Of The Nurses Professional Values Scale-Revised. J Nurs Meas. 2009;17(3): 221-231
- 29.Geçkil E, Ege E, Akin B, Göz F. Turkish Version Of The Revised Nursing Professional Values Scale: Validity And Reliability Assessment. Japan Journal of Nursing Science. 2012; 9(2): 195-200.
- 30.Rottinghaus PJ, Day SX, Borgen FH. The Career Futures Inventory: A Measure Of Career-Related Adaptability And Optimism. Journal of Career Assessment. 2005; 13(1): 3-24.
- 31.Weis D, Schank MJ. Professional Values: Key To Professional Development. J Prof Nurs. 2002; 18(5): 271-275.
- 32.Öztürk-Dönmez R, Özsoy S. Factors Influencing Development Of Professional Values Among Nursing Students. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2016; 32(4): 988.
- 33.Çevik K, Khorshid L. Hemşirelik Öğrencilerinin Profesyonel Davranışları Uygulayabilme Durumlarının Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2012; 28(2): 23-30.
- 34.Altunkürek ŞZ, Gençbaş D, Çiçek H, Bebiş H, Özdemir S. Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleği Tercih Etme Durumları İle Mesleki Kariyer Planları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2017; 6(2): 74-82.
- 35.Akoğlan-Kozak M, Dalkıranoglu T. Mezun Öğrencilerin Kariyer Algılamaları: Anadolu

- Üniversitesi Örneği. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2013; 13(1): 41-52.
- 36.Karadaş A, Duran S, Kaynak S. Hemşirelik Öğrencilerinin Kariyer Planlamaya Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017; 8 (1): 1-8.
- 37.Büyükyılmaz O, Ercan S, Gökerik M. Öğrencilerin Kariyer Planlama Tutumlarının Demografik Faktörler Açısından Değerlendirilmesi: Karabük Üniversitesi İşletme Fakültesi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Journal of the Human and Social Science Researches. 2016; 5(7): 2065-2076.
- 38.Arslan E, Özsoy S, Erkin Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin Kariyer Planlamaya Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2013; 29(3):1-9.
- 39.Bang KS, Kang JH, Jun MH, Kim HS, Son HM, Yu SJ et al. Professional Values İn Korean Undergraduate Nursing Students. Nurse Education Today. 2011; 31(1), 72-75.
- 40.Parvan K, Zamanzadeh V, Hosseini FA. Assessment of Professional Values Among Iranian Nursing Students Graduating in Universities With Different Norms of Educational Services. Thrita Journal Of Medical Sciences. 2012.

Ebelikte Erkekler: Ebelik Öğrencilerinin Görüşleri**Male in Midwifery: Opinions of Midwifery Students****Ayşe METE¹, Feyza AKTAŞ REYHAN², Neşe ÇELİK³, Fatma Deniz SAYINER⁴****ÖZ**

Amaç: Bu çalışma, ebelik bölümü öğrencilerinin erkek ebeler ile ilgili görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Kesitsel tipte olan bu çalışma Eskişehir’de bir devlet üniversitesinde öğrenim gören 225 (%75,5) ebelik bölümü öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Veriler öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve ebelik mesleğine erkek öğrenci alınmasına ilişkin düşüncelerini inceleyen bir anket formu ile toplanmıştır. Verilerin analizinde frekans dağılımı ve ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada öğrencilerin %66,2’si ebelikte erkeklerin olması gerektiğini, %69,3’ü ebeliğe ait tüm görev/sorumlulukları erkek ebelerin de yapabileceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %55,6’sı erkek ebelerin toplum tarafından kabul görmeyeceğini, %55,2’si erkek bir aile yakınının ebe olmasını istemediklerini, %56,5’i ise erkek bir ebeden bakım almak istemediklerini belirtmişlerdir. Ebelikte erkeklerin olmasını isteyen öğrenciler, erkek ebeler ile ebelikte profesyonelliğin ve bakım kalitesinin artacağını, toplumsal statüsünün yükseleceğini, yasal düzenlemelerde gelişmeler olacağını düşünmektedir (her biri için; $p<0,05$).

Sonuç: Ebelik öğrencilerinin yarısından fazlası erkeklerin ebeliğe katılımını istemektedir ve bunun mesleğe olumlu katkıları olacağını düşünmektedir. Bununla birlikte toplum tarafından kabul görmeyeceği, erkek ebeden bakım almak istememe ve erkek bir yakınının ebe olmasını istememe gibi çelişkili düşüncelerin olduğu da görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Ebelik, ebelik öğrencisi, erkek ebe

ABSTRACT

Purpose: This study was conducted to evaluate the opinions of the midwifery students about male midwives.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted with 225 (75.5%) midwifery students at a state university in Eskişehir. The data was collected with a questionnaire reflecting the socio-demographic characteristics of the students and their thoughts about admitting a male student into the midwifery profession. Frequency distribution and chi-square tests were performed in the analysis of the data.

Results: Of the students, 66.2 % stated that males should be in the midwifery profession, %69.3 stated that all the job and responsibilities of a midwife can also be performed by a male midwife. The students, 55.6 %, stated that male midwives would not be accepted by the society, 55.2 % did not want that any of their relatives to be a midwife and still 56.5 % did not want a male midwife give them care when in need. The students who wanted males in midwifery thought that such an addition would improve the quality of the profession, the care given, the status of midwives, and the constitutional regulations ($p<0.05$ for each).

Conclusion: More than half of the midwifery students wanted male participation in midwifery and they thought this would bring a positive impetus to the profession. On the contrary, it was also seen that they had contradictory thoughts such as males not being accepted by the society, not wanting to receive care from a male midwife, and not wanting a male relative of them to become a midwife.

Keywords: Male midwife, midwifery, midwifery students

Geliş Tarihi/Received: 24.07.2018**Kabul Tarihi/Accepted: 04.03.2019**¹ Arş. Gör., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, ORCID: 0000-0002-9344-107X² Arş. Gör., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, ORCID: 0000-0002-7927-2361³ Dr. Öğr. Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, ORCID: 0000-0002-2071-5615⁴ Prof. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, ORCID: 0000-0001-9287-989X

Sorumlu yazar /correspondence: Arş. Gör. Ayşe METE, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, e-mail: ayse.mete@gop.edu.tr

*Çalışma, 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi’nde (Amasya, 03-05 Mayıs 2018) poster bildiri olarak sunulmuştur.

Giriş

Meslek, bir bireyin hayatını kazanmak için yaptığı, belli bir eğitimle kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, kuralları toplumca belirlenmiş, insanlara faydalı mal ve hizmet üretmek için yapılan etkinlikler bütünü olarak tanımlanmaktadır (1,2). Meslek, sadece kazanç elde etmek amacı ile yapılan bir etkinlik değil aynı zamanda yetenekleri kullanma, kendini geliştirme aracıdır (1,3). Bazı meslekler kadın ve erkek her iki cinsiyet için de geçerli olmakla beraber tek bir cinse özgü gibi algılanmaktadır. Ebelik, hemşirelik ve çocuk gelişimi gibi meslek grupları toplumsal cinsiyet açısından incelendiğinde sıklıkla “kadın” cinsiyetiyle özdeşleşen meslek grubu olarak görülmektedir (4). Doğumun kadın cinsiyetine özgü bir eylem olması, bu süreci yine en iyi anlayabilecek kişinin kadın olarak tercih edilmesine sebep olmuştur (5). Kadınların doğum sırasında mahremiyetinin korunması, vücudunu bir erkeğin görmesini istememesi, ağrı, acı çekmesi gibi nedenlerden dolayı yanında kadın ebeyi istemesi bu durumu açıklayabilir. Ayrıca sosyo-kültürel değerler ve dini inançlar da erkek yerine kadın ebelerin tercih edilme nedenleri arasında olabilir.

Ebelik tüm dünyada tarihin en eski mesleklerinden biri kabul edilmesinin yanı sıra en eski kadın mesleği olarak da görülmektedir. İnsanın var olması ve doğumun gerçekleşmesiyle birlikte kadına yine kadınlar yardım etmiş ve kadını en iyi yine kadının anlayacağı düşünülmüştür. Deneyimli ve becerikli kadınlar ebelik yapmış ve toplum tarafından kabul görmüştür. Modern çağın erken dönemlerinde ebelik, bir kadın mesleğinden bir erkek mesleğine dönüşmeye başlamıştır. Tıp eğitiminin gelişmesi ve cerrahi aletlerin doğumda kullanılması erkeklerin bu alanda kabul görmesine neden olmuştur. Ancak erkekler ebelerden farklı obstetrisyen olarak hekimlik alanında yerlerini almışlardır. Normal seyrinde ilerleyen doğumlara erkeklerin katılması toplum tarafından pek kabul görmemiştir (6-9).

Günümüzde İngiltere, Avustralya, Fransa gibi pek çok ülkede erkek ebeler bulunmaktadır. Diğer yandan Birleşik Devletlerde erkeklerin ebelik yapmasını engelleyen herhangi bir yasal düzenleme bulunmamasına rağmen erkek ebe oranı oldukça düşüktür (5,10).

Amerika Birleşik Devletlerinde ebelerin %98’den fazlası kadındır (11). Uganda da erkeklerin ebeliğe alınması yasaktır (12). Ülkemizde son birkaç yıldır sayıca az olsa da ebelik bölümünden mezun olan erkek ebeler bulunmaktadır. Türkiye’de 2018 yılı itibari ile lisans düzeyinde ebelik eğitimi veren devlet ve özel üniversite dâhil olmak üzere 47 üniversite bulunmaktadır. Bu üniversitelere başvuruda 3 devlet üniversitesi dışında öğrencinin kadın olması şartı aranmaktadır. Kadın olma şartı bulunmayan 3 üniversitede ise erkek öğrencilerin ebeliği çok az sayıda tercih ettiği görülmüştür (13, 14).

Ebelik, çoğunlukla, özünde bir kadın-kadın ilişkisi olduğuna dair yaygın inanç nedeniyle, kadına özgü bir alan olarak kalmıştır. Kadın ancak yine başka bir kadınla yakın ve güvenilir bir ilişki kurabileceği umuduyla kadın ebeyi tercih etmektedir. Ebelerin bizzat kendileri ebeliği “kadının-kadına” bakımı olduğunu belirtmişlerdir (5).

Toplumun ebeliği kadın mesleği olarak görmesinin yanı sıra, meslekle ilgili eğitim alan ve ebe olacak adaylar mesleklerini icra ederken her iki cinsiyetin de bu meslekte görev almasını nasıl karşılamaktadırlar? Bu çalışma bu sorudan yola çıkılarak ebelik bölümü öğrencilerinin erkek ebeler ile ilgili görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonuçlarının, ebelik bölümlerine erkek öğrencilerin kabulü hususunda kendi meslektaşlarından görüşlerin alınmasıyla bir fikir oluşturabilmesi bakımından literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntemler

Bu çalışma, 25-29 Aralık 2017 tarihlerinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde öğrenim görmekte olan öğrenciler ile yürütülen kesitsel bir araştırmadır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi bir devlet üniversitesi olup Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümüne erkek öğrenci henüz alınmamaktadır.

Örnekleme

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde 2016-2017 öğretim yılında öğrenim görmekte olan toplam 298 öğrenci bulunmaktadır. Bunlardan veri toplama sırasında okulda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 225 öğrenci (%75,5) çalışma kapsamına alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak çalışmanın amacına uygun literatürden de faydalanılarak hazırlanan bir anket form kullanılmıştır (2,14). Anket formu; öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve ebelik mesleğine erkek öğrenci alınmasına ilişkin düşüncelerini inceleyen 22 soru içermektedir.

Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması sınıf ortamında yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından öğrencilere çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin yazılı onamları alınmıştır. Anket formları öğrencilerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Anketlerin doldurulması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

Yasal ve Etik Durum

Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden yazılı izin ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Etik Kurul Tarih/Sayı: 20.12.2017/ 80558721/G-331). Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında IBM SPSS (Versiyon 21.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizleri için ortalama, frekans dağılımı ve ki kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,71 \pm 1,88$ (min-max=18-37)'dir. Öğrencilerin %29,4'ü (n=66) II. sınıfta öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %71,6'sı (n=161) ebelik mesleğini isteyerek seçtiğini belirtmişlerdir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %66,2'si (n=149) ebelikte erkeklerin olması gerektiğini ve %55,6'sı (n=125) erkek ebelerin toplum tarafından kabul görmeyeceğini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin, %55,2'si (n=124) erkek bir aile yakınının (kardeş, ağabey, kuzen vb.) ebe olmasını istemediklerini, %56,5'i (n=127) erkek bir ebeden bakım almak istemediklerini (Tablo 1) belirtmişlerdir. Araştırmada erkek ebelere nasıl hitap edilebileceği sorgulandığında, öğrencilerin %52,4'ünün (n=118) bu soruyu yanıtladığı; yanıtlayanların %47,5'inin (n=56) "Ebe", %48,3'ünün (n=57) "Ebe bey", ve %4,2'sinin (n=5) "Yardımcı personel" şeklinde belirttikleri görülmüştür. Öğrencilerin %56,9'u (n=128) ebelik mesleğini kadına özgü bir meslek, %43,1'i (n=97) ise her iki cinse ait bir meslek olarak ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan öğrencilere erkek ebelerin ebelik mesleğine katkıları sorgulandığında %59,2'si (n=133) profesyonelliğin ve %49,8'i (n=112) bakımın kalitesinin artacağını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %51,6'sı (n=116) erkek ebelerin mesleğe katılması ile mesleğin toplumsal statüsünün yükseleceğini, %64,0'ı (n=144) meslekte yasal gelişmeler olacağını ifade etmişlerdir.

Tablo 1. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ve erkek ebelere ilişkin düşüncelerine göre dağılımı

Özellikler	n	%
Sınıf		
I	61	27,1
II	66	29,4
III	48	21,3
IV	50	22,2
Ebelik bölümünü isteyerek tercih etme		
Evet	161	71,6
Hayır	64	28,4
Ebelikte erkekler olmalıdır		
Evet	149	66,2
Hayır	76	33,8
Erkek ebelerin toplum tarafından kabul görmesi		

Evet	100	44,4
Hayır	125	55,6
Erkek bir aile yakınının ebe olmasını istemesi		
Evet	101	44,8
Hayır	124	55,2
Erkek ebeden bakım alma isteği		
Evet	98	43,5
Hayır	127	56,5
Erkek ebelerle hitap şekli (n=118*)		
Ebe	56	47,5
Ebe bey	57	48,3
Yardımcı personel	5	4,2
Ebelik;		
Kadına özgü bir meslektir	128	56,9
Her iki cinse de ait bir meslektir	97	43,1
Toplam	225	100

*118 öğrenci cevap vermiştir.

Öğrencilerin %69,3'ü (n=156) ebeliğe ait tüm görev/sorumlulukları erkek ebelerin de yapabileceğini düşünmektedirler (Tablo 2).

Araştırmaya katılan öğrencilere erkek ebelerin ebelik mesleğine katkıları sorgulandığında %59,2'si (n=133) profesyonelliğin ve %49,8'i (n=112) bakımın kalitesinin artacağını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %51,6'sı (n=116) erkek ebelerin mesleğe katılması ile mesleğin toplumsal statüsünün yükseleceğini, %64,0'ı (n=144) meslekte yasal gelişmeler olacağını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %69,3'ü (n=156) ebeliğe ait tüm görev/sorumlulukları erkek ebelerin de yapabileceğini düşünmektedirler (Tablo 2).

Çalışmada "erkek ebelerin daha çok hangi alanlarda çalışabileceği sorgulandığında, öğrencilerin %14,9'u (n=65) ebelik ile ilgili tüm alanlar, %27,4'ü (n=119) hastanelerde ebe olarak, %11,5'i (n=50) hastanelerde yönetici olarak,

%7,1'i (n=31) doğum salonu, %17,9'u (n=78) birinci basamak ve %20,9'u (n=91) üniversitelerde akademisyen olarak belirtmişlerdir (Tablo 2). Öğrencilerin ebelikte erkeklerin olmasını isteme durumu ile erkek ebelerin ebelik mesleğine katkıları arasında yapılan analize göre; profesyonellik, bakımın kalitesi, ebeliğin toplumsal statüsü ve yasal düzenlemeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla her biri için; $\chi^2=48,59$, $p=0,000$; $\chi^2=80,59$, $p=0,000$; $\chi^2=77,35$, $p=0,000$; $\chi^2=33,26$, $p=0,000$). Öğrencilerin ebelikte erkeklerin olmasını isteme durumu ile erkek ebelerin ebeliğe ait tüm görev/sorumlulukları erkek ebe de yapabilir diyenler arasında yapılan analize göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=88,03$; $p=0,000$). Ebelikte erkeklerin olmasını isteme durumu ile erkek ebelerin çalışma alanları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=0,08$, $p=0,77$) (Tablo 2).

Tablo 2. Ebelikte erkeklerin olmasını isteyen öğrencilerin erkeklerin mesleğe katılması durumunda meslekteki oluşabilecek değişiklikler ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Özellikler	Ebelikte erkekler olmalıdır			Test değeri X ² ; p
	Evet (n=149)	Hayır (n=76)	Toplam (n=225)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Erkek ebeler ile ebelikte profesyonellik artar				
Evet	117 (52,0)	16 (7,2)	133 (59,2)	48,59; 0,000
Hayır	32 (14,2)	60 (26,6)	92 (40,8)	
Erkek ebeler ile bakımının kalitesi artar				
Evet	106 (47,1)	6 (2,7)	112 (49,8)	80,59; 0,000
Hayır	43 (19,1)	70 (31,1)	113 (50,2)	
Erkek ebeler ile mesleğin toplumsal statüsü yükselir				
Evet	108 (48,0)	8 (3,6)	116 (51,6)	77,35; 0,000
Hayır	41 (18,2)	68 (30,2)	109 (48,4)	
Erkekler ebeler ile yasal düzenlemelerde gelişmeler olur				
Evet	115 (51,1)	29 (12,9)	144 (64,0)	33,26; 0,000
Hayır	34 (15,1)	47 (20,9)	81 (36,0)	
Ebeliğe ait tüm görev/sorumlulukları erkek ebe de yapabilir				
Evet	134 (59,5)	22 (9,8)	156 (69,3)	88,03; 0,000
Hayır	15 (6,7)	54 (24,0)	69 (30,7)	
Erkek ebelerin çalışma alanları (n=434)*				
Hastanelerde ebe	80 (18,4)	39 (8,9)	119 (27,4)	0,08;0,77
Akademisyen	54 (12,4)	37 (8,5)	91 (20,9)	
Birinci basamak	45 (10,3)	33 (7,6)	78 (17,9)	
Ebelik ile ilgili tüm alanlar	58 (13,3)	7 (1,6)	65 (14,9)	
Hastanelerde yönetici	31 (7,1)	19 (4,3)	50 (11,5)	
Doğum salonu	26 (5,9)	5 (1,1)	31 (7,1)	
Toplam	149 (66,2)	76 (33,8)	225(100,0)	

*Öğrenciler birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Ebelik bölümünde erkek öğrenci olmamalı diyen öğrencilerin nedenleri incelendiğinde (n=112), %45,5'i (n=51) "duygusal olarak kadınları kadınlar anlar", %34,8'i (n=39) "gebeler/kadınlar rahatsız olur" şeklinde belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin erkeklerin mesleğe katılmasını istememe nedenlerinin dağılımı

İfadeler	n	%
Duygusal olarak kadınları kadınlar anlar	51	45,5
Gebeler/Kadınlar rahatsız olur	39	34,8
Kadına özgü meslek	15	13,4
Erkek hekimlerin olması yeterli	5	4,5
Toplum hazır değil	2	1,8
Toplam	112	100,0

Tartışma

Meslek, Türk Dil Kurumu (TDK) (15)'na göre, belli bir eğitimle kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan kuralları belirlenmiş iş olarak tanımlanmaktadır (15). Mesleğe dair yapılan tanımda her ne kadar cinsiyet vurgusu yapılmamış olsa da pek çok toplumda "kadın işi" ve erkek işi olarak kabul gören meslekler bulunmaktadır (16). Bu bağlamda, ebelikte kadın cinsiyetine atfedilen mesleklerdendir. Bu çalışmada ebelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin erkeklerin ebeliğe katılması ile ilgili düşünceleri değerlendirilmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin yarısından fazlası (%66,2) ebelikte erkeklerin de olması gerektiğini belirtmişlerdir. Ülkemizde lisans düzeyinde ebelik bölümlerine başvuruda üç üniversite dışında öğrencinin kadın olması şartı aranmaktadır

(13,14). Hali hazırda ebelik bölümlerine erkek öğrenci alan üniversiteleri de az sayıda erkek öğrencinin tercih ettiği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla ülkemizde çalışmakta olan mezun erkek ebe sayısı da oldukça azdır. Yapılan benzer bir çalışmada öğrencilerin %52,2'si erkeklerin ebelik mesleğinde yer alması gerektiğini belirtmiştir (14). Yıldırım ve ark.'nın (2) çalışmasında da öğrencilerin %50,6'sı ebelikte erkeklerinde olması gerektiğini bildirmiştir. Çalışmamızdaki öğrenciler bu iki çalışmaya göre biraz daha fazla ebelikte erkeklerin olmasını istemekle beraber sonuçlar birbirine yakındır.

Erkekler kadın yoğunluğu olan mesleklere girmekte isteksizdirler. Bunun nedeni olarak toplum tarafından yüceltilen ve ödüllendirilen erkeksi vasıflarını kaybetme korkusu yaşamak ve kadınsı yönlerden kaçınarak erkek egemen alanlarda yer almak istemeleridir (17). Buna karşın kadınlarda erkek egemen meslekler yerine daha feminen meslekleri tercih etmektedirler.

Çalışmamızda öğrencilerin %55,6'sı erkek ebe'nin toplum tarafından kabul görmeyeceğini bildirmişlerdir. Yine öğrencilerin %55,2'si erkek bir aile yakınının (kardeş, ağabey, kuzen vb.) ebe olmasını istemediklerini ve %56,5'i erkek bir ebeden bakım almak istemediğini bildirmiştir. Gönenç ve ark.'nın (14) çalışmasında öğrencilerin %71,3'ünün toplumun erkek ebeleri olumsuz karşılayacağı, %63,3'ü oğlunun ebe olmasını istemeyeceğini, %37,1'i ise erkek ebeden bakım almak istemeyeceğini bildirmiştir. Benzer bir çalışmada da öğrenciler erkek ebeden bakım almak istemediklerini (%72,5) belirtmiştir (2). Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalarda bu sonuçları bildiren öğrencilerin tamamının cinsiyeti kadındır. Kadın öğrencilerin bir yanda erkeklerin ebeliğe katılımını istemeleri bir yandan da bunun toplumda kabul görmeyeceğini, erkek bir yakınının ebe olmasını istememeleri ve erkek bir ebeden bakım almak istememeleri düşündürücüdür. Erkeklerin ebeliğe katılımı ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı olup, kadına atfedilen mesleklerden biri olan hemşireliğe erkeklerin katılımı ile ilgili yapılan çalışmalar daha fazladır ve ebeliğe benzer sonuçlar bildirilmiştir. Sağlık dışı bir alandaki öğrencilerin katılımı ile yapılan bir çalışmada hemşirelik mesleğine erkeklerin katılımının hastalar tarafından kabul görmeyeceği bildirilmiştir (18). Bir diğer çalışmada pediatri servislerinde tedavi

gören ebeveynlerin çoğu kız çocuklarının hemşire olmasını isterken erkek çocuklarının hemşire olmasını istememektedir (19). Kadın doğum kliniğinde yatmakta olan hastalarla yapılan iki çalışmada kadınların çoğu erkeklerinde hemşire olabileceğini ancak kadın doğum servislerinde erkeklerin çalışmasını olumsuz bulduklarını erkek hemşireden bakım almak istemediklerini ifade etmişlerdir (20,21). Bizim çalışmamızda da erkeklerin ebe olmasını istemeyen öğrenciler buna gerekçe olarak duygusal olarak kadınları kadınların anlayacağını (%45,5) ifade etmişlerdir.

Toplumsal cinsiyet olgusunun dâhilinde kadına özgü atfedilen sekreterlik, öğretmenlik, hemşirelik, ebelik gibi meslekler doğal olarak toplum tarafından kabul görmektedir (22). Çalışmamızda öğrencilerin %56,9'u ebelik mesleğini kadına özgü bir meslek olarak görmektedir. Benzer bir çalışmada öğrencilerin yarısından fazlasının ebeliği cinsiyete özgü bir meslek olarak gördüğü saptanmıştır. Erkek öğrencilerin katılımı ile yapılan bir çalışmada ise öğrenciler, erkeklerden ebe olmayacağını ve bunun nedenini "erkek adamdan ebe olmaz, çünkü kadın mesleği" şeklinde ifade etmişlerdir (23). Zambiya'da, yapılan bir çalışmada gebelerin, kadın ebelerin daha şefkatli ve daha çok özenli olduklarına inandıkları için ebeliğin bir kadın mesleği olduğuna inandıkları belirtilmiştir (24). Etiyopya'nın Afar bölgesinde yapılan bir çalışmada kadınlar, üreme organlarını bir erkek ebe'ye açmanın kültürel açıdan kesinlikle uygun olmadığına inandıklarını belirtmişlerdir (25). Hemşirelik mesleği için yapılan bir çalışmada katılımcılar hemşireliğin sadece kadına özgü bir meslek olduğunu vurgularken (26) farklı bir çalışmada hemşireliği hem erkeklerin hem kadınların yapabileceği, mesleki başarının cinsiyetten daha önemli olduğu bildirilmiştir (27). Yapılan çalışmalar ve bizim çalışmamızdaki katılımcılar aynı zamanda toplumun bir parçasıdır. Bu sonuçlar kadına özgü mesleklerin toplum tarafından bu şekilde kabullenilişinin bir yansıması olabilir. Ebelik günümüzde hala tek cinsiyetli meslek yapısını sürdürmektedir.

Ebe kelimesi TDK (15)'da doğum işini yaptıran, kadın, büyük anne, nine olarak tanımlanmaktadır. Ebe, kelime olarak ebe'nin yaptığı işten bağımsız doğrudan kadını çağrıştırmaktadır. Çalışmamızda öğrenciler erkek ebelere nasıl hitap edilmesi gerektiği konusunda

kararsız kalmıştır. Öğrencilerin yaklaşık yarısı (n=118; %52,4) cevap vermiş, diğerleri cevap vermemiştir. Cevaplayanlar erkek ebelerle %47,5 ile kadınlara olduğu gibi aynı şekilde ebe ifadesi ile hitap edilebileceğini bildirmiştir. Öğrenciler kadına özdeşleşen ebeliğe erkeklerin katılması durumunda nasıl hitap edileceği ile ilgili sıkıntı yaşamaktadır. Hemşirelik için yapılan benzer çalışmalarda da katılımcıların çoğu erkek hemşirelere nasıl hitap edileceğini bilmediklerini ifade etmişlerdir (28,29). Aynı sıkıntının erkek ebeye hitap ederken de yaşanacağı düşünülmektedir.

Erkekler toplumsal cinsiyet kalıp yargıları nedeniyle kadın yoğun meslekleri düşük statülü bir kadın işi olarak görmektedirler. Bu nedenle erkeklerin kadın yoğun mesleklerde çalışmasına, kadınların erkek yoğun mesleklerde çalışmasından daha az rastlanmaktadır. Bununla birlikte kadın yoğun mesleklerde çalışan erkekler, erkek yoğun mesleklerde çalışan kadınlara göre daha avantajlıdır. Kadın yoğun mesleklerde çalışan erkeklerin pozitif ayrımcılıkla karşılaştıkları ve bu sayede kariyerlerinde kadın meslektaşlarına oranla daha hızlı yükseldikleri görülmektedir (17). Bu bağlamda çalışmamızda erkek ebelerin mesleğe katılımı durumunda mesleğe yansımalarının nasıl olacağına ilişkin değerlendirmelerde, erkek ebeler olmalı diyen öğrenciler erkek ebelerle meslekte profesyonelliğin artacağı, bakımın kalitesinin artacağı, toplumsal statüsünün yükseleceği, yasal düzenlemelerde gelişmeler olacağı ifade etmiştir. Çalışmamıza benzer çalışmalarda ebelik mesleğinde hızlı gelişmeler olacağı ve toplumsal statüsünü geliştireceğini, yasal süreçlerin hızlanacağı bildirilmiştir (2,14). Hemşirelik mesleğine erkeklerin katılımına ilişkin yapılan benzer çalışmalarda da erkeklerin mesleğin statüsünü, toplumdaki statüsünün ve saygınlığının yükselteceği dolayısıyla mesleğin profesyonelliğine ilişkin olumlu yansımaları olacağı görüşü hakimdir (30-33).

Kuramcılara göre besleyip büyütme ve duygular, kadını özellikler olarak kabul edilirken, akıl yürütme ve saldırganlık erkekliğe özgü varsayılmıştır. Bu bağlamda erkeklerin kadın egemen mesleğe girmesinin saygınlığı arttıracığı ve yönetici olarak çalışacakları öngörüsü yaygındır (30). Çalışmamızda ebelikte erkeklerin olmasını isteyen öğrenciler kadının yaptığı her işi erkeğinde yapabileceğini ifade etmiştir. Ancak

erkek ebelerin çalışma alanları sorgulandığında öne çıkan bir çalışma alanı olmamıştır. Bu iki sonuç birbirini doğrular niteliktedir. Gönenç ve ark. (14) çalışmalarında erkek ebelerin yönetici pozisyonlarında daha çok görev alacağı önermesine öğrencilerin %45,8'inin katılmadığını bildirmiştir. Hemşirelikte yapılan benzer bir çalışmada da erkek hemşirelerin çalışma alanlarında öne çıkan bir alan olmamıştır (34). Hemşirelikte yapılan farklı çalışmalarda ise erkek öğrencilerin yönetici hemşire olmayı istedikleri görülmüştür (30,35). Bu farklı sonuçlar ışığında ebelikte erkeklere atfedilen öne çıkan bir çalışma alanı yoktur ve erkek ebelerin ebeliğe ilişkin her alanda çalışabilecek olması olumlu bir sonuçtur, ancak hemşirelikte farklı alanlar öne çıkabilmektedir.

Sonuç

Erkek ebelerin mesleğe katılımına ilişkin yapılan bu çalışmada öğrencilerinin yarıdan fazlası erkeklerin ebeliğe katılımını istemektedir ve bunun mesleğe olumlu katkıları olacağını düşünmektedir. Bununla birlikte öğrencilerin yine yarısından fazlası ebeliği kadına özgü bir meslek olarak görmekte ve erkek ebelerin toplum tarafından kabul görmeyeceğini, erkek ebeden bakım almak istemediklerini ve erkek bir yakınının ebe olmasını istemediklerini de düşünmektedir. Elde edilen sonuçlar ışığında öğrencilerin erkek ebelerle olumlu baktıkları ancak bununla ilgili çelişkili düşüncelerinin olduğu görülmüştür. Toplumların değişen yapısı içinde her mesleğe her iki cinsiyetinde katılması kaçınılmazdır.

Kaynaklar

1. Atasoy I, Ermin C. Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Mesleklerine Bakış Açısının İncelenmesi [An Investigation on the Professional Perspectives of the Nursing and Midwifery Students]. DÜ Sağlık Bil Enst Derg; 2016;6(2):83-91.
2. Yıldırım F, Çelik P, Özmen C, Erol S, Üst ZD, Özkan H. Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Ebelik Mesleğinde Erkeklerin Yer Almasına İlişkin Görüşleri [Midwifery Students's Views On Involving Men Midwife In Midwifery Profession]. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2014;3(1).

3. Köroğlu Ö. Meslek Seçimi İle Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Turizm Rehberliği Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma [Determination Of The Relationship Between Occupational Choice and Personality Traits: An Investigation On Tourism Guiding Students]. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2014;19(2): 137-157.
4. Çiftçi GE, Bülbül SF, Bayar Muluk N, Çamur Duyan G, Yılmaz A. Sağlık Bilimleri Fakültesini Tercih Eden Öğrencilerin, Üniversite Ve Meslek Tercihlerinde Etkili Olan Faktörler (Kırıkkale Üniversitesi örneği) [Factors in Selecting a University and Career among Students Studying in the Faculty of Health Sciences (Kırıkkale University)]. J Kartal TR; 2011;22(3):151-160.
5. Kennedy HP, Erickson-Owens D, Davis JAP. Voices of diversity in midwifery: a qualitative research study. J Midwifery Womens Health. 2006;51(2):85-90.
6. Mitchell LM. Baby's First Picture: Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects. University of Toronto Press, Toronto. <https://books.google.com.tr>. 2001. Erişim Tarihi: 09.05.2017
7. Nelson A. Men and Women in Midwifery. <http://www.wondersandmarvels.com/>. 2008. Erişim Tarihi: 09.05.2017
8. Vernon LF. A Brief Overview of How Male Medicine Co-Opted the Midwife's Role in the Birth Process. Open Journal of Nursing. 2015;5: 758-764.
9. Yücel U, Tuna Oran T, Yüksel E. Ebelik öğrencilerinin meslek ile ilgili görüşlerinin ve mezuniyet sonrası çalışmak istedikleri kurumların değerlendirilmesi [Evaluation of Midwifery Students' Opinions of Their Profession and Assessment of Their Preferences About Institution Types That They Will Work]. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(4):69-76.
10. Jones D. The life of men in midwifery: male midwives changing the rules. Women and Birth. 2013; 26 (Supplement1): S232. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2013.08.193>
11. Kantrowitz-Gordon I, Simon AE, Ann M. Men in midwifery: A national survey. J Midwifery Womens Health. 2014;59(5):516-522. doi:10.1111/jmwh.12191
12. Nangonzi Y. Minister Musingo wants male students admitted to midwifery. Kampala. <https://search.proquest.com/docview/2009550928?accountid=16716>. 02 March 2018.
13. Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS) Yükseköğretim Programları Ve Kontenjanları Kılavuzu. 2018. Erişim Tarihi: 22.02.2019. <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2018/YKS/KONTKILAVUZ6082018.pdf>
14. Gönenç İM, Yılmaz Sezer N, Erkal İlhan S, Öztaş Karataş D. Ebelik Öğrencilerinin Erkeklerin Mesleğe Katılması Konusunda Görüşlerinin Belirlenmesi [Determination of Midwifery Students' Opinions About Participation of Male in Occupation]. Türkiye Klinikleri J Health Sci. 2016;1(2):79-87.
15. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/> Erişim tarihi: 02.05.2018.
16. Parlaktuna İ. Türkiye'de cinsiyete dayalı mesleki ayrımcılığın analizi [Analysis of Gender-Based Occupational Discrimination in Turkey]. Ege Akademik Bakış. 2010;10(4):1217-1230.
17. Gönç T. Kadın yoğun meslekleri erileştirmeye yönelik stratejiler: Türkiye'de erkek hemşireler örneği [The Strategies For Masculinization Of Women Concentrated Occupations: The Case Of Male Nurses in Turkey]. SAD; 2016;19(1):96-144.
18. Ekinci M, Dikici İC, Derya M, Andsoy II, Dinç S, Şahin AO. Mühendislik Bölümünde Öğrenim Gören Erkek Öğrencilerin Erkek Hemşirelere Karşı Bakış Açıkları [Perspectives Of Male Students Studying In The Department Of Engineering Against Male Nurses]. Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(1).
19. Akgün Kostak M, Akçakoca S, Sıcak G. Çocuğu Pediatri Servislerinde Tedavi Gören Ebeveynlerin Erkek Hemşireler Hakkındaki Düşünceleri [Opinions About Male Nurses of Parents Who had Treated Child in Pediatric Clinic]. Cumhuriyet Hem Der; 2015;4(1):18-26.
20. Cangöl E, Cangöl S. Kadın Doğum Kliniklerinde Yatan Kadınların Erkek Hemşireler Hakkındaki Görüşleri [The Women's Hospitalized In Obstetric/Gynecologic Ward Views About

- Male Nurses]. Osmangazi Tıp Dergisi.2017;39(1): 1-5. Doi: 10.20515/otd.285154.
21. Taşçı KD. Kadın Doğum Servislerinde Yatan Hastaların Erkek Hemşireler Hakkındaki Düşünceleri [Inpatients on Obstetrics and Gynecology Services Opinions about Male Nurses]. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;10:2.
 22. Eken H. Toplumsal Cinsiyet Olgusu Temelinde Mesleğe İlişkin Rol İle Aile İçi Rol Etkileşimi: Türk Silahlı Kuvvetlerindeki Kadın Subaylar. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2006;15:247-279.
 23. Çalbayram NÇ, Gönenç İM. Meslek Tercihini Yapacak Erkek Öğrencilerin Ebelik Hakkındaki Görüşleri [The Opinions among the Male Students about Midwifery, Who would Choose a Career]. STED; 2017;26(1):32-37.
 24. Bwalya P, Kolala P, Mazyopa E, Mofya B, Ngoma CM. Perceptions, beliefs and attitudes of expectant women towards male midwives conducting deliveries in health institutions in Zambia. IRJPEH; 2015;2(4):43-48.
 25. Gwiina KD. Updates: Culture, tradition and maternal mortality in Africa. <http://m.carmma.org/update/culture-and-traditions-role-maternal-mortality-africa>. 2013. Erişim Tarihi: 24.10.2017.
 26. Arslan A, Ağaçdiken Alkan S. Üniversite Öğrencilerinde Erkek Hemşire Algısı [Female Nurse Perception Among University Students]. Samsun Sağlık Bil Der. 2016;1(1).
 27. Kaya N, Turan N, Öztürk A. Türkiye’de Erkek Hemşire İmgesi [Men nurse image in Turkey]. UİBD; 2011; 8(1).
 28. Demiray A, Bayraktar D, Khorshid L. Erkek hemşirelik öğrencilerinin hemşireliği seçme nedenleri ve bu mesleği seçme nedeniyle yaşadıkları sorunlar [The reasons for choosing nursing profession and experienced problems of male nursing students]. JHS. 2013;10(1):1440-1455.
 29. Ünsal A, Akalın İ, Yılmaz V. Farklı Meslek Çalışanlarının Erkek Hemşirelere İlişkin Görüşleri [Opinions of different profession working people related men nurse]. UİBD; 2010; 7(1).
 30. Gönç T. Hemşireliğin Geleceği Mesleğin Cinsiyetsizleşmesini Vadediyor Mu? Erkek Ve Kadın Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Ve Toplumsal Cinsiyeti İlişkilendirme Eğilimlerinin Sosyolojik Analizi [Does the future of nursing promise a degenderizing of the occupation?: A sociological analysis of male and female nursing students’ tendencies to relate occupations to gender]. Fe Dergi. 2016;8(1):144-167.
 31. Kocaer Ü, Öztop T, Usta N, Gökçek D, Bahçecik N, Öztürk H. et al. Hemşirelik Mesleğinde Erkek Üyelerin Yeri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;7(2).
 32. Koç Z, Bal C, Sağlam Z. Hastanede Yatarak Tedavi Görmekte Olan Hastaların, Erkeklerin Hemşirelik Mesleğine Katılımları İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi [The Detection of the Views of In-patients upon Males’ Involvement in Nursing]. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı. 2010; 324-329.
 33. Yılmaz M, Karadağ G. Erkek Öğrenci Hemşireler Hemşirelik Mesleğini Nasıl Algılıyor?. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilimi ve Sanatı Dergisi. 2011; 4(1).
 34. Alan N, Uğur Ö. Hasta ve yakınlarının erkek hemşirelere ilişkin görüşlerinin belirlenmesi [Patient And Nearby Determination Male Nursing Relationship Of Views]. Medical Sciences. 2018;13(1):1-9.
 35. Güven ŞD, Küçükakça G, Çalbayram N. Erkekler Hemşireliği Neden Tercih Ediyor? [Why do males prefer nursing?]. JHS; 2016;13(2), 3173-3180. doi:10.14687/jhs.v13i2.3717.

Özel Eğitim Alan Engelli Birey Ve Ailelerinde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Araştırılması
Investigation Of Physical Activity Levels İn Disabled Individuals With Special Needs Education
And Their Families

Tuğçe TAHMAZ¹, Devrim TARAKCI², Ela TARAKCI³

ÖZ

Amaç: Çalışmamızın amacı; özel eğitim alan engelli bireylerin ve bakım verenlerinin fiziksel aktivite düzeylerini araştırmaktır.

Gereç: Çalışmaya 5-18 yaşları arasında olan 15 bedensel engelli, 15 hafif mental retarde ve 15 otizm tanısı almış 45 engelli birey ve bakım vereni dahil edildi.

Yöntem: Engelli bireylerde değerlendirme için Çocukluk ve Ergenlik Fiziksel Aktivite Biçimleri Anketi (ÇFA) ve pedometre kullanılırken bakım verenlerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu (UFAA-KF), Cooper Anketi ve pedometre kullanıldı.

Bulgular: Engelli bireylerde kullanılan ÇFA'nın motor kısmında (1-8 arası kısım) grup içi değerlendirme sonuçları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,006$). Engelli bireylerde gruplar arası pedometre sonuçları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Engelli bireylerde gruplar arası ÇFA'nın motor kısmında (1-8 arası kısım) bedensel engelli bireylerle otizmlili bireyler arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,004$). Bakım verenlerde kullanılan; UFAA-KF, pedometre, Cooper Anketinde grup içi ve gruplar arası sonuçlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Çocukların aktif ve sosyal yaşamda daha bağımsız olmaları fiziksel aktivite ile mümkündür. Bakım verenler çeşitli faktörler nedeniyle inaktif durumdadır. Bu konu ile ilgili çeşitli seminerler düzenlenerek bilinç düzeyinin artırılması gerektiği görüşündeyiz.

Anahtar kelimeler: Bakım veren, Engelli çocuk, Fiziksel aktivite

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to investigate the physical activity levels of disabled individuals who take special education and caregivers.

Materials and Methods: Between the ages of 5-18 who meet the inclusion criteria for our study; 45 handicapped individuals who had 15 bodily handicaps, 15 mild mental retardations and 15 autism and their care givers were taken. For the assessment of disabled individuals; the Childhood and Adolescent Physical Activity Forms Questionnaire (CPA) and pedometer were used. Caregivers were evaluated with; International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF), Cooper Survey and pedometer.

Results: İn the motor part of the CPA (1-8 part) used in disabled individuals, there was a significant difference between the scores of intra-group evaluation results in the CPA ($p= 0.006$). There was no significant difference between the inter-group pedometer results of disabled individuals ($p>0.05$). A significant difference found in the motor part of the CPA (1-8 part) between the inter-group evaluation results of individuals with physical disabilities and individuals with autism ($p = 0.004$). Used in caregivers; there was no significant difference intra-group and inter-group between IPAQ-SF, pedometer, Cooper Questionnaire ($p> 0.05$).

Conclusion: It is possible for children to be more independent in active and social life by physical activity. Caregivers are inactive because of several factors. We believe that the awareness level should be increased by organizing various seminars on this subject.

Keywords: Caregiver family, Disabled child, Physical activity

Geliş Tarihi/Received: 02.08.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 24.05.2019

¹ Uz. Fzt., İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ORCID: 0000-0001-6953-7138

² Dr.Öğr.Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü, ORCID: 0000-0001-9804-368X

³Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Nörolojik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0003-1330-2051

Sorumlu yazar /correspondence: Tuğçe TAHMAZ, Uzman Fizyoterapist, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tantavi mah. Estergon cd. 39/4 Ümraniye/İST., e-mail: tugcetahmaz@msn.com

Giriş

Fiziksel aktivite, kişinin bedensel ve ruhsal sağlığının devamlılığını sağlayan temel unsurlardan biridir (1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımlamaya göre engellilik bir yetersizlik ya da özür nedeni ile cinsiyete, yaşa, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden istenen aktivitelerin kısıtlanması ya da tam olarak yapılamaması olarak ifade edilmektedir (2).

Engelli kişilerin fiziksel aktivite ve spor etkinliklerine katılımlarındaki amaç, yaşamlarında bağımsız ve daha sağlıklı olmalarına destek olmak ve toplumsal hayata aktif katılımlarını daha iyi duruma getirmektir (3). Çoğu engelli birey fırsat eşitsizliği, düşük performans beklentisi ve sosyal ayrımcılık gibi olumsuz faktörler nedeniyle fiziksel aktivitelere katılmakta zorlanmaktadır (4). Otizm ömür boyu devam eden genellikle erken çocukluk döneminde teşhisi konulan, iletişim becerilerinde gecikme, sosyal etkileşimde güçlük, belirli davranış ve gelişim paternlerini etkileyen bir durumdur (5). Motor gelişimde gecikmeye bağlı olarak fiziksel aktivite düzeyleri etkilenmektedir (6). Bedensel engelli bireylerde fonksiyonel limitasyonlar, çevresel faktörler ve kişinin yaşadığı psiko-emosyonel sorunların etkileşimi kişinin ve bakım vereninin fiziksel aktivite düzeyini olumsuz yönde etkiler (4). Zihinsel engelli bireylerde de diğer engel gruplarına benzer olarak sedanter yaşam şekli hakimdir. Bu durum zihinsel etkilenimi olan bireylerde, obezite riskini arttırmaktadır (7). Engelli bireyin bakım verenleri, içinde buldukları iş yükü ve strese bağlı inaktif bir yaşam sürmektedir. Fiziksel aktivite sağlıklı yaşlanmanın temel taşıdır (8). İnaktif bir yaşam tarzı; koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, obezite, Tip II diyabet ve osteoporoz gibi ikincil sağlık problemlerine neden olabilir (9).

Ülkemiz koşullarında sağlık kurulları ve rehberlik araştırma merkezlerince tanınması yapılan engelli bireyler, eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerini Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinden almaktadırlar.

Çalışmamızın amacı, özel eğitim alan engelli bireyler ve bakım verenlerinde engel gruplarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılmasıdır.

Yöntem

Olgular

5-18 yaşları arasında olan, 15 bedensel engelli, 15 hafif mental retarde ve 15 otizm tanısı almış 45 engelli birey ve yaşları 23-50 yaşları arasında olan bakım verenleri dahil edildi. İstanbul Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10840098-604.01.01-E4269 sayılı etik kurul onayı alınarak, katılımcılara çalışmanın amacı ve yapılacak değerlendirmeler hakkında bilgi verildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi'ne göre 1-2 seviyesinde olması, gövde ve ekstremiteleri etkileyen ciddi seviyede deformite ve kontraktür olmaması, görme ve işitme probleminin olmaması, değerlendirmeden kısa süre önce herhangi bir cerrahi girişim ya da botulinum toksin-a enjeksiyonu geçirmemiş olmaması, kontrol altına alınamayan epileptik nöbeti olmamasıdır.

Değerlendirmeler

Tüm engelli bireyler, demografik bilgilerin sorgulandığı değerlendirme formu, aktivite seviyelerini belirlemek üzere Çocukluk ve Ergenlik Fiziksel Aktivite Biçimleri Anketi ve pedometre cihazı kullanılarak değerlendirildi. Bakım verenler, demografik bilgilerin sorgulandığı değerlendirme formu, aktivite seviyelerini belirlemek için Cooper Anketi, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu ve pedometre cihazı kullanıldı.

Çocukluk ve Ergenlik Fiziksel Aktivite

Biçimleri Anketi: Her gelişim seviyesi için katılımcıların dört farklı kategorideki (beden eğitimi dersleri, spor kursları, organize edilmiş spor faaliyetleri ve rekreatif fiziksel aktiviteler) fiziksel aktivitelere katılım ve katılımından hoşlanma seviyelerinin ne kadar olduğu sorgulandı (10). Katılım ve tutum puanlarının belirlenmesi, ankette yer alan ilk sekiz soru ile değerlendirildi.–Burada seçenekler, 1=“Hiçbir zaman” (%0-%20), 2=“Nadiren” (%21-%40), 3= “Bazen” (%41-%60), 4=“Sıklıkla” (%61-%80), 5=“Her zaman” (%81-%100) olarak puanlandırıldı. Katılım ve hoşlanma puanları ayrı ayrı hesaplandı. Toplam katılım ve hoşlanma puanlarına; katılım ve hoşlanma düzeyleri toplanarak ulaşıldı. Psiko-emosyonel faktörleri ölçmek için 9-11 soruları soruldu. Dokuzuncu soruda, katılımcıların kendi yaşlılarıyla karşılaştırıldıklarında kendilerini nasıl algıladıklarına yönelik ifadede 1=“Çok az aktiftim”,

2=“Az aktiftim”, 3=“Eşit düzeyde aktiftim”, 4=“Daha aktiftim” ve 5=“Çok fazla aktiftim” seçenekleri; onuncu soruda, fiziksel aktivitelere olan genel tutumlarına yönelik ifadeye 1=“Hiç sevmezdim”, 2=“Sevmezdim”, 3=“Ne sever ne sevmezdim”, 4= “Severdim” ve 5=“Çok severdim” seçenekleri; on birinci soruda ise kendi becerilerini algılama düzeylerini içeren ifadeye 1=“Çok sınırlıydı”, 2=“Sınırlıydı”, 3=“Vasattı”, 4=“Ortalamanın üzerindeydi” ve 5=“Mükemmeldi” seçenekleri yer almıştır.

Cooper Anketi: Cooper anketi katılımcıların son üç aya ait yapmış oldukları fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek için kullanıldı. Katılımcılara 13 fiziksel aktivite ve bu aktivitelere katılım sıklıkları, vakit ayırdıkları süre ve katılım yoğunlukları gibi maddeleri sorgulayan sorular yöneltildi (10). Cooper Anketi’nde yetişkinlerin fiziksel aktivite düzeyleri değerlendirilirken, katılımcıların belirtmiş oldukları aktivitelerin hangi şiddette (hafif, orta veya yüksek) aktiviteler oldukları, belirttikleri aktiviteleri haftada kaç kere ve günde kaç dakika yaptıkları göz önünde bulundurularak her aktivitenin belirlenen MET cinsine göre değerleri tespit edildi ve bu değerler aktivitelerde harcanılan kalori miktarının hesaplanmasında kullanıldı. Harcanan kalori miktarları bakımından katılımcılar aktiflik düzeylerine göre gruplandırılırken, Avustralya Ulusal Kanser Önleme Politikası 2004-06 (Australian National Cancer Prevention Policy 2004-06)’ında yer alan enerji harcama ve aktiflik düzeyi sınıflandırması esas alınmıştır. Sınıflandırma; sedanter; 50-800 kcal.hft olanlar düşük düzeyde aktif, 801-1600 kcal.hft harcayanlar orta düzeyde aktif ve haftada >1600 kcal.hft enerji harcayanlar ise yüksek düzeyde aktif grup olarak belirlenmiştir.

Pedometre: Çalışmaya katılan bireylerden 1 gün boyunca Omron HJ-320-E marka pedometreyi üzerlerinde bulundurmaları istendi. Cihazın ekranından bir gün sonrası adım sayısı not edildi (11).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Form: Bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini tespit etmek amacıyla geliştirilmiş olan bir ankettir. Kısa form toplam 7 soruyu içermektedir. Bu anket çalışmamızda yürüme esnasında, orta ve şiddetli aktiviteler esnasında ve otururken harcanan süre hakkında bilgi edinmemizi sağlamak amacıyla kullanıldı (12). Kısa formun toplam skorunun

hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Aktiviteler için gerekli olan enerji MET-dakika skoru ile hesaplanır. Toplam, MET-dk/hafta = (yürüme+orta şiddetli aktivite+şiddetli aktivite+oturma) MET-dk/hafta. Sayısal verilere göre sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre 3 aktivite seviyesi vardır: İnaktif (Kategori 1) : En alt fiziksel aktivite seviyesidir. Kategori 2 ve 3 içine dâhil edilemeyen durumlar inaktif olarak düşünülür. Minimal Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki kriterlerden herhangi birine girenler minimal aktiftir.

- 3 veya daha fazla gün en az 20 dakika şiddetli aktivite yapmak,
- 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması,
- Minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi,

Çok Aktif (Kategori 3): Bu ölçüm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu kategori, sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken düzeydir. İki ayrı kritere sahiptir;

- Minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya
- Minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu.

İstatistiksel Analizler

Çalışmanın veri analizi “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) Version 20.0 (SPSS inc., Chicago, IL, ABD) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu araştırmak için “Shaphiro-Wilks” testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama ve standart sapma (Ort ± SS) ile ifade edildi. 3 grubun karşılaştırılmasında One Way Anova testi tercih edildi. Grupların birbirine olan farklılıkları post hoc testlerden Tukey Hsd kullanılarak analiz edildi. p<0,05 olasılık değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan 15 bedensel engelli, 15 hafif mental retarde ve 15 otizm tanısı almış 45 engelli birey ve bakım verenine ait demografik veriler; çalışmaya katılan otizmlili bireylerin bakım vereninin yaş ortalaması 37,46±5,13 yıl, boy ortalaması 163,26±4,97 cm, kilo ortalaması 68,26±12,90 kg; zihinsel engelli bireylerin bakım

Tablo 1: Bakım verenlerin değerlendirme parametrelerinin gruplar arası karşılaştırılması

	Otizm	Zihinsel	Bedensel	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	p
UFAA	287,230±195,071	345,100±321,820	332,620±252,930	0,817
Pedometre	3616,060±3159,930	4121,860±2188,300	3943,130±3159,930	0,848
Cooper Anketi	2181,180±1111,530	2270,420±1033,250	2621,750±1408,590	0,570

*p<0,05, UFAA: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 2: Engelli bireylerin değerlendirme parametrelerinin gruplar arası karşılaştırılması

	Otizm	Zihinsel	Bedensel	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	p
Pedometre	7856,460±2521,430	8602,930±2389,150	7737,460±1717,710	0,350
ÇFA (1-8 arası kısım, motor değerlendirme)	22,400±6,360	27,330±6,570	30,060±5,590	0,006*
ÇFA (9-11 arası kısım, psiko-emosyonel değerlendirme)	9,460±2,770	11,130±2,380	11,260±2,310	0,102

*p<0,05 ; ÇFA: Çocukluk Çağı Fiziksel Aktivite Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 3: Çocukluk Çağı Fiziksel Aktivite Anketi (1-8 arası kısım) motor değerlendirme sonuçlarına göre engelli bireylerin gruplar arası karşılaştırılması

ÇFA	Otizm	Zihinsel	Bedensel
Otizm	22,400± 6,360 (Ort±SS)	0,086	0,004*
Zihinsel	0,086	27,330 ± 6,570 (Ort±SS)	0,455
Bedensel	0,004*	0,455	30,060±5,590 (Ort±SS)

*p<0,05, ÇFA: Çocukluk Çağı Fiziksel Aktivite Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

vereninin yaş ortalaması 35,73±4,00 yıl, boy ortalaması 163,26±6,18 cm, kilo ortalaması 65,46±12,44 kg; bedensel engelli bireylerin bakım vereninin yaş ortalaması 37,20±7,36 yıl, boy ortalaması 161,13±4,53 cm, kilo ortalaması 61,73±9,32 kg iken engelli bireyler de otizm grubunda yaş ortalaması 7,73±3,01 yıl, boy ortalaması 131,53±23,83 cm, kilo ortalaması

34,60±15,56 kg; zihinsel engelli grubun yaş ortalaması 9,26±2,54 yıl, boy ortalaması 135,26±15,76 cm, kilo ortalaması 38,33±12,26 kg; bedensel engelli grubun yaş ortalaması 9,73±2,21 yıl, boy ortalaması 138,13±15,81 cm, kilo ortalaması 36,00±10,44 kg idi. Bakım verenlerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu, pedometre, Cooper Anketi formlarının gruplar

arası değerlendirme sonuçlarında istatistiksel fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 1). Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi sonuçlarında en yüksek skora $345,10\pm 321,82$ puan ile zihinsel engelli grup bakım vereninin sahip olduğu belirlendi. Bakım verenler de pedometre ile ulaşılan en yüksek günlük adım sayısı, $4121,86\pm 2188,30$ adım sayısı ile zihinsel engelli bireylerin bakım verenlerine aitti. Cooper Anketi sonuçlarına bakıldığında ise en düşük puan $2181,18\pm 1111,53$ otizmlı grup bakım vereninde ölçüldü.

Engelli bireylerin pedometre, Çocukluk ve Ergenlik Fiziksel Aktivite Biçimleri Anketi motor soruları (ÇFA 1-8 arası kısım) ve psiko-emosyonel sorularının (ÇFA 9-11 arası kısım) gruplar arası fark karşılaştırılmasında yapılan analiz sonucu istatistiksel anlamlı bulundu ($p=0,006$). Pedometrede en yüksek günlük adım sayısı $8602,93\pm 2389,15$ adım sayısı ile zihinsel engelli grupta ölçüldü. Çocukluk ve Ergenlik Fiziksel Aktivite Biçimleri Anketinde yer alan psiko-emosyonel soruların sonuçlarına göre en yüksek etkilenim $9,46\pm 2,77$ puana sahip otizmlı grupta idi (Tablo 2). ÇFA motor kısmı değerlendirme sonuçları ikili gruplar arasında karşılaştırıldığında bedensel engelli bireylerle otizmlı bireyler arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,004$), (Tablo 3).

Tartışma

Fiziksel aktivitenin çocukların sağlıklı büyümesi ve gelişimi için temel gerekliliklerden biri olduğu iyi bilinmektedir. Yapılan çalışmalara göre, fiziksel aktivitenin çocukluk çağından itibaren azalmaya başladığı ve ergenlik döneminde azalmaya devam ettiği belirtilmiştir (13). Engelli çocuklar çoğu zaman fiziksel aktivite programlarına katılamamaktadır (14). Özel eğitim kurumlarında eğitim alan engelli bireylerde ve onların bakım verenlerin de fiziksel aktivite düzeylerini saptamak için çeşitli değerlendirmeler yaptığımız çalışmamızda üç grup karşılaştırılmıştır. Engelli bireylerde fiziksel aktivite düzeyleri engelliğe göre değişim gösterdiği çalışmamızca bulunmuştur. Bakım verenlerin ise inaktif durumda oldukları görülmüştür.

Engelli çocuklar arasında yaşanan deneyimleri inceleyen Heah ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada engelli çocuklar arasında fiziksel aktiviteye daha düşük katılım oranlarının nedenlerinin karmaşık ve çok faktörlü olduğunu

belirtmişlerdir (15). Biz de bu karmaşık ve çok faktörlü nedenleri; Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi, pedometre, Çocukluk ve Ergenlik Fiziksel Aktivite Düzeyleri Anketi ile engelli bireylerde, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, pedometre, Cooper Anketi ölçütlerini kullanarak bakım verenlerde belirlemeye çalıştık. Bedensel engelli gençlerin ve tipik gelişime sahip akranlarının fiziksel aktivite seviyelerindeki farkı inceleyen Stacey ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre engelli çocuklar tipik gelişim gösteren akranlarına kıyasla daha az fiziksel aktiviteye sahiptir (16). Biz de çalışmamızda kullandığımız Çocukluk Çağı Fiziksel Aktivite Anketi sonuçlarına baktığımızda benzer şekilde fiziksel aktivite sonuçlarında genel popülasyona kıyasla daha düşük sonuçlara ulaştık.

Normal ve patolojik yürüyüşün enerji harcamalarını inceleyen Waters ve arkadaşları; tipik gelişim gösteren çocuklarla bedensel engelli çocukları karşılaştırdıklarında, engelli çocukların her gün daha az adım attığı, daha inaktif olduğu, düşük yoğunluklu adım aktivitesiyle daha fazla zaman harcadığı ve yüksek yoğunluklu adım aktivitesine daha az vakit ayırdığını saptamışlardır (17). Çocuklar; 6-11 yaşları arasında; erkekler günde ortalama 12.000 ila 16.000 adım, kızlar 10.000 ila 13.000 adım atması önerilirken, ergenlerin; 12-19 yaşları arasında günlük yaklaşık 8.000-9.000 adım atılması önerilmiştir (18,19). Çalışmamızda tüm gruplar yardımcı cihaz kullanımı olmaksızın değerlendirildi ve bedensel engelli grupta fiziksel aktivite düzeyi diğer gruplara göre daha az bulundu. Bu durum motor becerilerin fiziksel aktivite düzeyinde önemli bir yere sahip olduğu ile açıklanabilir. Ayrıca bedensel engelli bireylerin katılım süreçlerinin diğer tanı gruplarına göre daha zor olduğu ve diğer engelli bireylerin daha aktif sosyal yaşam varlığı sayesinde yüksek skorlara ulaştıkları görüşündeyiz.

Engelli çocukların fiziksel aktivitelere katılımında fark edilen zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı faktörleri araştıran Shields ve arkadaşları, zorlaştırıcı faktörleri; bilgi ve becerilerin eksikliği, çocuğun tercihleri, korku, ebeveynin davranışları, engelliliğe yönelik olumsuz tutumlar, yetersiz tesisler, ulaşım eksikliği, yetersiz programlar, personel kapasitesi ve maliyet şeklinde sıralamışlardır (20). Çalışmamızda ilgili veriler incelenmemiştir, ancak genel bir gözlem olarak

belirlenen kolaylaştırıcı faktörler arasında, çocukların aktif olma isteği, pratik becerileri, akranlarla olan sosyal ilişkisi, ailenin desteği, yakın ve erişilebilir tesisler, engelli çocuklara uygun programlar, nitelikli personel ve yeterli bilgi paylaşımı bulunduğu görüşünderiz.

Günlük kaç adım atılması gerektiğini araştıran Tudor-Locke ve Bassett pedometre kullanarak yaptıkları çalışmalarına göre 'her gün 10.000 adım atmak, sağlıklı yetişkinler için günlük aktivitenin ana bir hedefi olmalıdır' sonucuna ulaşmışlardır (21). Diğer çalışmalarda da benzer seviyelere ulaşmanın sağlık için faydalı olduğunu bildirilmiştir (21). Çalışmaya katılan tüm engelli bireylerin Bakım verenlerinden almış olduğumuz pedometre sonuçlarından anlaşılmaktadır ki günlük adım sayıları hedeflenen adım sayılarına göre çok düşüktür. Bu sonucu bakım verenlerin birçoğunun aktif çalışma hayatında olmamalarına ve çocuk bakımının getirdiği sorumluluk düzeylerinin diğer sağlıklı çocuk sahibi bireylere göre daha yüksek olmalarına bağlamaktayız.

Serebral palsi tanılı okul çağındaki çocukların boş zaman etkinliklerine katılma düzeylerini inceleyen Majnemer A. ve arkadaşları Çocuklarda Katılım ve Eğlenmenin Değerlendirilmesi Anketi'ni (Children's Assessment of Participation and Enjoyment activities -CAPE) kullanarak engelli çocuk sahibi olan ebeveynlerin olumsuz yönde ki faktörlerini; zamanlarını ayarlamalarında yaşanan zorluklar, emosyonel durumlarında ki değişimler ve ailenin aktivite düzeylerinde azalma olarak sıralamışlardır (22). Bakım verenlerin fiziksel aktivite durumlarını belirlemek adına kullandığımız Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Form ve Cooper Anketi sonuçlarına baktığımızda ise bakım verenlerin inaktif bir yaşam tarzına sahip oldukları görülmüştür.

Çocukluk ve ergenlik çağlarında yapılan fiziksel aktivitenin yetişkinlik dönemindeki fiziksel aktivite davranışlarına olan etkisini araştıran Thompsonb AM ve arkadaşları, ebeveynlerin çocukların dışarıdaki fiziksel faaliyetlerinde ailelerin sosyal desteğini incelemiştir. Ebeveynlerin çocuğun faaliyetlerine katılmaları, çocuğun mevcut faaliyet seviyesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve yetişkinlik dönemindeki faaliyet seviyeleri üzerine de kalıcı etkileri vardır sonucuna ulaşmışlardır (23). Engelli çocuklar ve aileleri sabit bir yaşam sürecinde değildir, yaşam boyu çeşitli zorlukların adaptasyonu ile şekil alan

bir hayat sürdürmektedirler (24). Engelli bir çocuğa sahip olmak anne babalar için oldukça stres yaratan bir durumdur. Bu durumda ailenin psikolojik iyilik halini ve fiziksel sağlığını büyük ölçüde etkiler (25). Çocuklar okul çağına geldiklerinde ailelerin zaman içinde adaptif stratejiler geliştirerek ilk yıllara oranla daha az stres düzeyinde olabilecekleri öngörülmektedir (24). Engelli bir çocuğa sahip olmanın getirdiği sorumluluk nedeniyle daha fazla sorun ve stresle baş etmenin gerekliliği, çocukların bakımı üstlenmek zorunda olduklarından dolayı mesleklerinden vazgeçmeleri, bunun getirdiği sonuçla ekonomik durumdaki kötüleşme, sosyal faaliyetlerdeki kısıtlamalar ve uyku bozuklukları ailelerde rastladığımız olumsuz durumlardır (26). Bu durumlarda ailenin engelli çocuğu ile yoğun mesai harcadıkları, fiziksel aktiviteyi ancak engelli birey için gerekli rehabilitasyon ve bakımı sürecinde gerçekleştirmeye çalıştıklarını göstermektedir. Özel eğitim sürecine devam eden engelli bireylerin ve ailelerinin fiziksel aktivite bilinci konusunda eğitilmeleri önemlidir. Rehabilitasyon merkezlerinde tüm engel grupları için aktivite ve katılım temelli eğitim programlarının fiziksel aktivite sürecini destekleyeceği, ailelerinde rehabilitasyon sürecinde psikolojik olarak ve aktivite temelli desteklenmesi ile mümkün olabileceği görüşünderiz.

Çalışmamızda aynı yaş aralığında sağlıklı grubun olmaması, engelli bireylerin pedometreyle takibinin uzun süreli yapılamaması, bakım verenlerin sadece babaların aktif çalışma hayatları olması nedeniyle değerlendirmelerde annelerin öne çıkması çalışmamızın limitasyonları olarak düşünülebilir.

Çalışmamızın sonucunda engelli birey ve bakım verenlerinde fiziksel aktivite düzeyi düşük bulundu. Engel gruplarına göre birey ve bakım vereninde farklılıklar saptanmış olsa da; fiziksel aktivite bilincinin engelli birey ve bakım verenlerinde eksik olduğunu düşünebiliriz. Çalışmamızın sağlıklı bireylerde yaşam için önemli bir yer tutan fiziksel aktivite bilincinin; engelli bireyler, aileleri ve rehabilitasyon hizmeti aldıkları merkezler için bir bilinç yerleşmesi adına öncül bir çalışma olduğu ve daha çok katılımcı ile yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Logan SW, Schreiber M, Lobo M, Pritchard B, George L, Galloway JC. Real-world performance: Physical activity, play, and object-related behaviors of toddlers with and without disabilities. *Pediatr Phys Ther.* 2015; 27(4):433-41.
2. Mâsse LC, Miller AR, Shen J, Schiariti V, Roxborough L. Comparing participation in activities among children with disabilities. *Res Dev Disabil.* 2012; 33(6):2245-54.
3. Koh HK, Piotrowski JJ, Kumanyika S, Fielding JE. Healthy people: a 2020 vision for the social determinants approach. *Health Educ Behav.* 2011; 38(6):551-7.
4. Rehberi OÖAE. TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları [Republic of Turkey Prime Ministry Administration for Disabled People Publications]. 3. baskı. Mattek Matbaacılık, Ankara-2008.
5. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision. Washington, DC: Am J Psychiatry. 2004.
6. Fombonne E. The changing epidemiology of autism. *J Appl Res Intellect.* 2005; 18(4):281-94.
7. Kurumu THS. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi [Turkey Physical Activity Guide]. 2014; Syf:35.
8. Nadon NL, Strong R, Miller RA, Harrison DE. NIA Interventions Testing Program: Investigating Putative Aging Intervention Agents in a Genetically Heterogeneous Mouse Model. *EBioMedicine*, 2016.
9. Rimmer JH, Braddock D. Health promotion for people with physical, cognitive, and sensory disabilities: An emerging national priority. *Am J Health Promot.* 2002; 16(4):220-4.
10. MASSIE, J. E .The Relationship Between Childhood and Adolescent Physical Activity Experiences and Adult Physical Activity Levels. The Degree Doctor of Philosophy: Southern Illinois University, Carbondale 2002.
11. Welk GJ, Differding JA, Thompson RW, Blair SN, Dziura J, Hart P. The utility of the Digi-walker step counter to assess daily physical activity patterns. *Med Sci Sports Exerc.* 2000; 32(9 Suppl):S481-8.
12. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003; 35(8):1381-95.
13. Reilly JJ. When does it all go wrong? Longitudinal studies of changes in moderate-to-vigorous-intensity physical activity across childhood and adolescence. *J Phys Act Health.* 2016; 14(1):1-6.
14. Moran TE, Block ME. Barriers to Participation of Children with Disabilities in Youth Sports. *TEC.* 2010; 6(3):n3.
15. Heah T, Case T, McGuire B, Law M. Successful participation: The lived experience among children with disabilities. *Can J Occup Ther.* 2007; 74(1):38-47.
16. Carlon SL, Taylor NF, Dodd KJ, Shields N. Differences in habitual physical activity levels of young people with cerebral palsy and their typically developing peers: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2013; 35(8):647-55.
17. Waters RL, Mulroy S. The energy expenditure of normal and pathologic gait. *Gait & posture.* 1999; 9(3):207-31.
18. Tudor-Locke C, McClain JJ, Hart TL, Sisson SB, Washington TL: Expected values for pedometer-determined physical activity in youth. *Res Q Exerc Sport.* 2009; 80:164-174.
19. Beets MW, Bornstein D, Beighle A, Cardinal BJ, Morgan CF: Pedometermeasured physical activity patterns of youth: a 13-country review. *Am J Prev Med.* 2010; 38:208-216.
20. Shields N, Synnot AJ, Barr M. Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2012; 46(14):989-97.
21. Tudor-Locke C, Bassett DR. How many steps/day are enough? *Clin Sports Med.* 2004; 34(1):1-8.
22. Majnemer A, Shevell M, Law M, Birnbaum R, Chilingaryan G, Rosenbaum P, et al. Participation and enjoyment of leisure activities in school- aged children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2008; 50(10):751-8.
23. Thompson AM, Humbert ML, Mirwald RL. A longitudinal study of the impact of childhood and adolescent physical activity experiences on adult physical activity perceptions and behaviors. *Qual Health Res.* 2003; 13(3):358-77.
24. Ketelaar M, Volman M, Gorter J, Vermeer A. Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources of stress are we talking about? *Child Care Health Dev.* 2008; 34(6):825-9.
25. Lee GK, Lopata C, Volker MA, Thomeer ML, Nida RE, Toomey JA, et al. Health-related quality

of life of parents of children with high-functioning autism spectrum disorders. *Focus Autism Other Dev Stud.* 2009; 24(4):227-39.

26. Yılmaz H, Erkin G, Nalbant L. Depression and anxiety levels in mothers of children with cerebral palsy: a controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2013; 49(6):823-7.

Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Determination of Nurses' Tendency to Make Medical Errors and Affecting Factors

Nurten ÖZEN¹, Taner ONAY², Füsün TERZİOĞLU³

ÖZ

Amaç: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 01 Mayıs-15 Temmuz 2018 tarihleri arasında sosyal ağlar ve bloglar aracılığıyla hemşire ünvanı almış ve aktif olarak çalışan hemşireler ile online soru formu kullanılarak yürütülmüştür. Araştırma için etik kurul izni ile katılımcıların onamları alındı. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür incelemesi sonucunda geliştirilen 'Katılımcıların sosyo-demografik ve tıbbi hata durumlarına ilişkin hazırlanmış yarı yapılandırılmış soru formu' ve 'Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği' kullanıldı.

Bulgular: Araştırma 390 hemşire ile tamamlandı. Katılımcıların %55.1'i 20-30 yaş aralığında, %87.7'si kadın ve %63.6'sı gece ve gündüz vardiyasında çalışmakta olup, %51.8'i mesleğinden memnun olduğunu ifade etti. Hemşirelerin %82.6'sı hasta güvenliği ve tıbbi hatalara ilişkin eğitim aldığını, %53.1'i daha önce tıbbi hata yaptığını belirtti. Katılımcıların %76.7'si yanlış ilaç uygulamalarının en sık karşılaştıkları tıbbi hata olduğunu, iş yükü fazlalığının (%87.9) ve yorgunluğun (%75.9) tıbbi hataya en sık neden olan faktörler arasında yer aldığını ifade etti. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği toplam puan ortalaması 223.10±19.51 olup, tıbbi hata yapma eğilimleri düşük bulundu. Ölçek toplam puan ortalaması kadınlarda (Z= -2.479; p= 0.013), 31 yaş üzerinde olanlarda (Z= -5.004; p<0.001), 13 yıl ve üzeri (Z= -5.699; p<0.001) ile gece vardiyasında (Z= -3.925; p= 0.001) çalışanlarda, tıbbi hatalara ilişkin eğitim alanlarda (Z= -2.424; p= 0.0015) ve meslekten çok memnun (Z= -5.012; p<0.001) ve memnun (Z= -3.984; p<0.001) olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti.

Sonuç: Çalışma sonucunda, hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu saptandı. Kadın cinsiyetinde ve 30 yaş üzerinde, 13 yıl üzerinde ve gece vardiyasında çalışan, hasta güvenliği ve tıbbi hataya ilişkin eğitim alan ile meslekten çok memnun ve memnun olan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu görüldü. Çalışma sonucunda, hemşirelerin tıbbi hata yapmasına neden olan faktörlere yönelik sürekli hizmet içi eğitim ve kursların planlanması ve yeterli sayıda hemşire istihdamı sağlanarak hataya neden olan faktörlerin en aza indirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta güvenliği, Hemşire, Tıbbi hata, Tıbbi hata ve etkileyen faktörler

ABSTRACT

Purpose: The aim of this descriptive study was to determine nurses' tendency to make medical errors and factors affecting them.

Materials and Methods: Currently employed nurses were recruited through social networks and blogs. An online survey technique was used to collect data between May 1 and July 15, 2018. The study was approved by the ethics committee. Written permission was obtained from the social network and blog owner, and informed consent was obtained from participants prior to study participation. Data were collected using a semi-structured question form "Survey on Participants' Socio-Demographic Characteristics and Medical Errors" developed by the researchers based on literature review, and a "Tendency Scale for Medical Errors in Nursing."

Results: The study was completed with 390 participants. 55.1% of participants were between the ages of 20 and 30 years, 87.7% were women, 63.6% were on the night and day shifts and 51.8% stated that they were satisfied with their work. Of participants, 82.6% stated that they had received training on patient safety and medical errors and 53.1% stated that they had made a medical error before. 76.7% stated that drug administration was the most

Geliş Tarihi/Received: 25.09.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 17.02.2019

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul. ORCID: 0000-0003-3988-0474

² Ar.Gör, Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul. ORCID: 0000-0002-9078-6988

³ Prof.Dr, Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara. ORCID: 0000-0002-8457-0048

Sorumlu yazar /correspondence: Nurten ÖZEN, Dr.Öğr.Üyesi, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Büyükdere Cad. Yazarlar Sok. No: 27, İstanbul, Türkiye. e-mail: ozenurten@yahoo.com.tr

common medical error. The majority of participants stated that excessive workload (87.9%) and fatigue due to long duty hours (75.9%) were the most common causes of medical errors. Participants' mean score on the Malpractice Trend Scale in Nursing was 223.10 ± 19.51 , indicating that they have a low tendency to make medical errors. The mean score of female participants ($Z = -2.479$; $p = 0.013$) over 31 years of age ($Z = -5.004$; $p < 0.001$) who have been working for 13 years and more ($Z = -5.699$; $p < 0.001$) on night shifts ($Z = -3.925$; $p = 0.001$) and who had received training on patient safety and medical errors ($Z = -2.424$; $p = 0.0015$) and were very satisfied ($Z = -5.012$; $p < 0.001$) or satisfied with their work ($Z = -3.984$; $p < 0.001$) were statistically significantly higher.

Conclusion: Results show that nurses have a low tendency to make medical errors. Female nurses over 31 years of age who have been working for over 13 years on night shifts and had received training on patient safety and medical errors, and are very satisfied or satisfied with their work have a lower tendency to make medical errors than other groups. It is recommended that in-service training programs and courses on medical errors in nursing be developed and that sufficient number of nurses be employed to minimize risk factors for medical errors.

Keywords: Medical error, Medical error and affecting factors, Nurse, Patient safety

Giriş

Sağlık Hizmetleri Örgütlerinde Akreditasyon Ortak Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) tarafından “sağlık hizmet u r profesyoneli uygun e e olm r davranışta bulunm mesleki u ul l r yetersiz ve ihmalkâr davra o ucu zarar görmesi” şeklinde tanımlanan tıbbi hata kavramı (1) son yıllarda tüm dünyada giderek önem kazanan bir problem olmaya devam etmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre her 10 hastadan biri tıbbi hatalar nedeniyle ciddi şekilde zarar görmekte (3) ve bu sayı meme kanseri veya trafik kazasından ölenlerin sayısından daha fazla olmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde 2016 yılında yayımlanan bir makalede tüm ölüm nedenleri arasında tıbbi hatalara bağlı ölümlerin üçüncü sırada yer aldığı bildirilmiştir (4). Avrupa ülkelerinden elde edilen veriler ise, hastanede yatan hastalarının % 8-12’sinin tıbbi hataya maruz kaldığını, yılda 750 binden fazla tıbbi hatanın meydana geldiğini ve bu durumun yaklaşık 3.2 milyon hastaneye yatışa, 260 bin kalıcı sakatlığa ve 95 bin ölüme neden olduğunu göstermektedir (5). Ülkemizde 21 Mart 2016 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığı tarafından kullanıma açılan Güvenlik Raporlama Sistemi’ne (GRS) göre 2016 yılında 74.383 tıbbi hata bildirim yapılmıştır (6). Türkiye’de tıbbi hata oranlarına ilişkin Yüksek Sağlık Şurası’ndan görüş alınan 112 olgunun değerlendirildiği tıbbi uygulama hatalarının yaklaşık %50’sinin ise tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verilmiştir (7).

Tıbbi hatalar morbidite ve mortalite oranlarında artışa, hastanede geçirilen sürenin ve tedavinin uzaması ile maliyet artışına neden

olmasının yanı sıra, hasta ve hasta yakınları ile sağlık personellerini de olumsuz yönde etkilemektedir (8,9). Tıbbi hatalar sağlık profesyonellerinde motivasyon kaybına (9), kendini güçsüz hissetmesine (10), anksiyete ve tükenmişlik yaşamasına (11), hastanın sağlık profesyonellerine güvensizlik duymasına (9) ve sağlık profesyonelinin işten ayrılmasına neden olmaktadır (12).

Hasta güvenliğini tehdit eden kaynak, işgücü ve can kaybına yol açabilen tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkün olabilir (13). Tıbbi hata nedenlerini: (1) insana bağlı faktörler (yorgunluk, bilgi düzeyindeki eksiklik, dikkatsizlik, iletişim güçlüğü), (2) kurumsal faktörler (kurum politikası, idari yapı, personelin yetkinliklerine göre görevlendirilmemesi) ve (3) teknik faktörler (eksik ve arızalı cihazlar, karar destek sistemlerindeki eksiklik) olarak üç başlık altında toplayabiliriz (9). Yapılan çalışmalarda sıklıkla kurumsal, teknik alt yapı yetersizliği ve eksik insan gücü ile çalışmanın tıbbi hatalara neden olduğu gösterilmiştir (14,15). Hastaneye başvuran her 10 hastadan biri tıbbi hata nedeni ile zarar görmekte olup (3), bu olayların % 61’inin insan faktörü ile önlenebileceği öngörülmektedir (16).

Ülkemizde 2016 yılı GRS verilerine göre, en sık hata yapan meslek grubunun hemşire olduğu bildirilmiştir (6). Hemşireler bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyilik halinin sürdürülmesinde önemli bir role sahiptirler. Bu rolleri yerine getirirken çeşitli sebeplerden ötürü tıbbi hata yapma açısından risk altındadırlar. Son yıllarda hemşirelik uygulamalarında yapılan tıbbi hata sayılarının giderek arttığı görülmektedir (8). Hemşireler fazla iş yükü, uzun çalışma saatleri,

vardiyalı sistem ile çalışma, hasta ve yakınları ile sürekli temas halinde olmanın getirdiği duygusal yükler gibi sebeplerden ötürü yoğun iş yüküne sahiptirler. Bu sebeplerden ötürü hemşirelerin hata yapma olasılıkları diğer meslek gruplarına göre daha fazladır (13,17). Literatürde, hasta güvenliğini de tehdit eden hatalı hemşirelik uygulamalarının sıklıkla ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, iletişim problemleri ve hatalı tıbbi ekipman kullanımı olduğu vurgulanmaktadır (8,14,18). Ayrıca ülkemizde hemşirelerin aldıkları eğitim düzeylerinin farklı olması da tıbbi hataları arttıran bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Hemşirelerin, yasalar karşısında kendilerini korumaları için de tıbbi hata alanlarını bilmeleri ayrıca önemlidir (19).

Literatürde tıbbi hatalara ilişkin çalışmalar yer alsa da tıbbi hataya neden olan faktörlere ve ülkemizdeki tıbbi hata oranlarına ilişkin yeterince veri bulunmamaktadır (20). Tıbbi hatalar risk faktörlerine yönelik önlemlerin zamanında alınması ile en aza indirilebilir ve bu hataların hastaya ulaşmadan önlenmesi son derece kritiktir (13). Bu araştırma hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma 1 Mayıs-15 Temmuz 2018 tarihleri arasında hemşireler tarafından sıklıkla kullanılan 'www.dijitalhemsire.net' ve 'http://www.saglikatolyesi.com/' blogları ve sosyal ağları üzerinden gerçekleştirildi. Araştırma anketi Google Documents üzerinden online olarak araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek (2,6,8,14,17,19,21) hazırlandıktan sonra bloglara ve sosyal ağlara yerleştirildi. 'Hemşire ünvanı' almış ve 'aktif olarak çalışan' hemşireler çalışmaya dahil edildi. Günde ortalama 4.000 kişinin ziyaret ettiği bloglar üzerinden %80 güç ve 0.05 tip1 hata seviyesine göre örneklem büyüklüğü 351 olarak hesaplandı.

Verilerin Toplanması

Veriler www.dijitalhemsire.net ve www.saglikatolyesi.com sosyal ağları ve blogları üzerinden gerekli izinler alındıktan sonra online olarak toplandı. Formların doldurulması yaklaşık

20 dakika sürdü. Platformlar hemşireler tarafından sıklıkla kullanılmakta olup, bu platformlarda; ana sayfa dahil olmak üzere hemşirelik, haberler, araştırma, öğren&quiz ol, duyurular, bakım planları, dersler ve yazarlar gibi çeşitli kategoriler yer almaktadır. Bu ana kategorilere ek olarak Hayat Boyu Öğrenme Merkezi adı altında; anketler, girişimcilik, kariyer danışmanlığı, yazarımız ol, akıl kartları, bakım planları, klinik uygulamaları, cihaz bilgisi, ilaç bilgisi, hastalıklar, vaka analizleri, mevzuatlar, kitaplar, dergiler, dernekler, üniversiteler, belgesel/film/dizi sayfa ve alt kategorileri yer almaktadır. Her iki platformdaki veriler Google Form veri güvenliği sistemi ile korunmuş olup, sahibi adına tanımlı mail ile Google Form üzerinden görüntülenmektedir. Elde edilen veriler çalışmanın bitmesinin ardından Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) 15.0 paket programına aktarıldı.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır: (1) Katılımcıların sosyo-demografik ve tıbbi hata durumlarına ilişkin yarı yapılandırılmış soru formu, (2) Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğidir.

Katılımcıların sosyo-demografik ve tıbbi hata durumlarına ilişkin soru formu: Bu form araştırmacılar tarafından ilgili literatür (2,6,8,14,17,19,21) taranarak oluşturuldu. Formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile haftalık çalışma süresi, çalışılan birim, daha önce tıbbi bir hata ile karşılaşma durumu ve hataya neden olan durumların sorgulandığı sorular yer almaktadır.

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ): Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ölçmek amacıyla Özata ve Altunkan (22) tarafından geliştirilen bu ölçek, 49 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Likert tipi 5 kategorili olan ölçekte: 1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 49, en yüksek puan 245'dir. Ölçek alt boyutları: ilaç ve transfüzyon uygulamaları (18 madde), düşmeler (5 madde), hastane enfeksiyonları (12 madde), iletişim (5 madde), hasta izlemi ve malzeme güvenliğidir (9 madde). Ölçek puan ortalaması üzerinden değerlendirilmekte olup, ortalamanın yükselmesi

tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğunu, ortalamanın düşmesi ise tıbbi hata yapma eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa değeri Özata ve Altuncan (22) tarafından 0.93 olarak belirlenmiş olup, bu çalışmada cronbach alfa değeri 0.95 olarak bulundu. Ölçeğin alt boyutlarına ait cronbach alfa değeri sırasıyla: ilaç ve transfüzyon uygulamaları için 0.87, düşmeler için 0.81, hastane enfeksiyonları için 0.86, iletişim için 0.73, hasta izlemi ve malzeme güvenliği için 0.82'dir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce İstinye Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Hastane Etik Kurulu: 50687469-1491-175-16/1648-434, Oturum No: 2) ve blog ve sosyal ağ sahibinden yazılı izinler alındı. Veri toplama formu doldurulmaya başlamadan önce formun ilk sayfasında çalışma hakkında katılımcılara bilgi verildi. Ayrıca çalışmaya katılmaları durumunda kişilere İp takibi ya da e-mail izlemi yapılmayacağına ilişkin bilgilendirilerek aydınlatılmış onam formu eklendi. Katılımcılardan çalışmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda online soru formunun yer aldığı ekrandaki 'onaylıyorum' butonunu işaretlemeleri istendi. Formu online ortamda dolduran hemşireler araştırmaya katılmayı kabul etmiş sayıldı.

İstatistiksel Analiz

Çalışma sonunda elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS 15.0 paket programı kullanıldı. Araştırma kapsamında elde edilen ölçüm değerlerinin normal dağılıma uygunluğu "Shapiro-Wilk Testi" ile incelendi. Sürekli sayısal değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortalama±standart sapma, kategorik değişkenlerin gösteriminde ise sayı ve % kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen verilere ilişkin karşılaştırmalar 'Mann-Whitney U Testi' ve 'Kruskal-Wallis Testi' kullanılarak yapıldı. Çoklu grup analizinde p değerinin 0.05'ten küçük olması durumunda farklılığın hangi grup(lar)dan kaynaklandığının tespiti için Post-Hoc testlerden 'Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U Testi' kullanıldı. İstatistiksel kararlarda p<0.05 düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Araştırma, 390 kişi ile tamamlandı. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %55.1'i 20-30 yaş aralığında, %87.7'si kadın, %62.1'i lisans mezunu, %76.9'u haftada 41 saat ve üzerinde çalıştığını belirtti..

Tablo 1: Katılımcıların Bazı Tanıtıcı Özellikleri (n=390)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Ortalama bakım verilen hasta sayısı /gün (X±SS)	10.79±9.27	
Yaş (yıl)		
20-30 yaş	215	55.1
31-53 yaş	175	44.9
Cinsiyet		
Kadın	342	87.7
Erkek	48	12.3
Medeni durum		
Evli	182	46.7
Bekar	208	53.3
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	22	5.6
Ön lisans	28	7.2
Lisans	242	62.1
Üniversite ve üzeri	98	25.1
Çalışma süresi (yıl)		
1-5 yıl	188	48.2
6-12 yıl	98	25.1
13 yıl ve üzeri	104	26.7
Haftalık çalışma süresi (saat)		
≤40 saat	90	23.1
>41 saat	300	76.9
Çalışılan birim		
Dahili birim	133	34.1
Yoğun bakım	119	30.5
Cerrahi birim	73	18.7
Ameliyathane	19	4.9
Acil servis	46	11.8
Pozisyon		
Klinik hemşiresi	274	70.3
Yoğun bakım hemşiresi	100	25.6
Ameliyathane hemşiresi	16	4.1
Çalışma Şekli		
Gece	142	36.4
Gece ve gündüz	248	63.6
Meslekten memnuniyet durumu		
Memnun	202	51.8
Çok memnunum	34	8.7
Hiç memnun değilim	154	39.5

X±SS: Ortalama±Standart Sapma

Hemşirelerin %56.7'si klinik hemşiresi olup, %63.6'sı gece ve gündüz vardiyasında çalıştığını ve %51.8'i ise mesleklerinden memnun olduklarını ifade etti

Tablo 2'de katılımcıların tıbbi hata yapma durumu ve tıbbi hataya neden olan faktörlere ilişkin cevapları yer almaktadır. Hemşirelerin %82.6'sı hasta güvenliği ve tıbbi hatalara ilişkin eğitim aldığını, %53.1'i daha önce tıbbi hata yaptığını, %89.5'i ise meslektaşının tıbbi hata yaptığını gördüğünü ifade etti. Katılımcıların %76.7'si yanlış ilaç uygulamalarının en sık karşılaştıkları tıbbi hata olduğunu ve %87.9'u ise iş yükü fazlalığının tıbbi hataya en sık neden olan faktör olduğunu belirtti.

Tablo 2. Katılımcıların Tıbbi Hata Yapma Durumu ve Tıbbi Hataya Neden Olan Faktörlere İlişkin Dağılımı (n=390)

	n	%
Hasta güvenliği ve tıbbi hatalara ilişkin eğitim alma durumu		
Evet	322	82.6
Hayır	68	17.4
Tıbbi hata yapma durumu		
Evet	207	53.1
Hayır	183	46.9
Tıbbi Hata yapıldığını görme durumu		
Evet	349	89.5
Hayır	41	10.5
Sıklıkla karşılaşılan tıbbi hatalar*		
Yanlış ilaç uygulama	299	76.7
Kontamine kan alımı	170	43.6
Yatak yaraları	157	40.3
Transfüzyon hataları	99	25.4
Hastaya yapılan yanlış uygulamalar	6	1.5
Yanlış taraf cerrahisi	2	0.5
Dokümantasyon hatası	3	0.8
Tıbbi hataların nedenleri*		
İş yükünün fazla olması	343	87.9
Yorgunluk	296	75.9
İletişim eksikliği	185	47.4
Mesleki bilginin yetersiz olması	184	47.2
Hasta devir teslimlerinin eksik/yetersiz yapılması	114	29.2
Hizmet içi eğitimlerin olmaması	113	29.0
Mesleği sevmeme, önemsememe	10	2.6
Yönetimsel sorunlar	6	1.5

Katılımcılar soruya birden fazla yanıt verdiği için n, katlanmıştır.

Tablo 3'de HTHEÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Ölçek toplam puan ortalaması 223.10±19.51 olup, ölçekten alınan en düşük puan 150, en yüksek puan ise 245'dir.

Tablo 3: Hemşirelikte Tıbbi Hataya eğilim Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Alt Boyut	Min-Max	$\bar{X}\pm SS$
İlaç ve transfüzyon uygulamaları	56-90	83.37±6.35
Düşmeler	6-25	22.27±3.20
Hastane enfeksiyonları	35-60	54.99±5.44
Hasta izlemi ve malzeme güvenliği	20-45	39.37±5.11
İletişim	10-25	23.08±2.60
Toplam Puan	150-245	223.10±19.51

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama±Standart Sapma

Tablo 4'de HTHEÖ toplam puan ortalamasının bazı değişkenler ile karşılaştırma sonuçları yer almaktadır. Ölçek toplam puan ortalamasının 31-53 yaş aralığındaki ($Z = -5.004$; $p < 0.001$) hemşirelerde 20-30 yaş aralığındaki hemşirelere ve kadınların ($Z = -2.479$; $p = 0.013$) erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Mezuniyet süresi ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($KW = 35.460$; $p < 0.001$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testine göre farkın mezuniyet süresi 13-35 yıl arasında olanlardan kaynaklandığı bulundu ($Z = -5.699$; $p < 0.001$). Ölçek toplam puan ortalamaları sırasıyla: gece çalışan hemşirelerde gece ve gündüz çalışanlara göre ($Z = -3.925$; $p = 0.001$), hasta güvenliği ve tıbbi hatalara ilişkin eğitim alanlarda almayanlara göre ($Z = -2.424$; $p = 0.0015$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Meslekten memnuniyet ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($KW = 39.358$; $p < 0.001$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testine göre farkın meslekten çok memnun ($Z = -5.012$; $p < 0.001$) ve memnun ($Z = -3.984$; $p < 0.001$) olan hemşirelerden kaynaklandığı bulundu. Diğer değişkenler ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 4: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları (n=390)

Tanıtıcı Özellikler	Toplam puan	Test	p
	$\bar{X} \pm SS$		
Yaş (yıl) 20-30 yaş 31-53 yaş	224.46±19.24 227.56±18.96	Z=-5.004	<0.001
Cinsiyet Kadın Erkek	224.02±19.11 216.47±21.20	Z=-2.479	0.013
Medeni durum Evli Bekar	224.13±20.59 222.19±18.51	Z=-1.652	0.098
Eğitim durumu Sağlık meslek lisesi Ön lisans Lisans Üniversite ve üzeri	221.54±21.73 225.53±17.81 221.61±20.03 226.42±17.91	$\chi^2=4.819$	0.186
Çalışma süresi (yıl) 1-5 yıl 6-12 yıl 13-35 yıl	219.55±19.65 220.83±20.25 231.63±15.79	$\chi^2=35.460$	<0.001
Haftalık çalışma süresi (saat) <40 >41	224.40±19.41 222.71±19.56	Z=-0.890	0.373
Çalışılan birim Dahili birim Cerrahi birim Ameliyathane Yoğun bakım Acil servis	223.07±19.61 223.91±19.17 227.05±16.02 222.73±18.61 221.19±23.49	$\chi^2=0.980$	0.913
Pozisyon Klinik hemşiresi Yoğun bakım hemşiresi Ameliyathane hemşiresi	223.65±19.97 221.63±18.32 222.81±19.36	$\chi^2=2.059$	0.357
Çalışma Şekli/düzeni Gece Gece ve gündüz	227.05±17.89 220.83±20.06	Z=-3.295	0.001
Hasta güvenliği ve			

tıbbi hatalara ilişkin eğitim alma durumu Evet, aldım Hayır, almadım	224.26±19.09 217.60±20.66	Z=-2.424	0.015
Meslekten memnuniyet durumu Memnun Çok memnun Hiç memnun değilim	225.75±17.39 234.55±14.87 217.08±21.17	$\chi^2=34.491$	<0.001

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama±Standart Sapma, Z: Mann-Whitney U testi, χ^2 : Kruskal Wallis Testi.

Tartışma

Tıbbi hataların nedenlerinin belirlenerek hastaya ulaşmadan gerekli önlemlerin alınması (13) ile hasta güvenliği sağlanarak morbidite ve mortalite oranlarında azalma sağlanacaktır. Bu çalışma hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Amerika'da İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP): ilaç hatası önlenabilir bir durum olmasına rağmen, ilacın sağlık personeli, hasta ya da üreticinin kontrolünde iken uygunsuz kullanımına bağlı olarak hastanın zarar görmesi olarak tanımlamıştır (23). Bu çalışmada hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin literatüre benzer şekilde (17,24-27) düşük olduğu görüldü. İş yükünün fazlalığı, yorgunluk gibi sebeplerden dolayı tıbbi hatalar görülmesine rağmen, çalışmamızda hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük çıkması önemli bir bulgudur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun lisans ve lisansüstü düzeyde eğitim (%87,2) alması, tıbbi hatalara ve hasta güvenliğine ilişkin eğitim almış olması (%82,6), deneyim süresinin fazla olmasına bağlı olarak deneyimli olmaları, meslekten memnun ve çok memnun olmaları (%60,5) tıbbi hata yapma eğilimlerinin azalmasının nedenleri olabilir.

Literatürde meslekte geçen sürenin uzaması ile birlikte (28) özellikle 10 yıl ve üzerinde çalışan sağlık personelinin (29) daha az tıbbi hata yaptıkları belirtilmiştir. Bunun yanı sıra, meslekte geçen süre ile tıbbi hata yapma eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (15,24,25,30). Bu çalışmada yaşın ve meslekte geçen sürenin artması

ile birlikte tıbbi hata görülme durumunun azaldığı belirlenmiştir. Nevalainen ve arkadaşları (31) yaptıkları çalışmada, yetersiz sayıda ve deneyimsiz personelin tıbbi hataları arttırdığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda hemşirelerin mesleki deneyimlerinin artması ile birlikte tıbbi hata yapma oranlarının azalması tıbbi hataların önlenmesinde mesleki deneyim süresinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada kadın hemşirelerde tıbbi hata görülme durumunun erkeklere oranla daha az olduğu görüldü. Akın Korhan ve arkadaşları (32) ve Kucukakca ve Ozer (33)'in çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde kadın hemşirelerde tıbbi hata yapma durumunun daha düşük olduğu, Yiğitbaş ve arkadaşları (15)'nin çalışmasında ise, kadın hemşirelerde tıbbi hata yapma eğiliminin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Cebeci ve arkadaşları (24) ve Işık Andsoy ve arkadaşları (25) çalışmasında ise cinsiyetin tıbbi hata eğilimini istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir. Bu durumun nedenleri arasında hemşirelik mesleğine 2007 yılından sonra erkeklerin kabul edilmesi sebebiyle bu çalışmada erkek hemşirelerin oranının kadınlara oranla daha az olması düşünülebilir. Ayrıca kadınlar günlük yaşamda toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan evde anne ve eş olmak gibi sorumluluklarının yanı sıra (34), iş yaşantısındaki rollerini de bir arada yürütmeleri sebebiyle koordinasyon becerilerinin daha gelişmiş olabileceğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Tıbbi hataların önlenmesinde hemşirelere hizmet içi eğitimlerin belirli aralıklarla verilmesi ve bu eğitimlere katılmaları desteklenmelidir. Literatürde tıbbi hatalara ilişkin verilen eğitimin etkili olduğu ve hemşirelerde farkındalığı arttırdığı gösterilmiştir (35). Bu çalışmada hemşirelerin önemli bir kısmının lisans ve üzerinde eğitime sahip olması, tıbbi hata ve hasta güvenliği konularında eğitilmesinin hata eğiliminin düşük olmasının en önemli nedenleri olduğu düşünülmektedir.

Tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkündür (13). Bu çalışmada hemşirelerin sıklıkla karşılaştıkları tıbbi hata kaynaklarının literatüre benzer şekilde ilaç uygulama hatası olduğu (36) ve iş yükünün fazla olması ve yorgunluğun neden olan faktörler arasında ilk sıralarda yer aldığı görüldü. İlaç hataları sıklıkla yapılan tıbbi hataların başında yer

olarak morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Bu durumun ilacın reçetelenmesi, paketlenmesi, order edilmesi, kullanımı gibi sağlık personeli, prosedürler ve sistemsel sorunlar kaynaklı görülebileceğini belirtmiştir (23). Yorgunluk ve nöbet sebebiyle uykusuz kalan hemşirelerde depresyon, anksiyete, farkında olmaksızın gün içinde dikkatsizliğe neden olabileceği için hasta ile kurulacak olan iletişimi ve bakımın sürekliliğini de aksatacaktır. Literatürde de bizim çalışmamıza benzer sonuçların yer aldığı görülmüştür (14,15,36,37).

Kıymaz ve Koç (20)'un çalışmasında meslekten memnuniyet düzeyi yüksek olan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu görülmüş, Yiğitbaş ve arkadaşları (15)'nin çalışmasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmada da hemşirelerin lisans düzeyinde mesleğini bilinçli olarak seçen kişilerden oluşması ve meslekten memnuniyet düzeyinin yüksek olmasının tıbbi hata yapma eğilimlerini azalttığı düşünülebilir.

Hemşirelik mesleğinin nöbetli çalışan bir meslek grubu olması ve gündüz/gece şeklinde değişim göstermesi ve bireylerin biyoryitmlerinin bozulması nedeniyle tıbbi hataların artmasına neden olan önemli faktörler arasında yer almaktadır (17). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) hemşirelerin günlük çalışma saatinin 8 saat, haftalık çalışma saatinin ise 40 saati aşmaması gerektiğini belirtmiştir (38). Hemşire sayısının yetersiz olduğu kurumlarda hemşireler gece ve gündüz vardiyasında çalışmak durumunda kalmaktadırlar ve fazla iş yükü sebebiyle de kişilerde uyku bozuklukları, yorgunluk, dikkat dağınıklığı ve sosyal izolasyon görülmektedir. Bu durum hasta bakımında sürekliliğin sağlanamamasına neden olmaktadır (39). Bu çalışmada gece vardiyasında çalışan hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimleri literatüre benzer şekilde (15,30) gece ve gündüz çalışanlara göre daha düşük bulundu. Bizim çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun farklı vardiyalarda çalışmalarının ve haftalık çalışma saatlerinin 40 saatin üzerinde olmasının tıbbi hata olasılığını artırdığı düşünülmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak; en sık yapılan tıbbi hatanın ilaç uygulama hatası olduğu, iş yükünün fazlalığı ve yorgunluğun ise hata nedenleri arasında ilk

sıralarda yer aldığı görüldü. Kadın cinsiyet olan, 30 yaş üstünde ve meslekte çalışma süresi 13 yıl ve üzerinde olan, gece vardiyasında çalışan, tıbbi hataya ilişkin eğitim alan ve meslekten memnun ve çok memnun olan hemşirelerde tıbbi hata yapma eğiliminin düşük olduğu saptandı.

Tıbbi hataların mesleğin ilk yıllarında daha sık yapıldığı ve bu durumun da bilgi ve beceri eksikliği sebebiyle ortaya çıktığı düşünüldüğünde hizmet içi eğitimlerin ve mesleki becerilerin geliştirilmesi için de kursların düzenlenmesi son derece önemlidir. Ayrıca bu eğitimlerin ve kursların da sürekliliğin sağlanması gereklidir. Böylece hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir faktör olan tıbbi hataların önlenmesine yönelik hemşireler arasında farkındalık yaratılacaktır. Bu durum hasta bakım hizmetlerinde güncel ve doğru uygulamaların yapılmasını sağlayarak kurum politikalarının ve prosedürlerinin gözden geçirilmesini ve gerekli güncellenmelerin yapılmasını sağlayacaktır. Sağlık bakım hizmetlerinde sürekliliğin sağlanması ve kalitenin sürdürülmesi için iş yükü fazlalığı, yorgunluk ve gece vardiyasında çalışma gibi tıbbi hataya neden olan faktörlerin önlenmesi de yeterli sayıda hemşire istihdamının sağlanması ile mümkündür. Hemşirelerin kurumsal bağlılıklarının ve motivasyonlarının artırılması meslekten memnuniyetlerini de artırarak tüm uygulamalarda görevlerini büyük bir titizlikle yapmalarını sağlayacaktır. Böylece tıbbi hata oranlarında da azalma görülecektir. Sağlık bakım hizmetlerinde yapılacak olan en küçük bir hatanın bile insan hayatında geri dönülemez etkiler yarattığı göz önüne alınırsa tıbbi hataların görülmesine neden olan faktörlere ilişkin önlemlerin alınmasının ve sağlık politikalarının bu yönde geliştirilmesinin önemi kendiliğinden ortaya çıkacaktır. Tıbbi hataların çözümlenmesinde kök neden analizine yönelik daha kapsamlı çalışmaların yapılarak kök nedenlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik kurumsal önlem alınması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. JCAHO [Internet]. Sentinel Event Statistics 2006 [Cited: 2018 June 15]. Available from: https://www.jointcommission.org/sentinel_event_statistics_quarterly
2. Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi

3. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;2(3):119-25.
4. World Health Organization (WHO) 2010 [Internet]. Patient safety. [Cited: 2018 June 15]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety>
5. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
6. World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe 2018 [Internet]. Patient Safety. [Cited: 2018 June 15]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>
7. Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) 2016 [Internet]. 2016 yılı istatistik ve analiz raporu. [Erişim tarihi: 15.06.2018]. Erişim adresi:<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Ekle/nti/6483,grs2016rapor1.pdf.pdf?0>
8. Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurasında değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. *Gulhane Med J*. 2004;46(3):226-31.
9. Miller KP. Malpractice: Nurse practitioners and claims reported to the national practitioner data bank. *JNP*. 2011;7(9):761-3, 73.
10. Işık O, Akbolat M, Çetin M, Çimen M. Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull*. 2012;11(4):421-30.
11. Jones JH, Treiber L. When the 5 rights go wrong; medication error from the nursing perspective. *J Nurs Care Qual*. 2010;25(3):240-7.
12. Chard R. How perioperative nurses define, attribute causes of, and react to intraoperative nursing errors. *AORN J*. 2010;91(1):132-45.
13. Karga M, Kiekkas P, Aretha D, Lemonidou C. Changes in nursing practice: associations with responses to and coping with errors. *J Clin Nurs*. 2011;20(21-22):3246-55.
14. Farquhar M, Sharp BA, Clancy CM. Patient

- safety in nursing practice. *AORN J*. 2007;86(3):455-7.
14. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *TAD*. 2010a;8(2):100-11.
 15. Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, Bulut A, Bulut A. Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları. *Anadolu Klin*. 2016;21(3):207-14.
 16. Smits M, Zegers M, Groenewegen PP, Timmermans DR, Zwaan L, van der Wal G et al. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):e5.
 17. Mayo AM, Duncan D. Nurses' perceptions of medical errors. *J Nurs Care Qual*. 2004;19(3):209-17.
 18. Larson K, Elliott R. Understanding malpractice: a guide for nephrology nurses. *Nephrol Nurs J*. 2009;36(4):375-7.
 19. Brady AM, Malone AM, Fleming S. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *J Nurs Manag*. 2009;17(6):679-97.
 20. Kiyamaz D, Koç Z. Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):1160-9.
 21. Lewis EJ, Baernholdt M, Hamric AB. Nurses' experience of medical errors. *J Nurs Care Qual*. 2013;28(2):153-61.
 22. Özata M, Altunkan H. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenirlilik Analizinin Yapılması. Editör: Kırılmaz H. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi; 2010b; Ankara: Baydan Ofset; 2010. p. 415-31.
 23. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) [Internet]. About Medication Error. [Cited: 2018 June 15]. Available from: <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
 24. Cebeci F, Gürsoy E, TekinGündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(3):188-96.
 25. Işık Andsoy I, Kar G, Öztürk Ö. Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine yönelik bir çalışma. *HSP*. 2014;1(1):17-27.
 26. Eren Fidancı B, Yıldız D, Konukbay D, Akyol M, Akbayrak N, Hatipoğlu S. Assessment of the malpractice tendencies of nurses working in an educational and research hospital. *IJCS*. 2014;7:294-301.
 27. Avşar G, Atabek Armutçu A, Karaman Özlü Z. Hemşirelerin tıbbi hata eğilim düzeyleri ve tıbbi hata türleri: Bir hastane örneği. *HSP*. 2016;3(2):115-22.
 28. Demir Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;1(1):44-56.
 29. Parshuram CS, To T, Seto W, Trope A, Koren G, Laupacis A. Systematic evaluation of errors occurring during the preparation of intravenous medication. *CMAJ*. 2008;178(1):42-8.
 30. Seren İntepeler Ş, Soydemir D, Güleç D. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;30(1):1-18.
 31. Nevalainen M, Kuikka L, Pitkälä K. Medical errors and uncertainty in primary healthcare: a comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. *Scand J Prim Health Care*. 2014;32(2):84-89.
 32. Akin Korhan E, Dilemek H, Mercan S, Uzelli Yılmaz D. Determination of attitudes of nurses in medical errors and related factors. *IJCS*. 2017;10(2):794-801.
 33. Kucukakca G, Ozer N. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin yüksek riskli ilaç uygulamaları konusundaki bilgi durumlarının ve ilaç hatalarıyla ilgili tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.

- 2016;19(1):34-41.
34. Timur S, Ege E, Bakış E. Engelli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(1):51-8.
 35. Kuşuoğlu S, Çövener Ç, Kürtüncü Tanır M, Aktaş E. İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(2):86-93.
 36. Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. HEAD. 2015;12(3):210-4.
 37. Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016;3(3):132-9.
 38. International Labour Organization (ILO). R157- Nursing Personnel Recommendation, 1977 (No. 157). [Cited: 2018 June 15]. Available from: www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R157
 39. Persson M, Mårtensson J. Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. J Nurs Manag. 2006;14(5):414-23.

Cerrahi Operasyon Geçirmemiş Jinekolojik Onkoloji Hastalarında Üriner İnkontinans Değerlendirmesi

Evaluation of Urinary Incontinence in Patients with Gynecological Oncology Who Have Not Undergone Surgical Operation

Pınar ATAĞ ÇAKIR¹, Esra ATILGAN², Sakine YILMAZ³

ÖZ

Amaç: Jinekolojik kanser hastalarının tedavi dönemlerinde üriner inkontinans görüldüğü literatürde belirtilmesine rağmen, tedavi öncesi dönemde üriner inkontinansı inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Çalışmanın amacı jinekolojik kanser hastalarında tanı aldıkları dönemde üriner inkontinansın değerlendirilmesiydi.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde jinekolojik onkoloji servisinde yatan 30 jinekolojik kanser hastası ve 30 sağlıklı kadın dahil edildi. Katılımcıların demografik bilgileri kaydedildi. Üriner inkontinans; işeme günlüğü, İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ) ve Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Form ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan jinekolojik kanserli kadınların ortalama yaşı 50,88±10,54 yıl, sağlıklı kadınların 48,80±8,69 yıl olarak bulundu (p=0,411). Gruplar arasında Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Form skoru açısından (p=0,008) istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. İki grup arasında İŞİ skoru ve işeme günlüğü parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Sonuç: Jinekolojik kanser grubunda sağlıklı gruba göre üriner inkontinansın daha yaygın olduğu tespit edildi. Sonuç olarak, jinekolojik kanser hastalarına tanı aldıkları dönemden itibaren ürolojik rehabilitasyonun uygulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Jinekoloji, Kadın, Kanser, Üriner İnkontinans.

ABSTRACT

Purpose: Despite the fact that urinary incontinence is reported in the treatment periods of gynecologic cancer patients, there are only a limited number of studies that did not detect urinary incontinence in the pre-treatment period. The aim of the study was to evaluate urinary incontinence in the period when they were diagnosed with gynecological cancer patients.

Materials and Methods: The study included 30 cancer patients and 30 healthy women in the gynecological oncology service in Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Education and Research Hospital. Participants' demographic information was recorded. Urinary incontinence was assessed with voiding diary, Incontinence Severity Index (ISI), International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF).

Results: The mean age of participated in the study were found that women with gynecologic cancer was 50,88 ± 10.54 years and that of healthy women was 48.80 ± 8.69 years (p=0.411). There was a statistically significant difference between the groups in terms of ICIQ-SF score (p = 0.008). There was no statistically significant difference between the two groups in terms of ISI score and voiding diary parameters (p> 0.05).

Conclusion: In the gynecological cancer group, it was found that urinary incontinence was more common than healthy group. As a result, we think that urological rehabilitation should be performed the period they are diagnosed on gynecologic cancer patients.

Keywords: Cancer, Gynecology, Urinary Incontinence, Women.

Geliş Tarihi/Received: 14.08.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 06.01.2019

¹Öğr. Gör. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, e-posta: patak@medipol.edu.tr, ORCID: 0000-0001-5640-2998

²Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, ORCID: 0000-0002-6381-5982

³Uzm. Hemş. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ORCID: 0000-0002-7406-1389

Sorumlu Yazar/Correspondence: Öğr. Gör. Pınar ATAĞ ÇAKIR, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, e-posta: patak@medipol.edu.tr

*Bu çalışma Yüksek lisans tezinden üretilmiştir. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Yüksek Lisans tezi, 2018.

Giriş

Jinekolojik kanserler, kadın üreme organlarında meydana gelen ve genellikle malign tümörlerden kaynaklanan hastalıklardır. Jinekolojik kanserler; serviks, endometrium, over, vulva, vagen ve tuba uterina kanserleri olarak sınıflandırılmaktadır. Tüm kanser tiplerinin %15'ini ve kansere bağlı ölümlerin %10'unu oluştururlar (1). Jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra kadınlarda morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olduğu için korunması ve tedavisinde kullanılan yöntemler büyük önem taşımaktadır (2).

Jinekolojik kanser tedavisi pelvik organları etkileme ve pelvik taban disfonksiyonlarına yol açma potansiyeline sahip çoklu tedavi yöntemlerini (radikal cerrahi, pelvik radyasyon ve sistemik kemoterapi) içerir. Jinekolojik kanserlerde cerrahi girişim hem tanı hem tedavi amacıyla sıklıkla başvurulan yöntem olmasına rağmen üriner sistem yaralanmalarının %82'sinin pelvik cerrahi sırasında olduğu açıklanmaktadır (3). Cerrahinin üriner disfonksiyon etyolojisindeki rolü henüz net anlaşılamamıştır. Fakat mesane disfonksiyonlarına yol açabilecek çeşitli mekanizmalar ileri sürülmektedir. Bunlardan en önemlileri; pelvik kan akımının bozulması, mesanenin diseksiyon sırasında komplet-parsiyel denervasyonu ve pelvik pleksusları oluşturan sinir liflerinin zedelenmesidir (4).

Pelvik cerrahi öncesi dikkatli bir üriner inkontinans değerlendirmesi ile üriner komplikasyon riski bulunan hastalar başarıyla tedavi edilebilir. Bu şekilde pelvik cerrahi geçiren hastaların hayat kalitelerinin arttırılabileceği pek çok araştırmada ortaya konulmuştur (5). Literatürde alt üriner sistem işlev bozukluğunun tedavi öncesi ve sonrası ürodinamik değerlendirmesine ilişkin veriler sınırlıdır (6). Bu bilgiler doğrultusunda çalışmanın amacı jinekolojik kanser hastalığına bağlı olarak cerrahi sonrası kadınlarda görülme ihtimali olan üriner inkontinansın, kanser tanısı konulduktan sonra cerrahiye kadar olan süreçte görülüp görülmediğini değerlendirmektir.

Yöntem

Bu çalışma kesitsel araştırma tipinde planlandı. Çalışma için Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde jinekolojik onkoloji servisinde Kasım 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 47 hasta değerlendirildi. 17 jinekolojik kanser hastası çalışmaya katılmayı kabul etmedikleri ve çalışmaya dahil olma kriterlerine uymadıkları için çalışmadan dışlandı. Çalışma grubu ile homojen dağılımda 30 sağlıklı kadın ile kontrol grubu oluşturuldu. Çalışma 30 jinekolojik kanser (Grup I) ve 30 sağlıklı (Grup II) katılımcı ile tamamlandı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; jinekolojik kanser tanısı almış olmak ve tanı nedeniyle ameliyat olmamış

olmak, 18-63 yaş aralığında olmak ve gönüllü olmak olarak belirlendi. Kontrol grubuna 18-63 yaş aralığında ve dışlanma kriterleri çalışma grubu ile aynı olan sağlıklı kadınlar dahil edildi. Çalışmadan dışlanma kriterleri; idrar yolu enfeksiyonu olması, kronik kabızlık-öksürük olması, psikolojik rahatsızlığı olması, fiziksel kısıtlılığı olması, endokrin bir hastalığı olması olarak kabul edildi.

Katılımcıların kişisel bilgilerini belirlemek amacıyla kişisel bilgi formu oluşturuldu. Yaşı, vücut kitle indeksi ve inkontinans tipi kaydedildi. Çalışmaya katılan katılımcıların işeme fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla 3 gün boyunca 24 saatlik işeme günlüğü doldurmaları istendi. Bu süreçte; gün içerisinde aldıkları sıvı miktarını, kaç kez idrara çıktıklarını, idrar kaçırma sayılarını, gece kaç kez idrara çıktıklarını kayıt etmeleri ve idrara çıktıklarında ne kadar idrar çıkarttıklarını verilen ölçüm kabıyla ölçmeleri istendi. Katılımcılar bu 3 günlük takip süresince işeme alışkanlıklarını ve tükettikleri sıvı miktarını değiştirmemeleri konusunda uyarıldı.

İnkontinansı olan kadınlarda üriner inkontinans şiddetini değerlendirmek için İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ) kullanıldı. Bu indeks, 2 maddeden oluşan çarpımsal bir ölçümdür. Toplam skor 1-12 arasındadır ve yüksek skor daha şiddetli üriner inkontinans demektir. İŞİ skorlarına göre 1-2 puan hafif, 3-6 puan orta, 8-9 puan şiddetli ve 12 puan çok şiddetli üriner inkontinansı ifade eder (7).

İdrar kaçırmanın şiddeti, sıklığı, tipi ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisi Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Form (ICIQ-SF) ile değerlendirildi. Değerlendirmenin maksimum puanı 21'dir. Puan arttıkça yaşam kalitesi düşmekte ve semptomlar artmaktadır (8).

Çalışmaya katılan kadınlara yapılacak tüm değerlendirmeler hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılan kişilerin onayları alınıp, "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" okutulup imzalatıldı. Yapılan bu çalışma için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.10.2017 tarihli toplantısında 390 karar numarasıyla onay alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

G*Power 3.1.9.2 paket programında ICIQ-SF değişkeni sonuçlarına göre power analiz yapıldı. İstatistik analizler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versiyon 18.0 paket programında gerçekleştirildi. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri tablolar halinde verildi. Sayısal ölçülen verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile analiz edildi. Normal dağılım gösteren değişkenler için parametrik testler, normal dağılım göstermeyen değişkenler için parametrik olmayan testler ile analiz yapıldı. Bağımsız grupların birbirleri ile karşılaştırılmasında Student's-t İndependent, Mann-

Whitney U, Ki-Kare (Pearson Ki-Kare, Monte Carlo Ki-Kare) testleri kullanıldı. $p < 0,05$ olasılık değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Kanser ile üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi belirlemek için gerçekleştirilen bu çalışmaya 30 jinekolojik kanser tanılı ve 30 sağlıklı kadın dahil edildi. ICIQ-SF değişkeni sonuçlarına göre çalışmanın etki gücü 0,86 ve tip I hata 0,05 dikkate alındığında; %90,74 güç saptandı. 30 jinekolojik kanser tanılı kadından %7'si (n=2) serviks kanseri, %33'ü (n=10) endometrium kanseri, %60'ı (n=18) over kanseri olarak tespit edildi. Katılımcıların yaş ve VKİ (kg/m²) sonuçları Tablo 1' de verilmiştir. Grup I'in yaş ortalaması 50,88±10,54 yıl iken Grup II'nin 48,80±8,69 idi. Grupların yaşları (p=0,411) ve VKİ'leri (p=0,217) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 1: Katılımcıların Yaş ve VKİ ortalamaları

Değişkenler	Gruplar	Ortalama Değer	p değeri
Yaş (yıl)	Grup I	50,88	0,411
	Grup II	48,80	
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	Grup I	28,17	0,217
	Grup II	30,04	

*Mann-Whitney U Testi, $p < 0,05$.

Grupların inkontinans tipi dağılımı ve İŞİ skoru Tablo 2' de belirtilmiştir. Grup I'de mikst tip üriner inkontinansın daha sık görüldüğü Grup II'de stres tip üriner inkontinansın daha sık görüldüğü tespit edildi. Ancak gruplar arasında inkontinans tipi dağılımı (p=0,586) ve İŞİ skoru (p=0,458) yönünden anlamlı bir farklılık gözlenmedi.

Grupların ICIQ-SF skoru ve işeme günlüğü alt parametreleri Tablo 3'de gösterilmiştir. Grup I'in ICIQ-SF sonucunun Grup II'den anlamlı derecede üstün olduğu bulundu (p=0,008). Gruplar arasında işeme günlüğü alt parametreleri bakımından anlamlı farklılık görülmedi (p>0,05).

Tartışma

Jinekolojik kanser tanılı hastalarda üriner sistem ve üreme sisteminin anatomik yakın komşuluğu düşünülerek değerlendirdiğimiz üriner inkontinans jinekolojik kanser ile ilişkili bulundu. Jinekolojik kanser grubu incelendiğinde ise inkontinans tipi, şiddeti ve miktarında farklılık görülmedi.

Soisson ve ark. (9) endometrium kanser tanılı ve sağlıklı bireyleri genitoüriner risk için değerlendirdikleri çalışmalarında, endometrium kanser tanılı hastalarda üriner inkontinans, kronik böbrek hastalıkları ve üriner enfeksiyon riskinin sağlıklı kadınlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızdaki katılımcılar genel jinekolojik kanser hastaları oldukları için üriner inkontinans görülme riski beklenmekteydi. Jinekolojik kanser tedavisinde kullanılan yöntemlerin mesane kapasitesi ve kompliyansa azalmaya, istirahat detrusör basınçlarında artmaya neden olduğu açıklanmaktadır (10). Bu sonuçlar doğrultusunda üriner inkontinansın jinekolojik kanser ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Erkeklerde en sık görülen ve üriner sistem ile ilişkilendirilen prostat kanseri için çalışmaları incelediğimizde; prostat kanseri tedavisi sonucunda üriner inkontinans, erektil disfonksiyon ve psikolojik problemler görüldüğünü açıklanmaktadır (11). Prostat kanseri hastalarında üriner inkontinans semptomlarının iyileşmesi ile yaşam kalitesinin artacağını belirtilmektedir (12). Literatürde görüldüğü gibi hem erkeklerde hem de kadınlarda kanser tedavisi sonrası üriner inkontinans değerlendirilmesi yapılmıştır.

Hastalığa bağlı görülebilecek üriner inkontinans genellikle göz ardı edilmektedir. Çalışmamız üriner inkontinansın kanser tedavisinden önce de değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda tedavi edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Segal ve ark. (13) endometrium kanser tanılı hastalar ile üriner inkontinans riskini belirlemek için görüştükları çalışmalarında inkontinans şiddet indeksi (İŞİ) ve üriner inkontinans tanısı sorgulama anketlerini kullanmışlardır. Üriner inkontinans prevalansı %53 olarak tespit edilmiştir. Endometrium kanser hastalarında en sık stres tip inkontinans görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda jinekolojik kanser hastalarında en sık mikst tip inkontinans görüldüğü anlaşılmaktadır. Gerçekleştirilen bir derleme çalışmasında; serviks, endometrium ve over kanserinde tedavi öncesi ve sonrası stres tip inkontinansın en sık görüldüğü bildirilmektedir (14). Bretschneider ve ark. (15) üriner inkontinans prevalansı %40,9 olan jinekolojik kanserli topluluktaki bireylerin % 59,5'inin stres tip, %33,9'unun urge tip inkontinansa sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda literatür bilgilerinden farklı olmamızın nedeni katılımcı sayısının az olması olabilir. Çalışmamızda jinekolojik kanser hastalığının işeme günlüğü parametrelerini etkilemediği saptandı. Literatürde işeme günlüğü parametrelerinden; idrara çıkma frekansı çocuk ve yetişkinler için 24 saatte 4-7 kez, günlük alınan su miktarı 2300 ml civarı, günlük idrar ile sıvı kaybı 1400 ml olarak belirtilmektedir. Gece idrar için uyanmak normal kabul edilmemektedir.

Tablo 2: Katılımcıların İnkontinans Tipi ve İŞİ Dağılımı

	Grup I		Grup II		p
	n	%	n	%	
İnkontinans Tipi					
Stres Tip	6	20	6	20	0,586
Urge Tip	4	13,30	1	3,30	
Mikst Tip	7	23,30	2	6,60	
İnkontinans Şiddet İndeksi					
Hafif: 1-2 puan	6	20,0	4	13,3	0,458
Orta: 3-6 puan	8	26,7	4	13,3	
Şiddetli: 8-9 puan	2	6,7	0	0	
Çok şiddetli: 10-12 puan	1	3,3	1	3,3	

Tablo 3: Katılımcıların ICIQ-SF skorları ve İşeme Günlüğü Parametreleri

Değişkenler	Gruplar	Ortalama Değer	p değeri
ICIQ-SF	Grup I	4,07	0,008*
	Grup II	1,44	
Alınan sıvı miktarı (ml)	Grup I	1746,68	0,392
	Grup II	1638,88	
Total 24 saat işeme hacmi (ml)	Grup I	1419,56	0,357
	Grup II	1338,56	
İdrar kaçırma frekansı	Grup I	0,25	0,154
	Grup II	0,07	
Günlük işeme frekansı	Grup I	5,79	0,102
	Grup II	5,10	
Gece işeme frekansı	Grup I	1,36	0,098
	Grup II	2,20	

*Mann-Whitney U Testi, p<0,05.

Kaya (16), üriner inkontinanslı hastalarda rehabilitasyonun etkinliğini değerlendirmek için gerçekleştirdiği çalışması sonucunda işeme günlük parametrelerinde azalma gözlemlerken bu azalmaların istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmediğini tespit etmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastalar henüz tanı aldıkları dönemde değerlendirildiler. Jinekolojik kanser hastaları ile sağlıklı kadınların karşılaştırılıp daha objektif sonuç elde edilmesi çalışmamızın güçlü yönüdür. Hastaların kanser tedavisi sırasında ve tedavi sonrasında takip edilmemesi çalışmamızın limitasyonu olarak söylenebilir. Pelvik taban kaslarına yönelik değerlendirmenin yapılmamış olması çalışmanın diğer bir limitasyonudur.

Sonuç

Jinekolojik kanser tanılı ve sağlıklılarda üriner inkontinansı inceleyen araştırmamız jinekolojik kanser hastalarında üriner inkontinansın sağlıklılara göre daha sık görülebileceğini ama alınan sıvı miktarı, total 24 saat işeme hacmi, idrar kaçırma frekansı, günlük işeme frekansı ve gece işeme frekansının etkilenmediğini ortaya koymaktadır. Elde ettiğimiz sonuçlar ışığında jinekolojik kanser hastalarında üriner inkontinansa yönelik tedavi uygulanması ve hastaları inkontinans hakkında bilgilendirmeye yönelik eğitim verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Teşekkür: Çalışmanın istatistiksel analizi için yardımlarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK'e teşekkür ederiz.

Açıklama: Bu çalışma 25-28 Nisan 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen 17. Uluslararası Fizyoterapi ve Rehabilitasyonda Gelişmeler Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Howlader N EA. Seer Cancer Statistics Review 1975-2011 National Cancer Institute. Seer Cancer Stat Rev; 2011.
2. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer Statistics. Cancer J Clin. 2010;60(5): 277–300.
3. Jones RF, Horan DL. The American College of Obstetricians and Gynecologists: a decade of responding to violence against women. Int J Gynaecol Obstet. 1997;58(1): 43–50.
4. Schussler B. Postoperative disorder of bladder emptying in gynecology: pathophysiology and possibilities for treatment. Geburtshilfe Frauenheilkd. 1988;48(8): 551–8.
5. Benedetti-Panici P, Zullo MA, Plotti F, Mancini N, Muzii L, Angioli R. Long-term bladder function in patients with locally advanced cervical carcinoma treated with neoadjuvant chemotherapy and type 3-4 radical hysterectomy. Cancer. 2004;100(10): 2110–7.
6. Rutledge TL, Rogers R, Lee S-J, Muller CY. A

pilot randomized control trial to evaluate pelvic floor muscle training for urinary incontinence among gynecologic cancer survivors. Gynecol Oncol. 2014;132(1): 154–8.

7. Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. J Epidemiol Community Health. 1993;47(6): 497–9.
8. Cetinel B, Demirkesen O, Tarcan T, Yalcin O, Kocak T, Senocak M, et al. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? Int Urogynecol J. 2007;18(6): 659–64.
9. Soisson S, Ganz PA, Gaffney D, Rowe K, Snyder J, Wan Y, et al. Long-term, adverse genitourinary outcomes among endometrial cancer survivors in a large, population-based cohort study. Gynecol Oncol. 2018;148(3): 499–506.
10. Gılbaz E. The short and long term effects of gynecologic cancer treatment on the lower urinary tract function [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul Üniversitesi; 2008.
11. Zopf EM, Braun M, Machtens S, Zumbé J, Bloch W, Baumann FT. Implementation and scientific evaluation of rehabilitative sports groups for prostate cancer patients: study protocol of the ProRehab Study. BMC Cancer. 2012;12:312 [DOI: 10.1186/1471-2407-12-312]
12. Serda B-CF, Marcos-Gragera R. Urinary incontinence and prostate cancer: a progressive rehabilitation program design. Rehabil Nurs. 2014;39(6): 271–280.
13. Segal S, John G, Sammel M, Andy UU, Chu C, Arya LA, et al. Urinary incontinence and other pelvic floor disorders after radiation therapy in endometrial cancer survivors. Maturitas. 2017;105: 83–88.
14. Ramaseshan AS, Felton J, Roque D, Rao G, Shipper AG, Sanses T V.D. Pelvic floor disorders in women with gynecologic malignancies: a systematic review. International Urogynecology Journal. 2018;29(4): 459-476.
15. Bretschneider CE, Doll KM, Bensen JT, Gehrig PA, Wu JM, Geller EJ. Prevalence of pelvic floor disorders in women with suspected gynecological malignancy: a survey-based study. Int Urogynecol J. 2016;27(9): 1409–1414.
16. Kaya S, Akbayrak T, Gursen C, Beksac S.

Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J.* 2015;26(2): 285–293.

Ameliyathane Kaynaklı Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye İlişkin Ameliyathane Hemşirelerinin Bilgi Düzeyleri

Knowledge Levels Of The Operating Room Nurses Related To Prevention Of Surgical Site Infections

Dilek YILDIRIM TANK¹, Sevim ÇELİK², Elif KARAHAN³, Nurten TAŞDEMİR⁴

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, ameliyathane hemşirelerinin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 01.04.2018- 15.05.2018 tarihleri arasında Zonguldak'ta bir devlet hastanesi ve bir sağlık uygulama ve araştırma merkezinin ameliyathane ünitesinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu, sosyodemografik verileri içeren 11 soru ve kanıta dayalı uygulama rehberleri doğrultusunda cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamaları sorgulayan 33 soru, alınabilecek en yüksek puan 33, en düşük puan 0 olmak üzere toplam 44 sorudan oluşturulmuştur. Madde güvenilirlik analizi Cronbach Alpha skalasına göre 0,70 olarak hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve Man Whitney U testi ve Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen verilere göre hemşirelerin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin yönelik kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi puan ortalaması 22,05±3,53 (min: 10, max: 32) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hemşirelerin ortalama yaşlarının 38,29 ± 9,00 olduğu ve çoğunluğunun %63,2 ile lisans mezunu oldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin %75,4'ünün 6 yıldan daha uzun süredir ameliyathanede çalıştığı ve %77,2 sinin scrub ve sirküle hemşire olarak çalıştığı görülmüştür. Hemşirelerin tümünün cerrahi alan enfeksiyonları ile ilgili eğitim aldıkları ve bunun %66,72'sini hizmet içi eğitimin oluşturduğu bildirilmiştir. Hemşirelerin %64,9'u kurumlarında kanıta dayalı uygulamaların uygulandığını düşünmektedir. Hemşirelerin demografik özellikleri ile puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Sonuç: Araştırmadan sonuçlarına göre hemşirelerin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin yönelik kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi puan ortalaması 22,05±3,53 puan ile orta seviyenin üstünde bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Ameliyathane hemşiresi, Cerrahi alan enfeksiyonu, Kanıta dayalı uygulamalar

ABSTRACT

Purpose: This study was conducted to determine the knowledge levels of operating room nurses on evidence based practices to prevent surgical site infections.

Materials and Methods: This descriptive study was carried out between 01.04.2018 and 15.05.2018 with nurses working in the operating theater unit of state and university hospitals in Zonguldak province. The questionnaire created by the researcher in the light of the literature was consisted of 44 questions, 11 questions including sociodemographic data and 33 questions, which can get minimum 0 point and maximum 33 points, questioning about evidence-based practices to prevent surgical site infections. The item reliability analysis of the questionnaire was calculated to be 0,70 with Cronbach alpha. Data were analyzed by descriptive statistics as well as Mann

Geliş Tarihi/Received: 07.09.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 16.04.2019

¹Arş.Gör., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0001-7966-5395

²Prof. Dr., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0002-2016-5828

³Dr. Öğr. Üyesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0002-6371-871X

⁴Doç. Dr., Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0003-1766-4906

Sorumlu yazar /correspondence: Dilek Yıldırım Tank, Arş.Gör. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Esenköy-Kozlu. 67600/Zonguldak, e-mail: dilek8488@windowslive.com

*Bu çalışma, International Congress of Science, Education and Technology Research, Odesa, Ukraine, 10-12 August 2018, kongrede sözlü sunum olarak sunulmuştur.

Whitney U test and Kruskal-Wallis test.

Results: According to the data obtained from the study, the information score means of the nurses' knowledge about the evidence –based practices to prevent surgical site infections was found to be $22,05\pm 3,53$ (min:10, max:32). It was determined that the average age of the nurses participating in the study was $38,29\pm 9,00$ and the majority of the nurses had a bachelor's degree with 63,2%. It was reported that 75,4% of the nurses worked in the operating room unit for 6 or more years and 77,2% of nurses worked as scrub and circulating nurses. It was reported that all nurses were trained on surgical site infections and that in-service training constituted 66,7% of the education. 64,9% of the nurses think that they are working with evidence-based practices in the hospital. No statistically significant difference was found between the demographical characteristics and the nurses' information score means.

Conclusion: The study showed that operating room nurses had moderate level knowledge about the evidence-based practices for prevention of surgical site infections.

Keywords: Evidence-based practices, Operating room nurse, surgical site infection

Giriş

Hasta güvenliğinin ön plana çıktığı son dönemlerde, tüm dünyada, yatan hastalarda en sık rastlanan komplikasyon sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlardır. Türkiye’de sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların görülme sıklığı % 1,0 – 16,5 arasında değişirken, Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers Disease for Prevention and Control, CDC), Amerika Birleşik Devletleri’nde yatan hastaların yaklaşık %5-10’unda sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon gelişmekte ve bu enfeksiyonlar her yıl yaklaşık 75.000 hastanın ölümüne neden olmaktadır (1-7).

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar incelendiğinde cerrahi alan enfeksiyonları %1-40 oranında değişen görülme sıklığı ile mortalite sonuçlu sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar arasında ilk sırada görülmektedir. Asepsi ve antisepsi uygulamalarındaki önemli gelişmelere, ameliyathane koşullarındaki, cerrahi teknik ve hasta bakım olanaklarındaki ilerlemelere karşın, cerrahi alan enfeksiyonları halen çok önemli ve ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu enfeksiyonlar; hastanın iyileşme sürecini geciktirerek hastanede yatış süresinin uzaması, iş gücü kaybının oluşması, ilaç kullanımının artması, izolasyon gereksiniminin oluşması, daha fazla sayıda laboratuvar ve tanı yöntemlerinin kullanılması gibi nedenlerle önemli miktarda ekonomik kayıplara yol açmaktadır (2,8-11).

Modern cerrahinin çözüm bekleyen sorunlarından olan cerrahi alan enfeksiyonlarının meydana gelmesinde hasta ile ilişkili risk faktörlerin yanı sıra, cerrahi girişimin tipi, cerrahi yetenek/deneyim, implant kullanımı, uygun/yeterli cerrahi hazırlık, antimikrobiyal profilaksi ve

çevresel kontaminasyon gibi pek çok faktörün rol oynadığı bilinmektedir (1- 3, 12, 13).

Ameliyathanelerde cerrahi alan enfeksiyonu açısından birçok risk faktörü olduğu bilinmesine karşın, CDC’nin yayınlamış olduğu bir raporda; el hijyenine uyum ve eldiven kullanımı, bariyer önlemler, hastalarda kullanılan aletlerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonu, kalifiye ve yeterli personel gibi korunma yöntemlerine uyum yüksek olduğunda cerrahi alan enfeksiyonlarının %17 oranında düşüş olduğuna dikkat çekilmiştir (1, 2).

Cerrahi hemşirelerinin cerrahi alan enfeksiyonlarının oluşumunu önlemek için; ameliyathanedeki teknik şartların sağlanması ve kontrolü, çevre yüzeylerin temizliği, dezenfeksiyonu ve cerrahi aletlerin sterilizasyonu, cerrahi el yıkama, cerrahi giyim gibi ameliyata hazırlık süreçlerinin tam ve eksiksiz uygulanması, ameliyat öncesi dönemde hasta hazırlığını sağlama, antimikrobiyal profilaksinin uygulanması, cilt hazırlığının yapılması, ameliyat sırasında hemodinaminin korunması, uygun yara bakımının yapılması, hastaya ve ailesine enfeksiyondan korunma eğitimlerinin verilmesi gibi çok önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin cerrahi süreç boyunca girişimlerini en doğru şekilde uygulamaları ve hızlı karar vermeleri için kanıta dayalı rehberler yol gösterici olmaktadır (14-20).

Hastaneye yatış sürecinden taburculuk sürecine kadar hastanın bakımında aktif görev alan hemşirelerin hastayı koruma açısından tutum ve davranışları oldukça önem kazanmaktadır. Önlenebilir bir komplikasyon olarak tanımlanan cerrahi alan enfeksiyonları için hastaya ilişkin faktörlerin tümünü elimine etmenin genellikle mümkün olmadığı, ancak ameliyathane kaynaklı enfeksiyonlara ilişkin risk faktörlerinin hemen hemen hepsinin kontrol altına alınabileceği bir gerçektir (3, 14, 15).

Kanıta dayalı rehberlere göre, uygun antibiyotik kullanımı, asepsi antisepsi kurallarına kesintisiz uyum, (hiper) oksijenasyon, disiplinler arası işbirliği cerrahi alan enfeksiyonu gelişme riskini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Bu araştırma cerrahi ekibin önemli bir parçası olan ameliyathane hemşirelerinin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye ilişkin kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve bu konuda yapılacak planlamalara yol göstermesi amacıyla gerçekleştirilmiştir (16-19).

Yöntem

Araştırmanın Tipi: Çalışma, Zonguldak’ta bir devlet hastanesi ve bir sağlık uygulama ve araştırma merkezinin ameliyathane ünitesinde çalışan hemşirelerin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmek için tanımlayıcı çalışmadır.

Evren – Örneklem: Araştırma kapsamına ameliyathanede çalışan 57 hemşire dahil edilmiştir. Evrenin tamamı örnekleme dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları: Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan anket formu, sosyodemografik verileri ve mesleki deneyimi içeren 11 soru ve Centers For Disease Control and Prevention (16,17), World Health Organization¹⁸, National Health Institute for Health and Care Excellence (19) kurumlarının kanıta dayalı uygulama rehberleri doğrultusunda cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik uygulamaları sorgulayan kapalı uçlu 33 soru olmak üzere toplam 44 sorudan oluşmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaları sorgulamaya yönelik oluşturulan sorular 6 alt başlık altında toplanmıştır. Teknik özellik ve sterilizasyon grubunda 7 soru bulunup, minimum 0 maksimum 7 puan (min:0, max:7), alınabilmektedir. El yıkama grubunda 5 soru (min:0, max:5), cerrahi giyim grubunda 7 soru (min:0, max:7), cilt hazırlığı grubunda 4 soru (min:0, max:4), profilaksi grubunda 6 soru (min:0, max:6), ameliyat sırası hasta takibi grubunda ise 3 soru (min:0, max:3), bulunmaktadır. Soruların madde güvenilirlik düzeyi Cronbach Alpha skalasına göre 0,70 olarak hesaplanmıştır.

Veri Toplama Süreci: Çalışmanın verileri 01.04.2018- 15.05.2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanması sırasında çalışmaya katılan hemşireler veri toplama formlarını bireysel olarak 30 dakika içerisinde doldurmuş, katılımcılar arasında etkileşim olmamıştır.

Verilerin Analizi: Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili her doğru cevap 1 puan olup, testten alınabilecek en yüksek puan 33' dür. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada yer alan kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzdeyle gösterilirken, sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleriyle verilmiş, araştırmada normal dağılım göstermeyen değişkenlerin 2 grup karşılaştırılması Mann Whitney U testi ile, 3 grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmadaki tüm veri analizlerinde p değeri 0,05'in altındaki

karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Etik Yaklaşım: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 31.03.2018 kayıt tarihli 344 protokol no'lu etik kurul izni ve sağlık uygulama ve araştırma merkezi müdürlüğünden 16734702/304.03 sayılı, Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden 39330677-799 sayılı araştırma izni alınmıştır. Sözel onay ile çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden veriler toplanmaya başlanmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Buna göre hemşirelerin yaş ortalamasının 38,29±9,00 (min:24, max:57) olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %5,3'ünün yüksek lisans, %63,2'sinin lisans, %24,6'sının önlisans, %7'sinin ise lise mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %75,4'ünün 6 yıl ve üzerinde ameliyathanede hemşire olarak çalıştığı görülmüştür. Hemşirelerin %66,7'sinin hizmet içi eğitim olmak üzere, tümünün cerrahi alan enfeksiyonu ile ilgili eğitim aldıkları belirtilmiştir. %77,2'si scrub+sirküle hemşire olarak çalışan hemşirelerin %73,7'si gece-gündüz vardiyalı sistemde çoğunlukla (%50,9) 41-48 saat arası çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %59,6'sı çalıştıkları kurumda mutlu olduklarını bildirmiştir. Çalıştıkları birimde hasta güvenliğiyle ilgili klinik rehberlere ve kanıta dayalı kriterlere uyum sağlandığı düşüncesini bildiren hemşire oranı %64,9 ve hastane yönetiminin, hasta güvenliğine yönelik çalışmalarını desteklediğini düşünen hemşire oranı %75,4 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo1: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri				
	Ortalama	±	Std.	Min.- Maks.
Yaş	38,29	±	9,00	24-57
			<u>n</u>	%
Eğitim Durumu	Lise	4	7,0	
	Ön Lisans	14	24,6	
	Lisans	36	63,2	
	Lisansüstü	3	5,3	

Ameliyathanede Çalışma Yılı	1 yıldan az	5	8,8
	1-5 Yıl	9	15,8
	6 yıl ve üzeri	43	75,4
Cerrahi Alan Enfeksiyonu İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	57	100
	Hayır	0	0
Eğitim Şekli	Hizmet içi eğitim	34	59,6
	Sertifika programı	12	21,1
	Sürekli eğitim(yüksek lisans vs.)	5	8,8
	Kitap, dergi vs	2	3,5
Haftalık Çalışma Süresi	40 saat	16	28,1
	41-48 saat	29	50,9
	49 saat ve üzeri	12	21,1
Çalışma Şekli	Gündüz	15	26,3
	Gece-Gündüz	42	73,7
Çalışma Türü	Scrub	10	17,5
	Hemşire	3	5,3
	Sirküle Hemşire	44	77,2
	Scrub + Sirküle Hemşire		
Çalıştıkları Kurumda Mutlu Olma Durumu	Evet	34	59,6
	Hayır	23	40,4
Hasta Güvenliğine Yönelik Kanıta Dayalı Uygulama Yapabilme Durumu	Evet	37	64,9
	Hayır	20	35,1
Kanıta Dayalı Uygulamaları Hastane Yönetimi Destek Durumu	Evet	43	75,4
	Hayır	14	24,6
Toplam		57	100,0

Hemşirelerin demografik özelliklerine göre aldıkları puan dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, ameliyathanede çalışma yılı, cerrahi alan enfeksiyonu ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim şekli, haftalık çalışma saati, çalışma şekli, çalışma türü, çalıştıkları kurumda mutlu olma durumu, çalıştıkları kurumda kanıta dayalı uygulama durumu ve kurumlarının kanıta dayalı uygulamaları destekleme durumlarıyla ilgili puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel

olarak fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen eğitim düzeyi en üst olan lisansüstü hemşirelerin $22,66\pm 2,08$ puan ile en yüksek puanı aldığı yine aynı şekilde 6 yıl ve üzeri ameliyathanede çalışanların puan ortalamalarının $22,16\pm 3,87$ ile en yüksek seviyede olduğu görülmüştür.

Tablo 3’te hemşirelerin cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıta dayalı uygulamalar hakkındaki sorulara verdikleri yanıtların oranları verilmiştir. Teknik özellik ve sterilizasyon grubundaki sorulara çalışmaya katılan hemşirelerin verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde, “Ameliyat odasından koridora doğru pozitif basınçlı havalandırma ve saatte en az 5 filtre edilmiş hava değişimi sağlanmalıdır.” sorusuna %94,7 ile yanlış cevap verdikleri sadece %5,3’lük bir kısmın doğru cevap verdiği görülürken, “Hava sirkülasyonu tabandan verilmeli ve tavandan alınmalıdır.” sorusuna doğru cevap verenler çoğunlukta olsa da oranların birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Bilgi Puan Dağılımları

		n	Bilgi Puan Ortalama± Std. Sapma	p
Eğitim Durumu	Lise	4	22,05±1,89	0,83*
	Ön Lisans	14	22,42±2,20	
	Lisans	36	21,83±4,17	
	Lisansüstü	3	22,66±2,08	
Ameliyathanede Çalışma Yılı	1 yıldan az	5	21,20±1,92	0,73*
	1-5 Yıl	9	22,00±2,50	
	6 yıl ve üzeri	43	22,16±3,87	
Cerrahi Alan Enfeksiyonu ile ilgili Eğitim Alma Durumu	Evet	57	22,05±3,53	
	Hayır	0	0	
Eğitim şekli	Hizmet içi eğitim	34	22,13±3,86	0,85*
	Sertifika programı	12	21,50±3,08	
	Sürekli eğitim	5	22,80±2,04	
	Kitap, dergi vs	2	22,00±4,24	
Haftalık Çalışma Süresi	40 saat	16	21,81±2,31	0,73*
	41-48 saat	29	22,62±4,32	
	49 saat ve üzeri	12	21,00±2,55	
Çalışma Şekli	Gündüz	15	20,86±3,83	0,73**

	Gece-Gündüz	42	22,47±3,36	
Çalışma Türü	Scrub Hemşire	10	21,80±2,93	0,07*
	Sirküle Hemşire	3	21,66±2,51	
	Scrub + Sirküle Hemşire	44	22,13±3,75	
Çalıştığı Kurumda Mutlu Olma Durumu	Evet	34	22,32±3,59	0,79**
	Hayır	23	21,65±3,47	
Çalıştığı Kurumda Hasta Güvenliğine Yönelik Kanıt Dayalı Uygulama Durumu	Evet	37	21,45±3,54	0,96**
	Hayır	20	23,15±3,32	
Kanıt Dayalı Uygulamaları Hastane Yönetiminin Destekleme Durumu	Evet	43	22,16±3,08	0,79**
	Hayır	14	21,71±4,77	
Toplam		57		
<i>*Kruskal Wallis</i>		<i>**Man Whitney U</i>		

“Ameliyat odasının kapıları, malzeme, personel ve hasta geçişi için gerekli olmadıkça kapalı tutulmalıdır. Yüzeylerin/malzemelerin görünür kirlenmesi veya kan / vücut sıvılarıyla kontaminasyonu söz konusu ise yeni ameliyattan önce dezenfekte edilmelidir. Flaş sterilizasyon tüm malzemelerin sterilizasyonu için kullanılmalıdır.” soruları sırasıyla %98,2, %100 ve %86 oranlarıyla yüksek oranda doğru cevaplanmıştır. “Ameliyathane ve ameliyat odalarına girişte yapışkan paspas kullanılmalıdır. Cerrahi alan enfeksiyonu riskini azaltmak için Stafilokokus aureus’a yönelik topikal antimikrobiyal ajanların burun dekontaminasyonunda rutin kullanımı önerilmektedir.” soruları da sırasıyla %56,1, %63,2 oranlarıyla doğru yanıtlanmıştır.

El yıkama grubundaki sorular değerlendirildiğinde; soruların hepsinde doğru yanıt verenlerin oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. “Günün ilk ameliyatı öncesi cerrahi el yıkama uygun antiseptik ajanla 2-6 dk yapılmalıdır. Cerrahi el yıkamadan sonra eller yukarı kaldırılmalı, vücuttan uzaklaştırılmalı ve steril bir havlu ile kurulanmalıdır. Tırnaklar 2 mm den uzun olmalıdır. Cerrahi süreçte yapay

tırnak kullanılmamalıdır. Cerrahi el yıkama yapmadan önce tüm takıların çıkarılmasına gerek yoktur.” soruları sırasıyla %93,0, %96,5, %70,2, %96,5, %89,5 ile yüksek cevaplanma oranlarına sahipken “Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından seçilmiş bir el nemlendiricisi kullanılmalıdır.” sorusu %59,6 oranında doğru yanıt olarak diğer sorulara göre daha az yanıtlanmıştır.

Cerrahi giyinme grubundaki sorular değerlendirildiğinde; “Ameliyat odasına girerken galoş giyilmelidir.” sorusu %35,1 oranında doğru yanıtlanarak grubun en düşük yanıtlanma payına sahipken, diğer sorular %87,7 ile %98,2 arasında yüksek oranda doğru yanıtlanmıştır.

Cilt hazırlığı grubundaki sorular değerlendirildiğinde; “Cilt hazırlığı için kontrendikasyon yoksa antiseptik ajan olarak alkol kullanılmalıdır.” sorusu %28,1, “Antimikrobiyal veya antimikrobiyal olmayan plastik yapışkan örtülerin kullanımı önerilmektedir.” sorusu %28,1, “Tüy temizliği gerekli ise, tek kullanımlık elektrikli traş makinası/clipper kullanılarak yapılmalıdır.” sorusu %84,2 ve “Tüy temizliği ameliyat günü yapılmamalıdır.” sorusu %59,6 oranında doğru yanıtlanmıştır.

“Ameliyat öncesi profilaksi sadece endike olduğunda, yayınlanmış klinik uygulama kılavuzlarına uygun ve insizyon başladığında uygulanmalıdır” sorusuna %89,5’lik bir kısım doğru yanıt vermiştir. “Protez ameliyatları dışında komplikasyon riski olmayan ameliyatlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir” sorusunu ise %42,1’lik bir kısım doğru yanıtlanmıştır. “Temiz ve temiz-kontamine işlemlerde ameliyathanede cerrahi insizyon kapatıldıktan sonra, dren konulsa da ek parenteral antimikrobiyal ajan profilaksisi uygulanmalıdır.” sorusu da %28,1 oranla doğru yanıtlanmıştır. “Cerrahi alan enfeksiyonunu azaltmak amacı ile abdominal ameliyatlarda antiseptik ya da bölgesel antibiyotikler (cefotaxime) kullanılmalıdır.” sorusu da ancak % 12,3 oranı ile doğru yanıtlanmıştır. Triklosan kaplı süturların kullanımı % 59,6 oranı ile doğru yanıtlanmıştır.

Ameliyat süresince hasta takibi kapsamında sorulan “Ameliyat süresince normotermi sürdürülmelidir.” ve “Endotrakeal entübasyon ile genel anestezi uygulanan normal solunum fonksiyonlarına sahip hastalarda ameliyat süresince ve ekstübasyondan hemen sonra

ameliyat sonrası yeterli inspiriyum oksijen fraksiyonu (FiO₂) sağlanmalıdır.” soruları %100 oranında doğru cevaplanırken, “Hastaların ameliyat süresinde kan glikozu <100mg/dl olarak sürdürülmelidir.” sorusu %5,3 oranı ile doğru yanıtlanmıştır.

Tablo 3: Hemşirelerin Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemeye Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İlgili Sorulara Yönelik Verilen Yanıtların Dağılımları					
N=57					
	Kanıta dayalı uygulama	Doğru		Yanlış	
		n	%	n	%
TEKNİK ÖZELLİK-STERİLİZASYON	Ameliyat odasından koridora doğru pozitif basınçlı havalandırma ve saatte en az 5 filtre edilmiş hava değişimi sağlanmalıdır.(Y)	54	94,7	3	5,3
	Hava sirkülasyonu tabandan verilmeli ve tavandan alınmalıdır. (Y)	29	50,9	28	49,1
	Ameliyat odasının kapıları, malzeme, personel, ve hasta geçişi için gerekli olmadıkça kapalı tutulmalıdır. (D)	56	98,2	1	1,8
	Yüzeylerin/malzemelerin görünür kirlenmesi veya kan / vücut sıvılarıyla kontaminasyonu söz konusu ise yeni ameliyattan önce dezenfekte edilmelidir. (D)	57	100	0	0
	Ameliyathane ve ameliyat odalarına girişte yapışkan paspas kullanılmalıdır. (Y)	25	43,9	32	56,1
	Flaş sterilizasyon tüm malzemelerin sterilizasyonu için kullanılmalıdır. (Y)	8	14,0	49	86,0
	Cerrahi alan enfeksiyonu riskini azaltmak için Stafilokokus aureus’a yönelik topikal antimikrobiyal ajanların burun dekontaminasyonunda rutin kullanımı önerilmektedir. (Y)	21	36,8	36	63,2
	Günün ilk ameliyatı öncesi cerrahi el yıkama uygun antiseptik ajanla 2-6 dk yapılmalıdır. (D)	53	93,0	4	7,0
	Cerrahi el yıkamadan sonra eller yukarı kaldırılmalı, vücuttan uzaklaştırılmalı ve steril bir havlu ile kurulmalıdır. (D)	55	96,5	2	3,5
	Tırnaklar 2 mm den uzun olmalıdır. (Y)	17	29,8	40	70,2
Cerrahi süreçte yapay tırnak kullanılmamalıdır. (D)	55	96,5	2	3,5	
Cerrahi el yıkama yapmadan önce tüm takıların	6	10,5	51	89,5	

	çıkarılmasına gerek yoktur. (Y)				
	Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından seçilmiş bir el nemlendiricisi kullanılmalıdır. (D)	34	59,6	23	40,4
CERRAHİ GİYİM	Ekip pamuklu giysiler yerine su geçirmez giysiler giymelidir. (D)	50	87,7	7	12,3
	Ameliyat sırasında ıslanan giysilerin değiştirilmesine gerek yoktur. (Y)	5	8,8	52	91,2
	Cerrahi maske; ameliyat odasına girerken tüm ağız ve burnu kapatacak şekilde ameliyat boyunca kullanılmalıdır. (D)	56	98,2	1	1,8
	Ameliyat odasına girerken cerrahi bone ile tüm saçlar kapatılmalıdır. (D)	56	98,2	1	1,8
	Ameliyat odasına girerken galet giymelidir. (Y)	37	64,9	20	35,1
	Tüm cerrahi ekip steril giyinmeli ve eldiven steril önlüğün üzerine giyilmelidir. (D)	54	94,7	3	5,3
	İki saatten uzun süren ameliyatlarda eldiven ve giysiler değiştirilmelidir. (D)	53	93,0	4	7,0
CİLT HAZIRLIĞI	Cilt hazırlığı için kontrendikasyon yoksa antiseptik ajan olarak alkol kullanılmalıdır. (D)	16	28,1	41	71,9
	Antimikrobiyal veya antimikrobiyal olmayan plastik yapışkan örtülerin kullanımı önerilmektedir. (Y)	41	71,9	16	28,1
	Tüy temizliği gerekli ise, tek kullanımlık elektrikli traş makinesi/clipper kullanılarak yapılmalıdır. (D)	48	84,2	9	15,8
	Tüy temizliği ameliyat günü yapılmamalıdır. (Y)	23	40,4	34	59,6
	Ameliyat öncesi profilaksi sadece endike olduğunda, yayınlanmış klinik uygulama kılavuzlarına uygun ve insizyon başladığında uygulanmalıdır. (D)	57	100	0	0
PROFİLAKSİ	Protez ameliyatları dışında komplikasyon riski olmayan ameliyatlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir. (D)	54	94,7	3	5,3
	Temiz ve temiz-kontamine işlemlerde ameliyathane cerrahi insizyon kapatıldıktan sonra, dren konulsa da ek parenteral antimikrobiyal ajan profilaksisi uygulanmalıdır. (Y)	57	100	0	0
	Cerrahi alan enfeksiyonunu azaltmak amacı ile abdominal ameliyatlarda	57	100	0	0

AMELİYAT SIRASI HASTA TAKİBİ	antiseptik ya da bölgesel antibiyotikler (cefotaxime) kullanılmalıdır. (Y)				
	Cerrahi alan enfeksiyonunu azaltmak amacı ile yara ya da kavite içi lavaj/yıkama kullanılmalıdır. (Y)	54	94,7	3	5,3
	Triklosan kaplı sütürlerin kullanımına gerek yoktur. (Y)	57	100	0	0
	Ameliyat süresince normotermi sürdürülmelidir. (D)	57	100	0	0
	Hastaların ameliyat süresinde kan glikozu <100mg/dl olarak sürdürülmelidir. (Y)	54	94,7	3	5,3
	Endotrakeal entübasyon ile genel anestezi uygulanan normal solunum fonksiyonlarına sahip hastalarda ameliyat süresince ve ekstübasyondan hemen sonra ameliyat sonrası yeterli inspiryum oksijen fraksiyonu (FiO2) sağlanmalıdır. (D)	57	100	0	0

Tablo 4 incelendiğinde hemşireler, teknik özellik ve sterilizasyon sorularını içeren gruptaki 7 sorudan ortalama 4,57 ±1,32 puan aldıkları (min:2, max:7), el yıkama ile ilgili sorulardan ortalama 5,05±1,02 (min:1, max:6), cerrahi giyim ile ilgili sorulardan ortalama 5,98±0,85 (min:3, max:7), cilt hazırlığı ile ilgili sorulardan ortalama 2,00±0,96 (min:0, max:4), profilaksi ile ilgili sorulardan ortalama 2,38±1,22 puan (min:0, max:6), ameliyat sırası hasta takibi ile ilgili sorulardan ortalama 2,05±0,22 (min:2, max:3) puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşireler sorulan sorulardan ortalama olarak 22,05±3,53 puan almış olup, maksimum doğru sayısı 32'ye ulaşmıştır.

	Ortalama	Standart sapma	Minimum	Maksimum
Teknik Özellik - Sterilizasyon	4,57	1,32	2,00	7,00
El Yıkama	5,05	1,02	1,00	6,00
Cerrahi Giyim	5,98	0,85	3,00	7,00
Cilt Hazırlığı	2,00	0,96	0,00	4,00
Profilaksi	2,38	1,22	0,00	6,00
Ameliyat Sırası Hasta Takibi	2,05	0,22	2,00	3,00
Toplam	22,05	3,53	10,00	32,00

Tartışma

Tüm dünyada cerrahi alan enfeksiyonları önemli sağlık problemlerinden biri olarak güncelliğini

sürdürürken, ameliyathane hemşireleri hem bilgi düzeyleri hem de uygulama becerileri ile bu problemin çözümünde ekibin en önemli parçalarından biridir.

Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede kanıta dayalı güncel yaklaşımların sorgulandığı bu çalışmada ameliyathane hemşireleri 33 puan üzerinden 22,05±3,53 puan olarak orta seviyenin üzerinde bilgi puan düzeyinde oldukları görülmüştür. Literatürde yapılan çalışmadan farklı olarak, Labeau ve ark. (21) hemşirelerin kanıta dayalı uygulama güncel rehberlerinden uzak olduğu ve bilgi düzeylerinin düşük olduğunu bildirmiştir. Yine Teshager ve ark. (22), hemşirelerin bilgi ve uygulama düzeyi puanlarının oldukça düşük olduğunu bildirmiştir (21, 22).

Labrague ve ark. (23) katılımcıların yaş, cinsiyet, klinik deneyim gibi demografik özellikleri ile bilgi puanları arasında farklılık olmadığını belirtmişlerdir. Yapılan güncel çalışma bu konuda benzerlik göstererek demografik özellikler ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, klinik deneyim gibi etkenler arasında ilişki bulunmazken, eğitim durumu ile bilgi düzeyleri arasında olumlu yönde ilişki olduğu bildirilmiştir. Yapılan güncel çalışmada da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmasa da lisansüstü eğitim düzeyinde olan katılımcıların bilgi puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Bu duruma eğitim derecesi arttıkça bilgi düzeylerinin de artmasının neden olduğu düşünülmüştür. Sürekli eğitim ile ameliyathane hemşirelerinin bilgileri güncellenerek artmaktadır (23). Yapılan çalışmada ameliyathanede çalışma yılı ile bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmezken, 5 yıl ve üzeri çalışanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ameliyathane ortamı kritik düşünme ve eleştirel yaklaşımla problem çözme odaklı bir sisteme sahip olduğundan klinik deneyimi fazla olan ameliyathane hemşirelerinin puan ortalamalarının da yüksek olduğu düşünülebilir (23,24).

Luo ve ark. (25)'nin yapmış oldukları çalışmalarda hastane politikasının bilgi düzeylerine olumlu etkisinden bahsedilirken, 2012 yılında Labrague ve ark. (23) tarafından yapılan çalışma, güncel çalışmayla benzerlik göstererek hastanede kanıta dayalı uygulama yürütme politikası ile bilgi puan düzeyi arasında ilişkinin

olmadığını bildirmiştir. Literatürde bilgi puan ortalamaları ile hastane politikası arasında ilişki bulunmazken, hastane yönetimi tarafından kanıta dayalı uygulamaların desteklendiğini bildiren ameliyathane hemşirelerinin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hastane yönetiminin desteğiyle hemşireler kendilerini güvende hissederek kanıta dayalı yeni uygulamaları öğrenmek için daha çok fırsat yakalayabilir ve uygulamaya geçirebilir (23, 25).

Yapılan güncel çalışmada da teknik özellik – sterilizasyon, el yıkama, cerrahi giyim kategorilerinde doğru yanıt oranı yüksektir. Ameliyathane hemşirelerinin sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerinin tümünden sorumlu olması hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. Klinikte rutin uygulanan bu girişimler ve etkileri ameliyathane hemşireleri tarafından iyi bilinmekte ve dikkatle uygulanmaktadır. Çalışma ile paralellik gösteren Nakhaei and Mofrad (26)'ın çalışmasında, ameliyathane hemşirelerinin el yıkama ile ilgili puan ortalamalarının orta seviye, cerrahi giyim ve sterilitenin sürdürülmesi ile ilgili konularda ise yüksek düzeyde oldukları bildirilmiştir.²⁶

Değerlendirme soruları incelendiğinde tüy temizliğinde kullanılacak cihaz ve zamanı ile ilgili sorular güncel çalışmada sırasıyla %84,2 ve %59,6 oranında doğru cevaplanırken, Qasem ve ark.(27) yapmış oldukları çalışmada tüy temizliğinin traş makinesiyle yapılması gerekliliği sorusuna %49 oranında doğru, zamanlama konusuna da %36 oranında doğru cevap verilmiştir. Son yıllarda traş bıçağının oluşturduğu tahriş ve enfeksiyon riskini arttırdığının kanıtlanması üzerine pratikte kullanımı oldukça azalmıştır bu nedenle elektrikli traş makinelerinin kullanılması gerekliliği sorusu yüksek oranda doğru yanıtlanmıştır. Ancak zamanlama konusunda hastaların serviste tüy temizliği yapılarak ameliyathaneye hazır bir şekilde transferi konusu yaşanan bazı güçlükler nedeniyle hala tam anlamıyla pratik uygulamaya dönüştürülemediği görülmüştür. Bu nedenledir ki zamanlama konusundaki sorunun yanıtlanma oranının orta düzeylerde kaldığı düşünülmüştür. Sadia ve ark.²⁸ yapmış oldukları çalışmada da tüy temizliği için doğru zamanın sorgulandığı soruya %17 oranında doğru cevap verildiği bildirilmiştir. Sickder ve ark.²⁹ ise tüy temizliğinin %72 oranında

uygulanmadığını, profilaktik antibiyotiklerin tüm ameliyathanelerin %62,92 sinde uygulandığı, ameliyat sonrası insizyon bakımını %51,1 oranında uygulandığını bildirmiştir (23,27-29). Kanıta dayalı uygulamaların geleneksel uygulamalarla yer değiştirmesi birçok sebepten dolayı belli bir süreç gerektirdiğinden, çalışmalarda farklılıkların görülmesinin olağan olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada özellikle profilaktik antibiyotik uygulanması ve profilaksi amaçlı antimikrobiyal örtü, topikal antibiyotik kullanımı ya da lavaj uygulanması konusunda doğru yanıt verme oranları düşüktür. Bu konunun nedeninin cerrahların kendilerini güvende hissetmek ya da alışlagelmiş davranışlardan vazgeçememelerine bağlı olarak antibiyotik ve türevlerinin endike olmadığı durumlarda profilaktik amaçlı kullanımına devam etmeleri olduğu düşünülmüştür (30,31). Sadia ve ark.(28) yapmış oldukları çalışmada da profilaktik antibiyotik uygulanması ile ilgili sorunun doğru yanıtlanma oranı %19,08 olarak bildirilerek güncel çalışmayla benzer şekilde düşük olmuştur (28, 30, 31).

Sadia ve ark.(28)'nın yapmış oldukları çalışma incelendiğinde yapılan güncel çalışmadan farklı olarak ameliyat sırasında sürdürülmesi gereken kan glikoz düzeyi hakkında sorunun doğru yanıtlanma oranı %64,12 olarak bildirilmiştir. Bu oran güncel çalışmada sadece %5,3 oranında doğru yanıtlanmıştır. Sorunun yanıt oranının düşük olması, ameliyathane ekibinde olan anestezi uzmanı, anestezi teknikerlerinin görevleri gereği hasta bakımını üstlenmiş olmaları ve hemşirelerin hasta takibinde geri planda kaldıklarını düşündürmüştür. Yine aynı çalışmada steril cerrahi kıyafetlerin değiştirilmesi ile ilgili sorunun doğru yanıtlanma oranı %14,5 ile oldukça düşük sunulurken, güncel çalışmada %93,0 oranında doğru yanıtlanmıştır (28).

Sonuç ve Öneriler

Ameliyathane kaynaklı cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede teknik özellik–sterilizasyon, el yıkama, cerrahi giyim, cilt hazırlığı, profilaksi, ameliyat sırası hasta takibi konularında kanıta dayalı güncel yaklaşımların sorgulandığı bu çalışmada ameliyathane hemşireleri 33 puan üzerinden 22,05±3,53 puan olarak, orta seviyenin üstünde bilgi puan

düzeyinde oldukları düşünülmüştür. Eksikliklerin giderilerek, hemşirelerin bilgi seviyelerini daha üst seviyelere çıkarabilmek için, kanıta dayalı uygulamalar hakkında güncel ve düzenli eğitimler programlanabilir.

Kaynaklar

- Centers For Disease Control and Prevention. National and state health care associated infections progress report, [Internet]. [Updated: 2016 March; Cited: 2018 May 29]. Available from: <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf>.
- Centers For Disease Control and Prevention. Procedure - associated Module. Surgical site infection (SSI) event, [Internet]. [Updated: 2016 January; Cited: 2018 May 29]. Available from: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSICurrent.pdf>.
- Diaz V, Newman J. Surgical site infection and prevention guidelines: A primer for certified registered nurse anesthetists. *AANA J*. 2015; 83 (1): 63-68.
- European Centre for Disease Prevention and Control, Surveillance of surgical site infections in European hospitals – HAISSE protocol, [Internet]. [Updated: 2012; Cited: 2018 May 29]. Available from: https://www.google.com.tr/?gfe_rd=cr&ei=zxwAV9q5CibY8Afa2IHAAG&gws_rd=ssl#q=Surveillance+of+surgical+site+infections+in+European+hospitals+-+HAISSE+protocol.+
- Erdem HA, Sipahi OR, Kepeli N, Dikiş D, Küçükler ND, Aksoy B ve ark. Ege Üniversitesi Hastanesi'nde hastane enfeksiyonları nokta prevalansı. *MJIMA*. 2015; 4: 12-24.
- Provincial Infectious Diseases Advisory Committee on Infection Prevention and Control. Best practices for surveillance of health care - associated infections in patient and resident populations, [Internet]. [Updated: 2014 July; Cited: 2018 May 29]. Available from: http://www.publichealthontario.ca/en/repository/Surveillance_33_ENGLISH_2011-10-28%20FINAL.pdf.
- Vincent HSU. Prevention of health care-associated infections. *Am Fam Physician*. 2014; 90(6): 377-382.
- Pittet D, Allegranzi B, Boyce J. The World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009; 30: 611–622.
- Beldi G, Bisch-Knaden S, Banz V, Mühlemann K, Candinas D. Impact of intraoperative behavior on surgical site infections. *Am J Surg*. 2009; 198: 157–162.
- Magill SS, Hellinger W, Cohen J, Kay R, Bailey C, Boland B et al. Prevalence of healthcare-associated infections in Acute Care Hospitals in Jacksonville, Florida. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2012; 33(3): 283-291.
- Uğurlu MÜ, Mokhtare S, Yıldız F, Pekru Y, Kuzucanli M, Aktan AÖ. Surgeon behavior and knowledge on hand scrub and skin antisepsis in the operating room. *J Surg Educ*. 2014; 71(2): 241-245.
- Meeks DW, Lally KP, Carrick MM, Lew DF, Thomas EJ, Doyle PD, Kao LS. Compliance with guidelines to prevent surgical site infections: as simple as 1-2-3?. *Am J Surg*. 2011; 201:76-83.
- Üstün C, Geyik MF, Aldemir M, Tekin R, Çelen MK, Girgin S ve ark. Genel cerrahi kliniğinde gelişen hastane enfeksiyonlarının sürveyansı: on yıllık verilerin değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Fak Derg*. 2010; 12 (3): 1-6.
- Àngeles-Garay U, Morales-Márquez L, Sandoval-Balanzarios MA, Velázquez-García JA, Maldonado-Torres L, Méndez-Cano AF. Risk factors related to surgical site infection in elective surgery. *Cirugía y Cirujanos*. 2014; 82 (1): 44-56.
- Reyes GE, Chang PS. Prevention of surgical site infections: Being a winner. *Operative Techniques in Sport Medicine*. 2011; 19: 238-244.

16. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Brian Leas MA, Erin C. Stone, Rachel R. Kelz et al. CDC Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. *JAMA Surg.* 2017; 152(8):784-791.
17. Centers For Disease Control and Prevention. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, [Internet]. [Updated: 2008; Cited: 2018 May 29]. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/disinfection-guidelines.pdf>.
18. World Health Organization. Global Guidelines For The Prevention Of Surgical Site Infection, [Internet]. [Updated: 2016; Cited: 2018 May 29]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250680/9789241549882-eng.pdf;jsessionid=5D9857762063566B044710AFBC18245B?sequence=1>.
19. National Health Institute for Health and Care Excellence (NICE). Surgical site infections: prevention and treatment. [Internet]. [Updated: 2017; Cited: 2018 May 29]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg74/resources/surveillance-report-2017-surgical-site-infections-prevention-and-treatment-2008-nice-guideline-cg744358983213/chapter/Surveillance-decision>.
20. AORN. Guideline Summary: Hand Hygiene. *AORN J.* 2017;105(2):213-217.
21. Labeau SO, Witdouck SS, Vandijck DM, Claes B, Rello J, Vandewoude KH, et al. Nurses' knowledge of evidence-based guidelines for the prevention of surgical site infection. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2010; 7(1):16-24.
22. Teshager FA, Engeda EH, Worku W Z. Knowledge, practice, and associated factors towards prevention of surgical site infection among nurses working in Amhara Regional State Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. *Surgery Research And Practice.* 2015; 1-7.
23. Labrague LJ, Arteche DL, Yboa BC, Pacolor NF. Operating room nurses' knowledge and practice of sterile technique. *Journal of Nursing & Care.* 2012; 1:113.
24. Dhakal B, Angadi S, Lopchan M. Nurses' knowledge and practice of aseptic technique in the operation theatre at selected Hospitals of Bharatpur. *Int Arch BioMed Clin Res.* 2016; 2(2): 32-34.
25. Luo Y, He GP, Zhou JW, Luo Y. Factors impacting compliance with standard precaution in nursing, China. *Int J Infect Dis.* 2010; 14: e1106-e1114.
26. Nakhaei M, Mofrad SA. Investigating nurses' knowledge and self-efficacy regarding the principles of infection control in the operating room. *Mod Care J.* 2015; 12(2):79-83.
27. Qasem MN, Hweidi IM. Jordanian nurses' knowledge of preventing surgical site infections in acute care settings. *OJN.* 2017; 7: 561-582.
28. Sadia H, Kousar R, Azhar M, Waqas A, Gilani SA. Assessment of nurses' knowledge and practices regarding prevention of surgical site infection. *Saudi J. Med. Pharm. Sci.* 2017; 3(6):585-595.
29. Sickder HK, Lertwathanawilat W, Sethabouppha H, Viseskul N. Nurses' Surgical site infection prevention practices in Bangladesh. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2017; 21(3): 244-257.
30. Turan H. Cerrahi antimikrobiyal profilakside güncel öneriler. *Klinik Dergisi.* 2015; 28(1): 2-10.
31. Madhu BS, Shashi Kumar HB, Naveen Kumar Reddy M, Abilash V. Reddy, Sangeetha Kalabhairav. Effect of single dose pre-operative antibiotic prophylaxis versus conventional antibiotic therapy in patients undergoing lichtenstein tension free mesh repair. *ISJ.* 2017; 4(2):738-742.

Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**Nathanson and Giffords Social Work Ethics Scale: Validity and Reliability Study****Taner ARTAN¹, Hatice Selin IRMAK², Enver MENGÜ³****ÖZ**

Amaç: Bu çalışmanın amacı sosyal hizmet alanında etik ikilemler karşısındaki tutumları ölçmeye yönelik olarak geliştirilen Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanmasını sağlamak, geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa ve Bingöl Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü'nde eğitim alan 210 lisans öğrencisi ile yapılmıştır. Veriler kişisel bilgi formu ve NGES kullanarak toplanmıştır. Nathanson And Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği'nin (NGES) güvenilirliğini ortaya koymaya yönelik olarak iç tutarlılık, madde-toplam puan güvenilirlik katsayısı ve iki yarı test güvenilirliği incelenmiştir. NGES'in yapı geçerliliğini ortaya koymaya yönelik olarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu kapsamda yapı geçerliliği, "Temel Bileşenler Analizi", "Kaiser-Meyer-Olkin Testi" ve "Barlett's Testi" ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: NGES için yapılan faktör analizi sonucunda tek boyutlu olarak kullanılabilmesi belirlenmiştir. Ortalama puanı 61,16±8,77 olan ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,760 olduğu, madde toplam korelasyon katsayılarının 0,268-0,642 arasında değişim gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin iki yarı test güvenilirlik katsayısını hesaplamak amacıyla yapılan Spearman-Brown, Guttman split-half ve Cronbach α güvenilirlik katsayıları yeterli düzeyde bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmacılar, NGES'in sosyal hizmet alanında etik ikilemler karşısındaki tutumları değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu kanısındadır.

Anahtar kelimeler: Geçerlilik, güvenilirlik, sosyal hizmet, sosyal hizmet etiği

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to investigate the validity and reliability of Nathanson And Giffords Ethics Scale (NGES) which is designed to be used in Social Work Ethics.

Materials and Methods: The research was conducted with 210 undergraduate students who were studying social work department of Istanbul University-Cerrahpaşa and Bingöl University Department of Social Work. The data were collected by personal information form and NGES. Regarding the scale validity, internal consistency, item-total correlation and two half test reliability was examined. Construct validity was analyzed using exploratory factor analysis (EFA). The construct validity was evaluated by "Principal Component Analysis", "Kaiser-Meyer-Olkin Test" and "Barlett's Test".

Results: As a result of factor analysis of Nathanson And Giffords Ethics Scale it was determined that it could be used as a unidimensional tool. The mean was 61.16±8.77 and the tool's internal consistency coefficient was 0.760, the item total correlation coefficients were found values between 0.268-0.642. Spearman-Brown, Guttman split-half ve Cronbach α reliability coefficients which were applied to calculate the two half test reliability coefficient of the scale were found to be sufficient. **Conclusion:** NGES in Turkish can be considered as a valid and reliable scale to evaluate the social work ethics.

Conclusion: NGES in Turkish can be considered as a valid and reliable scale to evaluate the social work ethics.

Keywords: Reliability, social work, social work ethics, validity

Geliş Tarihi/Received: 05.10.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 26.12.2018

¹ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-8716-2090

² İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü, ORCID: 0000-0001-5032-1767

³ İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0001-6871-688X

Sorumlu yazar/correspondence: Taner Artan, Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, t.artan@hotmail.com

Giriş

Bireylerin, grupların ve toplulukların sosyal işlevselliklerini ve iyilik hallerini artırmak için onları güçlendirmeyi amaçlayan bir mesleki çalışma olan sosyal hizmeti (1,2) disiplinden mesleğe taşıyan temel bileşen sosyal hizmetin mesleki etik değerleridir (3). Lowenberg ve Dolgoff'a göre (1996: 21) “değerler mesleki uygulamalarla ilgili iyi ve arzu edileni tanımlarken; etik, doğru ve yapılması gerekenleri” anlatmaktadır (4). Mesleki değerlere bağlı olarak ortaya çıkan sosyal hizmet etiği, doğru eylemi gerçekleştirmeyi hedefleyerek uygulamalara ortak yaklaşım, bakış açısı ve anlayış kazandırır (5).

Sosyal hizmet etiği dört gelişim döneminden geçerek bugünkü görünümünü kazanmıştır. İlk dönem olarak ifade edilen “ahlaki dönemde” 1950’li yıllarda temelde müracaatçının ahlaki değerleri üzerine odaklanmış ve yoksulların ahlaki değerlerini yükseltme çabasını ön plana çıkarmıştır. “Değerler dönemi” olarak isimlendirilen ikinci dönemde sosyal hizmet mesleğinin ve uygulayıcılarının değerlerine odaklanılmıştır. 1970 ve 1980’leri içine alan üçüncü dönem “Etik kuram ve karar alma dönemi” diye isimlendirilmiş ve hak kavramı üzerinden sosyal hizmet uygulamacılarının karşı karşıya kaldıkları etik problemlerde etik ilke ve yaklaşımlara başvurulması gerekliliği üzerinde durulmuştur. Son dönem olarak isimlendirilen “etik standartlar ve risk yönetimi dönemi” mesleğin etik kodlarının olgunlaştığı ve koruyucu stratejilerin geliştiği dönem olarak değerlendirilmektedir (6).

Sosyal hizmet mesleğinde yer alan etik kurallar üzerine öne çıkan tartışmalardan birisi de bu kuralların nesnelliliği meselesidir. Özellikle 1960’lı yıllardan sonra sosyal hizmet uzmanları arasında rölativist (görecilik) düşüncesinin yaygınlaştığı ve bu durumun mesleki etik kuralların sorgulanmasına yol açtığı görülmektedir. Bu konuda genel olarak sosyal hizmet uzmanları mutlakiyetçi ve rölativist şeklinde iki gruba ayrılmakta, mutlakiyetçiler evrensel ilkelerin oluşabileceğini savunurken rölativistler bu kuralların bağlamsal olduğunu ve kültürel yapı, siyasi ve ahlaki ölçülere göre toplumdan topluma değişkenlik gösterdiğini savunmaktadır (6).

Sosyal hizmet mesleği için belirlenen etik kurallar bir yandan sosyal hizmet uygulamasında sosyal hizmet uzmanına genel bir rehberlik

sağlarken, diğer yandan da mesleğe ilişkin normları ve gerekli standartları oluşturarak mesleği dış düzenlemelere karşı korumaktadır (6). Mesleğin kendi yapısını sürdürmesi için kritik önem taşıyan söz konusu etik kuralların, yalnızca teknik ve yasal boyutuyla değil felsefi bağlamıyla da gözetilmesi, kendini gerçekleştirebilmesi adına müracaatçı için de büyük önem taşımaktadır (7).

Bunun yanında sosyal hizmet mesleği için öne sürülen ilkeler, uygulamaya geçildiğinde aynı netliği göstermemekte ve sosyal hizmet uzmanlarını çeşitli ikilemler arasında bırakmaktadır. Nitekim toplum ile müracaatçıların çıkarlarının çatıştığı noktada sosyal hizmet uzmanı bir denge kurma durumunda kalabilmekte, ayrıca haklar ve ayrıcalıklar üzerine zaman içinde yaşanan değişimler de sosyal hizmet uzmanını etik problemin içerisinde bırakabilmektedir (8). Buna rağmen Banks tarafından etik karar verme doğrultusunda 5 temel ilke öne sürülmektedir. İlk ilke etik kararın insan refahına odaklanmasını ve bu amaçla değişen şartlara uygun olarak insanın ihtiyaçlarını karşılayarak mutluluğunu artırma çabasında olmasını ifade etmektedir. İkinci ilke, etik karar alacak olan sosyal hizmet uzmanının müdahale ederken planın parçaları olan aktörleri de dahil ederek uygun bir eylem oluşturmasının gerekliliğini içermektedir. Üçüncü ilke, sosyal hizmet uzmanının vakalarda müracaatçıların özel durumlarını dikkate almasının önemini, dördüncü ilke alınan kararlarda geçmiş ve gelecekte benzer vakalar için tutarlılığın gerekliliğini, beşinci ilke ise müracaatçının kendi kader hakkını tayin etmesine imkan verilmesini vurgulamaktadır (8).

Etik ikilemleri çözümlenmede standart bir formülün bulunmadığını öne süren Reamer, ancak uygulamada etik kaliteyi artırmanın mümkün olduğunu savunmakta ve bunun için de şu adımları izleyerek sistematik bir yaklaşım ortaya koymayı önermektedir: Birinci adımda etik konuların tanımlanması, ikinci adımda etik karardan etkilenecek muhatapların belirlenmesi, üçüncü adımda katılımcılar için tüm eylemlerin olası risk ve yararlarının saptanması, dördüncü adımda muhtemel tüm eylem biçimlerinin ve sebeplerinin incelenmesi, beşinci adımda ilgili uzmanlarla değerlendirme yapılması, altıncı adımda kararın belgelenecek verilmesi, yedinci ve son adımda ise karar sürecinin belgelenecek değerlendirilmesi yer almaktadır (6). Sosyal hizmet uygulamasında etik kalitenin yükselmesi

ise olası etik ihlallerin yaşanmasını engelleyeceği için kritik önem taşıyan bir meseledir (9).

Türkiye’de sosyal hizmet etiğine ilişkin literatür incelendiğinde çalışmaların daha çok teorik bilgi ile sınırlı olduğu (10,11,12), uygulamaya ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmadığı görülmektedir. Bu bakımdan bu çalışma Türkiye’de sosyal hizmet etiği alanında var olan önemli bir boşluğu dolduracak olması bakımından oldukça önemlidir. Bu doğrultuda çalışmanın amacı Nathanson ve Giffords tarafından 2013 yılında sosyal hizmet etiği üzerine geliştirilen Nathanson and Giffords Etik Ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmaktır. Doğrudan sosyal hizmetin mesleki uygulaması için hazırlanmış olan bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması, Türkiye’de sosyal hizmet etiği üzerine zayıf kalan literatüre önemli bir katkı getirecektir.

Yöntem

Çalışma Grubu

Bu çalışmanın örneklemini araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü ve Bingöl Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü’nde lisans eğitimi alan 210 öğrenci oluşturmaktadır. Öğrencilerin seçiminde İstanbul Üniversitesi’nin yanında Bingöl Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü’nün de çalışmaya dahil edilmesi, Bingöl Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü’nün Doğu Anadolu Bölgesi’nde kurulan ilk sosyal hizmet bölümü olması ve kültürel çeşitliliği yansıtması bakımından önemlidir. Her bir üniversiteden seçilecek öğrenci sayıları olasılıklı örneklem tekniklerinden tabakalı örneklem tekniği kullanılarak belirlenmiş ve her iki üniversiteden ayrı ayrı 120 öğrencinin çalışmaya dahil edilmesine karar verilmiştir. Her iki üniversiteden çalışmaya katılacak öğrencilerin seçiminde de olasılıklı örneklem tekniklerinden basit rastgele örneklem tekniği kullanılmış ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden İstanbul Üniversitesi’nden 96 öğrenci, Bingöl Üniversitesi’nden 114 öğrencinin katılımı ile çalışma sonlandırılmıştır. Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında örneklem sayısının, ölçek madde sayısının en az alt sınır olarak 2 katı tercihen 10 katı olması önerilmektedir (13). Bu

ölçekte 18 madde bulunmaktadır ve ölçek madde sayısının 11,7 katı sayıda öğrenciye ulaşılmıştır. Tablo 1’de örneklemin özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 1: Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri

	Kategoriler	TOPLAM	
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	144	68,6
	Erkek	66	31,4
Yaş (yıl)		20,50±1,54 (dağılım: 18-26)	
Eğitim Durumu	1.Sınıf	97	46,2
	3.Sınıf	113	53,8
En uzun süre yaşadığı yerleşim yeri	İl	118	56,2
	İlçe	52	24,8
	Köy	40	19
Gelir		2992,78±2052,14 (dağılım: 500-19000)	

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacıların kendileri tarafından Haziran 2018-Temmuz 2018 tarihleri arasında anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere, 5 sorudan oluşan “Sosyodemografik Özellikler” ve 18 maddeden oluşan Nathanson ve Giffords tarafından geliştirilen “Nathanson ve Giffords Etik Ölçeği” uygulanmıştır. Nathanson ve Giffords Etik Ölçeği’nin uygulanması için ölçek sahibinden gerekli izinler alınmıştır. Bir anketin bir katılımcıya uygulanması yaklaşık 20 dakika zaman almıştır.

Nathanson ve Giffords Etik Ölçeği, Nathanson ve Giffords tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, sosyal hizmet öğrenci ve profesyonellerinin etik ikilemler karşısındaki etik ikilem çözme becerilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek; güçlendirme, kendi kaderini tayin etme, insan onuruna saygı, farklılıklara saygı-çeşitlilik, sosyal adalet, sosyal sorumluluk, gizlilik, hizmetlere eşit erişim ve sosyal refah ile ilgili etik ikilemleri ölçen 18 maddeden

oluşmaktadır. Likert tipi ölçekte her bir madde kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4), kesinlikle katılıyorum (5) şeklinde 5 seçenek ile kodlanmıştır. Ölçekte 3, 9, 12 ve 18. sorular için ters kodlama yapılmıştır. Ölçekten alınan 18-36 puan arası çok düşük, 37-54 puan arası düşük, 55-72 puan arası orta ve 73-90 puan arası yüksek etik ikilem çözme becerisini ifade etmektedir. Ölçeğin orijinal versiyonunda güvenilirlik düzeyi (Croanbach Alfa katsayısı) 0,70 olarak bulunmuştur (14).

Dil Uyarlaması

Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi 2 farklı çeviri firması tarafından yapılmıştır. Bu çeviri metinler araştırmacıların kendisi tarafından tekrar değerlendirilmiştir. Oluşturulan son çeviri metni Türkçe dil kuralları ve anlam bütünlüğü açısından yetkin bir Edebiyat Öğretmeni tarafından tekrar değerlendirilmiştir. Ayrıca soruların anlaşılabilirliğini ölçmek amacıyla İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi 10 kişi ile ön çalışma gerçekleştirilmiş ve metnin son hali oluşturulmuştur. Son olarak bağımsız bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çevirideki ifadeler orijinal İngilizce ifadeler ile incelendikten sonra Türkçe çevirisi tekrar gözden geçirilerek formun son hali hazırlanmıştır.

Analiz Tekniği

Verilerin analizi Statistical Packages of Social Sciences (SPSS) programı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi örnekleme oluşturan sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin özelliklerini tanıttıcı bilgiler, NGES'in güvenilirliği ve NGES'in geçerliliği olmak üzere 3 başlık altında sunulmuştur.

-Örneklemin özelliklerini tanıttıcı bilgiler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde değerleri ile interval değişkenler için ortalama, standart sapma ve minimum maksimum değerleri ile gösterilmiştir.

- NGES'in güvenilirliğini ortaya koymaya yönelik olarak iç tutarlılık, madde-toplam puan korelasyonları ve iki yarı test güvenilirliği incelenmiştir. İç tutarlılık için likert tipi ölçeklerde önerilen Cronbach α güvenilirliği hesaplanmıştır. Madde toplam puan korelasyonları Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. İki yarı test güvenilirliği için Spearman-Brown, Cronbach α

güvenilirlik katsayıları incelenmiş ve Guttman split-half analizi yapılmıştır.

-NGES'in yapı geçerliliğini ortaya koymaya yönelik olarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu kapsamda yapı geçerliliği "Temel Bileşenler Analizi", "Kaiser-Meyer-Olkin Testi" ve "Barlett's Testi" ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 21.06.2018 tarih 06 sayılı toplantı sayısı ile etik kurul onayı alınmıştır. Son olarak ise araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verildikten sonra gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden hem sözlü olarak izin hem de yazılı olarak aydınlatılmış onam formu alınmıştır

Bulgular ve Tartışma

Güvenilirlik

Güvenilirlik bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne ölçüde doğru ölçtüğünü, ölçeğin tekrarlanabilir olduğunu ve sürekliliğini göstermektedir (15). Güvenilir bir ölçme aracı soruların birbirleri ile tutarlı olduğunu ve yeterliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca güvenilir bir ölçeğin, farklı yerlerde uygulandığında benzer sonuçlar vermesi beklenmektedir (15-19). Bir ölçeğin güvenilirliğini incelemede test tekrar yöntemi, paralel formlar yöntemi, iç tutarlılık yöntemi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bu araştırmada NGES için güvenilirlik analizi kapsamında iç tutarlılık güvenilirliği değerlendirilmiştir. Maddelerin birbiriyle tutarlı olup olmadığını belirlemek için Cronbach α iç tutarlılık katsayısı, testi yarılama yöntemi ve madde-toplam puan korelasyonu katsayıları hesaplanmıştır.

Tutarlılık ve gerçeğe yakınlık durumunun bir ölçüsü olan güvenilirliğin yüksek olması için ölçeği oluşturan tüm maddelerin güvenilirliği artırıcı bir etkiye sahip olması önemlidir (20). Güvenilirlik analizlerinde ölçeği oluşturan maddelerin ölçeğin güvenilirliğine etkisi değerlendirilerek, maddelerin ölçekte kalmasına veya ölçekten çıkarılmasına karar verilmektedir (12,15,16,20,21). Ölçekten bir madde çıkarıldığında yeniden hesaplanan Cronbach α katsayısı, ölçeğin tamamı için hesaplanan güvenilirlik katsayısından daha yüksek bir değer ise, ilgili madde iç tutarlılığı olumsuz yönde etkilediğinden ölçekten çıkarılması yönünde karar verilmektedir. Ayrıca ölçekten çıkarılan madde ile diğer

maddelerin toplamı arasındaki korelasyon katsayılarının negatif bir değer olması ve 0,25'ten daha küçük bir değer

olması durumu da ilgili maddenin ölçeğe katkısının düşük olduğunu göstermektedir (17,19).

Tablo 2: NGES Madde Analizleri

Madde	Madde Toplam Korelasyon Değerleri		Madde Puan Ortalaması	Madde Silinirse Cronbach Alpha	Faktör Yük Değerleri
	r	p	X±SD	α	
1	0,567	0,0001	4,08±1,09	0,705	0,600
2	0,191	0,005	3,08±1,13	0,740	0,115
3	0,337	0,0001	3,76±1,17	0,728	0,301
4	0,119	0,085	2,61±1,26	0,750	0,022
5	0,448	0,0001	3,70±1,11	0,717	0,504
6	0,642	0,0001	4,44±0,96	0,700	0,733
7	0,632	0,0001	4,00±1,06	0,699	0,692
8	0,539	0,0001	4,17±1,10	0,708	0,597
9	0,434	0,0001	3,71±1,29	0,720	0,401
10	0,516	0,0001	4,17±1,29	0,710	0,539
11	0,493	0,0001	3,59±1,25	0,713	0,471
12	0,374	0,0001	3,86±1,29	0,726	0,302
13	0,268	0,0001	3,32±1,31	0,737	0,305
14	0,535	0,0001	4,05±1,06	0,708	0,581
15	0,315	0,0001	2,81±1,18	0,730	0,310
16	0,458	0,0001	3,74±1,23	0,716	0,456
17	0,551	0,0001	3,95±1,11	0,706	0,593
18	0,350	0,0001	3,80±1,21	0,727	0,299

Bu çalışma kapsamında da NGES için Cronbach α iç tutarlılık katsayısı hesaplanmış ve Cronbach α değeri 0,731 olarak bulunmuştur. Liu'ya göre (2003), ölçeğin güvenilirliği için sınır değer 0,70 olarak alınabileceği ifade edilmektedir (23). Çalışmada ölçekten bir madde çıkarıldığında yeniden hesaplanan Cronbach α katsayıları değerlendirildiğinde 2., 4. ve 13. maddeleri çıkarıldıktan sonra yeniden hesaplanan Cronbach α katsayıları (sırasıyla 0,740, 0,750, 0,737), tüm sorular dahilken hesaplanan çalışma güvenilirliğinden (0,731) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

18 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları değerlendirildiğinde, maddelerin korelasyonlarının 0,119 ile 0,642 arasında değişim

gösterdiği ve 2. ile 4. maddeler dışında her bir madde ile toplam puan arasındaki korelasyonların anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 2). Ayrıca 2. ve 4. maddeler ile diğer maddelerin toplamı arasındaki korelasyon katsayılarının 0,25'ten daha küçük bir değer olması (sırasıyla 0,191, 0,119) bu maddelerin güvenilirliğe olumsuz etkisi olduğunu göstermektedir.

Bu kapsamda 2. ve 4. maddelerin analiz dışı bırakılması durumunda yeniden hesaplanan Cronbach α değeri 0,760'a yükselmiştir. Tavşancıl (2002) ve Özdamar'a (2002) göre ölçeğin Cronbach α katsayısı 0,40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değil, 0,40-0,59 arası düşük güvenilirlikte, 0,60-0,79 arası olduğunda güvenilir, 0,80-100 arası olduğunda ise yüksek

derecede güvenilir olarak değerlendirilmiştir (17,24). Bu kapsamda Cronbach α değeri 0,760 olarak bulunan NGES de güvenilir bir ölçek olarak bulunmuştur (16-24).

Çalışmada elde edilen yanıtlar arasındaki tutarlılığı belirlemek için testi yarılama yöntemi (Split-half reliability) olarak bilinen iki yarı test güvenilirliğine bakılmıştır (12). Ölçeğin iki yarı test güvenilirlik katsayısını hesaplamak amacıyla Spearman-Brown, Guttman split-half, ve Cronbach α güvenilirlik katsayıları incelenmiştir. Ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon katsayısı 0,607 olarak bulunmuştur. Guttman split-half formülü ile korelasyon katsayısı 0,752; Spearman-Brown formülü ile iki yarının güvenilirliği 0,755 olarak bulunmuştur. Her iki yarı için Cronbach α değerleri, ilk yarı için (8 soru) = 0,701, ikinci yarı için (8 soru) = 0,710 olarak hesaplanmıştır.

Geçerlilik

Geçerlilik Garret tarafından "ölçülmek istenen özelliğin amaca uygun olarak ölçülme derecesi" olarak tanımlanmıştır (15). Ölçümün geçerli olması, ölçme aracının ölçmeyi planladığı özellikleri ölçebiliyor anlamına gelmektedir (15). Bu araştırmada NGES yapı geçerliliğini ortaya koymak için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Yapı Geçerliliği

Açıklayıcı Faktör Analizi

NGES'in yapı geçerliliğini incelemek için gerçekleştirilen açıklayıcı faktör analizinde öncelikle tüm maddeler arasındaki korelasyon matrisi incelenmiş, maddeler arasında anlamlı ilişkiler olup olmadığı değerlendirilmiştir. Maddeler arasındaki ilişkilerin faktör analizinin yapılabilmesine uygunluk gösterir nitelikte anlamlı olduğu görülmüştür. Faktörleri belirlemek amacıyla Temel Bileşenler Analizi Yöntemi kullanılmıştır. Temel Bileşenler Analizi'nden önce verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için Bartlett's test Sphericity ve KMO Örneklem Yeterliliği testleri incelenmiştir. Verilerin faktör analizine uygun olması için KMO testinin 0,60'dan yüksek, Bartlett's test Sphericity analizi sonucunun istatistiksel olarak anlamlı çıkması gereklidir (12). Tablo 3'te KMO ve Bartlett's testlerinin sonuçlarına ilişkin verilere yer verilmiştir.

Tablo 3: NGES KMO ve Bartlett's Test İstatistikleri

Kaiser-Meyer-Olkin		0,809
Bartlett's Test	Ki-Kare Değeri (χ^2)	598,193
	Serbestlik Derecesi (sd)	120
	Anlamlılık Düzeyi (Sig)	0,0001

Tablo 3'te yer alan değerler incelendiğinde, ölçeğin KMO değeri 0,809 olarak bulunmuştur. Kasiyer, KMO değerinin 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0,50'nin altında ise kabul edilmez 0,90'larda mükemmel, 0,80'lerde çok iyi, 0,70'lerde ve 0,60'larda vasat, 0,50'lerde kötü olduğunu belirtmektedir (24). Bartlett's test Sphericity sonucunda elde edilen Ki-Kare testinin de anlamlı çıkması (χ^2 598,193 $p=0,0001$) verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğinin göstergesidir (25). Bu sonuçlar verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

NGES faktör yapısı incelendiğinde, özdeğeri 1'i aşan dört faktör olduğu bulundu. Bu dört faktörün ölçek için açıkladığı varyansın %49,182 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3). Birinci faktörde toplanan maddelerin ölçeğin büyük çoğunu oluşturduğu ve diğer faktörlerde bulunan maddeleri de anlam yönünden içine alacak kapasitede olduğu görülmüştür. Bu nedenle orijinal ölçekte olduğu gibi tüm maddelerin tek faktör altında toplanmasına karar verilmiştir. Bir ölçeğin tek boyutlu olarak değerlendirmesinde birinci faktörün özdeğerinin ikinci faktörün özdeğerinden 3 ya da 4 kat fazla olması sıkça kullanılan bir kriterdir (26). Ölçek dört boyutlu olarak görünmesine rağmen, ilk faktörün özdeğerinin (6,923) ikinci faktörün özdeğerinden (1,494) 3,5 kat fazla olması nedeni ile ölçeğin orijinaline bağlı kalarak tek faktörlü olarak değerlendirilmiştir. Aynı zamanda, komponent matriksinde (Component Matrix) maddelerin birinci faktör altında yüksek faktör yüküne sahip olması da ölçeğin tek boyutlu kullanılmasının daha uygun olacağını göstermektedir. Ayrıca tek faktörlü ölçeklerde açıklanan varyansın %30 ve daha fazla olması da yeterli görülmektedir (13). Bununla birlikte sosyal bilimler alanında yapılan analizlerde %40 ile %60 arasında değişim gösteren varyans oranlarının yeterli olduğu kabul edilmektedir (27,28). Bu çalışmada elde edilen varyans oranı %49,082 olması ölçeğin yapı

geçerliliği açısından olumlu bir sonuç olarak kabul edilmektedir.

Tablo 4: Faktör Özdeğerleri ve Açıkladıkları Varyans Oranları

Faktör	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)
1	6,923	32,187
2	1,494	6,923
3	1,212	5,076
4	1,150	4,896
Toplam		49,082

Bir maddenin herhangi bir faktöre girebilmesi için ulaşması gereken en küçük değer konusunda kesin bir sınır olmamakla birlikte, genellikle 0,30 ya da 0,40 önerilmektedir (27). Genel olarak 0,30 ile 0,59 arasındaki yük değeri orta, 0,60 ve üzerindeki ise yüksek olarak kabul edilmektedir (13). NGES maddelerinin faktör yüklerine bakıldığında 0,122 ile 0,733 arasında değişim gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4). Bu noktada faktör yükü 0,30'un altında olan 2. ve 4. maddelerin ölçekten çıkarılması uygun bulunmuştur. Bu durumun olası en önemli nedeninin kültürel ve toplumsal farklılık olduğu düşünülmektedir. Analizler sonucunda oluşan 16 maddelik Türkçe ölçek Ek 1'de sunulmuştur.

Sonuç

Bu bu çalışma Nathanson ve Giffords tarafından 2013 yılında sosyal hizmet etiği üzerine geliştirilen Nathanson ve Giffords Etik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirliğini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışma kapsamında NGES için Cronbach α iç tutarlılık katsayısı hesaplanmış ve Cronbach α değeri 0,731 olarak bulunmuştur. 18 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları değerlendirildiğinde, maddelerin korelasyonlarının 0,119 ile 0,642 arasında değişim gösterdiği ve 2. ile 4. maddeler dışında her bir madde ile toplam puan arasındaki korelasyonların anlamı düzeyde olduğu bulunmuştur. Çalışmada ölçekten bir madde çıkarıldığında yeniden hesaplanan Cronbach α katsayıları ve madde ile diğer maddelerin toplamı arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde 2. ile 4. maddelerin analiz

dışı bırakılmasına karar verilmiştir. Ayrıca NGES için yapılan faktör analizi sonucunda, 2. ile 4. maddelerin faktör yüklerinin 0,30'un altında olması da bu noktada destekleyici bir bulgu sayılabilir. Bu maddelerin analiz dışı bırakılması durumunda yeniden hesaplanan Cronbach α değeri 0,760'a yükselmiştir.

2. ve 4. maddelerde yer alan ifadeler NASW'da yer alan sosyal hizmet etik ilkeleri kapsamında değerlendirildiğinde; 2. maddede sosyal hizmet etik ikilemelerinden kendi kaderini tayin etme hakkına (self determinasyon) odaklanıldığı, 4. madde de ise sosyal hizmet mesleği etik ikilemelerinden farklı etnik kökenden gelenler arasında çeşitliliği sağlama durumuna odaklanıldığı görülmektedir. Kendi kaderini tayin etme hakkı (self determinasyon) kapsamında sosyal hizmet uzmanı danışanının kendi kaderini belirleme hakkına saygı duymalı, başkalarının haklarını ihlal etmemek şartıyla kendisini gerçekleştirmesi ve potansiyelini en üst düzeye ulaştırması için danışanlarına yardımcı olmalıdır. Farklı etnik kökenden gelenler arasında çeşitliliği sağlama durumunda ise sosyal hizmet uzmanları mesleki uygulamalarında; etnik ve ulusal köken, renk, cinsiyet, cinsel yönelim, yaş, medeni durum, siyasal görüş, dinsel inanç temeline dayanan ayrımcılığın herhangi bir biçimine (pozitif/negatif) yer vermemelidir.

Ayrıca NGES için yapılan faktör analizi sonucunda birinci faktör ile ikinci faktörün özdeğeri arasında çok fark olması, birinci faktörde toplanan maddelerin ölçeğin büyük çoğunu oluşturduğu ve birinci faktörün diğer faktörlerde bulunan maddeleri de anlam yönünden içine alacak kapasitede olduğu görülmüştür. Bu nedenle orijinal ölçekte olduğu gibi tüm maddelerin tek faktör altında toplanmasına karar verilmiştir.

Çalışmanın bulgularına dayanarak NGES'in sosyal hizmet alanında etik ikilemler karşısındaki tutumlarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu görülmüştür. Sosyal hizmet öğrenci ve profesyonellerinin hangi etik ikilemler karşısında etik ikilem çözme becerileri açısından yetkin ya da yetersiz olduklarının belirlenmesi yaşanabilecek etik ihlallerin azalmasını sağlayacaktır. Bu sayede sosyal hizmet mesleki uygulamalarının kalitesinin ve etkililiğinin artacağı düşünülmektedir.

Ölçeğin çalışma grubunun sosyal hizmet eğitimi alan üniversite öğrencileri ile sınırlı olduğu unutulmamalı ve farklı yaş gruplarında ve öğrenim durumlarında kullanırken psikometrik özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. NGES'in Türkçe formu kullanılarak farklı gruplar ile yapılacak araştırmaların sosyal hizmet alanına önemli katkılar sağlayacağı söylenilebilir.

Kaynaklar

1. Zastrow C. Sosyal hizmete Giriş. Ankara: Nika Yayınları; 2016.
2. Tufan B, Sayar ÖÖ ve Koçyıldırım G. Sosyal Bir Hak Olarak Sosyal Hizmet, Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiri Kitabı, Antalya. 2009:76-86.
3. Thompson N. Kuram ve Uygulamada Sosyal Hizmeti Anlamak. Ankara: Dipnot Yayınları; 2017.
4. Mavili Aktaş A. Orduda sosyal hizmet, 08.11.2008, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/ordudasosyalhizmet.doc>
5. Cılga İ. Bilim ve meslek olarak Türkiye'de sosyal hizmet. H.Ü. Sosyal Hizmetler YO. Yayın No:16, 2004.
6. Reamer FG. Social Work Values and Ethics. 4th edition, Columbia University Press; 2013
7. Baran-Çiftçi D. Bir İttifak Ağları Stratejisi Olarak Sosyal Hizmet Etiği Toplum ve Sosyal Hizmet. 2016;27(2):47-62.
8. Gökçearslan-Çiftçi E, Gönen E. Sosyal Hizmet Uygulamalarında Etik Karar Verme Süreci. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2010;22(2):149-160.
9. Acar H, İçağasıoğlu-Çoban A, Polat G. Sosyal Hizmetlerde Yanlış Uygulamalar, Etik İhlaller ve Sorunlara İlişkin Bir Araştırma. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Derneği; 2017.
10. Ersoy Yılmaz, S. Sosyal Hizmet Etiğine İlişkin Bir Değerlendirme. Visionary E-Journal/Vizyoner Dergisi. 2015.
11. Çiftçi GE, Gönen E. Sosyal Hizmet Uygulamalarında Etik Karar Verme Süreci. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 2011;22(2):149-160.
12. Berkün S. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Çalışma Hayatında Karşılaştıkları Mesleki Sorunlar: Bursa Örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 2010;21(1):99-109.
13. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri El Kitabı, İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum, Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2007.
14. Nathanson IL, Giffords ED, Calderon O. Expanding awareness: Issues in the development of an ethics scale for the social work profession. Journal of Social Work Education. 2011;47(1):133-149.
15. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(3).
16. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Geçerlilik ve Güvenilirlik. 1. Basım. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
17. Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. 4. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2002.
18. Yılmaz M. Sosyal bilimlerde güvenilirlik ve geçerlilik. <http://www.socialresearchmethods.net/tutorial/Colosi/icolosi2.html> [Erişim tarihi: 22.04.2018].
19. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 6. Basım. Ankara. Seçkin Yayıncılık; 2006:255-273.
20. Koçak C, Albayrak SA, Duman NB. Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2014;11(3):16-21.
21. Kalaycı S. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistiksel teknikleri. Ankara: Asil Publication Distribution; 2006:321-322, 405,412
22. Erbil N, Bakır A. Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009;6(1):290-302
23. Liu Y. Developing a Scale to measure the interactivity of websites. Journal of Advertising Research. 2003;June;207-217.
24. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi. Nobel yayınları: Ankara. 2010
25. Kan A, Akbaş A. Lise öğrencilerinin kimya dersine yönelik tutum ölçeği geliştirme çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2005;1(2).
26. Slocum Gori SL, Zumbo B. Assessing The Unidimensionality of Psychological Scales: Using Individual Multiple Criteria from Factor Analysis. Social Indicators Research. 2011;102(3):443-461.

27. Burns N, Grove SK. The Practice of nursing research. Conduct, Critique & Utilization 4th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2001.
28. Tekin H. Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Yargı Yayınları; 1996.

EK.1: NATHANSON VE GIFFORDS ETİK ÖLÇEĞİ (NGES)

Aşağıdaki ölçek, sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilem çözme becerilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Her bir madde için katılımınızın gücünü 5 puan üzerinden değerlendirmeniz istenmektedir (1, kesinlikle katılmıyorum seçeneğini; 5, kesinlikle katılıyorum seçeneğini ifade etmektedir). Lütfen her bir maddeye verdiğiniz yanıtı en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

Lütfen tercihlerinizi pratik ya da hukuki bir bakış açısı yerine etik bir bakış açısıyla (doğru olan nedir?) değerlendiriniz. Bu çalışmada konuya ilişkin teknik ya da yasal bilgilerinizi değerlendirmek ile ilgilenilmemektedir. Sorular için tek bir doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır, sadece konu ile ilgili fikirleriniz ile ilgilenilmektedir.

	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle Katılıyorum (5)
1. Burak şu an herhangi bir işi olmayan, vasıfsız bir işçidir. Ona vasıf gerektirmeyen bir iş bulmak daha uygun gözükse de, zamanını ve enerjisini kendisine yatırım yapmak için kullanmaya istekli ise eğitim ve beceri kurslarına katılması önerilebilir.					
2. Sosyal hizmet uzmanı, “eşine şiddet uygulayan bir eş” ya da “yeni doğmuş bebeğini öldürmeye teşebbüs eden bir anne” vb. vakalarda, danışanın davranışını onaylamıyorsa önyargısız olmak zorunda değildir.					
3. Rabia, verimsiz-başarısız bir eğitim sistemi üzerinde değişiklik yapmak için çalışan bir sosyal hizmet uzmanıdır. Eğitim sisteminde etkili bir değişim yaratma girişimi öğrenciler ve aileleri için rahatsızlık yaratsa da Rabia değişiklik sağlayabilmek için uygun yasal yolları desteklemelidir.					
4. Sosyal Hizmet Merkezi toplum temelli bir kuruluştur. Farklı etnik gruplar arasında yaşanan sözlü tartışmaların rapor edildiği bir ilçede hizmet veren Sosyal Hizmet Merkezi’nde çalışan sosyal hizmet uzmanları, etnik gruplar arasında olumlu ilişkileri teşvik etmek için elinden geleni yapmalıdır.					
5. Fırat insanlara karşı çok kızgın ve saldırgan biridir. Eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması nedeniyle kendisini yetersiz hissetmeye başlamıştır. Fırat ile çalışan sosyal hizmet uzmanı ona fakir olmasının kendisinin suçu olmadığını anlatmaya çalışmalıdır. Fakir olmasının nedeninin eğitim, sosyal ve ekonomik kaynaklara eşit olmayan bir erişimin sonucu olduğunun farkına varmasına yardımcı olmalıdır.					
6. Onuncu sınıf öğrencisi olan Tarık, ulusal basketbol liginde gitme yolunda çok yetenekli bir basketbol oyuncusudur. Mezuniyetini garantiye aldığı düşünerek sınıf ortamında sürekli sorun çıkarmaktadır ve bu nedenle okul sosyal hizmet uzmanına yönlendirilmiştir. Uzman, Tarık’ın sınıf ortamındaki uyumsuz davranışlarını, sporcu olması nedeniyle kendisine gösterilen “özel muamele”nin bir dışavurumu olarak görmektedir. Bu durumda uzman, Tarık’ın akademik başarısını artırmak ve mezun olmasına yardımcı olmak için Tarık’ın kendisi, koçları ve öğretmenleriyle birlikte çalışmalıdır.					
7. Hakan ileri derecede bilişsel yetersizliği olan yaşlı bir adamdır. Hakan, finansal tavsiyeleri anlayabilecek mental yeterliliğe sahip değildir. Danışanı olduğu sosyal hizmet uzmanı Hakan’ın çocuklarına, babalarının finansal durumunu kontrol edebilmek için yasal yollar bulmaları konusunda yardımcı olmamalıdır.					
8. Yasalarla güvence altına almak gerekmediği sürece bir sosyal hizmet uzmanı danışanı ile ilgili durumları, danışanı doğrudan ilgili olan ya da danışanı için hayati önem taşıyan profesyoneller dışında kuruluş içindeki diğer kişiler ile paylaşmamalıdır.					
9. Bir sosyal hizmet uzmanı, bazı insanların sahip oldukları sağlık olanakları üzerindeki bireysel kontrollerini kaybetmeleri anlamına gelse bile, tüm vatandaşların erişimine izin veren bir sağlık politikasını desteklemelidir.					
10. Emrah, bir sosyal hizmet merkezinde üyeliğin herkese açık olduğu, güncel olaylara ilişkin bir tartışma grubu yürütmektedir. Grubun büyük çoğunluğu Funda’yı eşcinsel olması nedeniyle gruptan çıkarma yönünde oy kullanmaktadır. Emrah, Funda adına duruma müdahale etmemeli ve diğer üyelerin Funda’nın gruptaki durumuna ilişkin karar almasına izin vermemelidir.					
11. Levent, danışanı olduğu sosyal hizmet uzmanına yalan söylemektedir. Bu durum ortaya çıksa bile sosyal hizmet uzmanı bu davranışı nedeniyle Levent’i yargılamamalı ve ona saygı duymalıdır.					
12. Veysi anlaşamadığı birine saldırmak için plan hazırlığı yapmaktadır. Bu planlarını danışanı olduğu sosyal hizmet uzmanına anlatmıştır. Uzmanın, danışanı ile ilgili özel bilgiyi başkasıyla paylaşmaması gerektiği					

halde bu konuda önceliği potansiyel mağduru korumak adına yetkililere haber vermek ve konuyla ilgili önlem alınmasını sağlamaktır.					
13. Hande kürtaj yaptırmak isteyen ancak ebeveyninin bu karar alma sürecine dahil olmasını istemeyen 15 yaşında bir ergendir. Başvurduğu sosyal hizmet uzmanı Hande'nin gebeliğini bitirmek istemesinin nedenlerini ve ebeveyninin bu sürece dahil olmasına karşı gösterdiği direnci değerlendirmiştir. Sonrasında uzmanının, ebeveyn katılımı olmadan kürtaj yaptırmanın yasal yollarını araması noktasında Hande'ye yardımcı olması sorun olmayacaktır.					
14. Faruk yaklaşık 20 yıldır çalıştığı iş yerinden kovulan orta yaşlı bir Afgandır. Eşi ve 8 ile 12 yaşında 2 çocuğu olan Faruk'un araba ve ev kredisi ödemeleri bulunmaktadır. Bu nedenle geçim sıkıntısı çekmektedir. 19 yaşındaki Merve ise 2 yaşındaki çocuğuyla birlikte sığınma evinde yaşayan Suriyeli bir kadındır. Her iki birey de mevcut durumlarını iyileştirmek için bir sosyal hizmet uzmanının yardımına eşit derecede layıktır.					
15. Bir sosyal hizmet merkezinde çalışan sosyal hizmet uzmanının ilişkili bulunduğu Kiracılar Derneği, Toplu Konut İdaresi Başkanlığı'na karşı protesto eylemi planlamaktadır. Sosyal hizmet uzmanı protesto eyleminin, konunun her iki tarafında yer alan bireyler için de şiddet ve olası zararlar ile sonuçlanacağını düşünmektedir. Sosyal hizmet uzmanı, her iki taraftaki bireylere zarar verme riskini azaltma yollarını bulması konusunda derneğe yardımcı olmalıdır.					
16. Fatma, bir Gündüz Bakım Merkezi'nde çalışmak üzere iş başvurusunda bulunmuştur. Fatma'nın işe girebilmek için öğretmeninden alacağı bir referans mektubuna ihtiyacı vardır. Fatma isteklerini ifade etmekte çekinmesine neden olan güvensizlik ve girişkenlik sorunları yaşamaktadır. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanından ihtiyacı olan referans mektubunu bulmasını istemektedir. Fatma'nın öğretmeniyle kendisinin konuşmasının daha uygun olacağını düşünen sosyal hizmet uzmanı, gösterdiği dirence karşılık onu cesaretlendirmekte ve olası senaryo ile ilgili canlandırma tekniğini kullanmayı önermektedir. Sosyal hizmet uzmanının bu önerisi yanlıştır.					

Pediatric Services in Medical Sets and Associated Factors**Determination of The Risks of Medical Sets in Pediatric Services and Associated Factors**Handan BOZTEPE¹, Sevil ÇINAR², Bahise COŞKUN AYDIN³

ÖZ Amaç: Bu çalışma, pediatri servislerinde hastaların güvenlikleri açısından tıbbi setlerin yarattığı riskler ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı özellikteki araştırma Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nin kliniklerinde 15 Mayıs -15 Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada toplam 400 hastada 812 tıbbi set değerlendirilmiştir **Bulgular:** Tıbbi setlerin dolaşıklık durumu %40,5 olarak belirlenmiştir. Çocukların aktivite düzeyine ve set sayısına göre tıbbi setlerin karışık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin %72,6'sı tıbbi setlerle ilgili sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yaşadıkları sorunlar sırasıyla, tıbbi setlerin birbirine dolaşması (%60,7), setlerin bir vücut bölümünün altında kalması (%42,9), setlerin bir ekstremitenin etrafına dolaşması (%38,1), çok fazla set olmasından dolayı ilaç uygulamalarında karışıklık olmasıdır (%34,5). **Sonuç:** Medikal setlerin sayısının artması ve çocukların aktivite düzeyi, set dolaşıklıklarından kaynaklanan hasta güvenliği ihlallerine maruz kalma riskini arttırmaktadır. Bu araştırmanın bulguları pediatrik hastalarda tıbbi setlerin dolaşıklığını önlemek için uygulanabilir çözümlerin geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: Hemşireler, medikal setlerin dolaşması, medikal setlerin güvenliği

ABSTRACT Purpose: This descriptive study was conducted to determine the risks of medical sets on patient safety and associated factors in pediatric services. **Materials and Methods:** This descriptive study was conducted between May 15 and December 15 2016 in the clinics of Hacettepe University İhsan Doğramacı Children's Hospital. In the study, 812 medical sets were evaluated in a total of 400 patients. **Results:** The entrapment state of the medical devices was determined as 40,5%. A statistically significant correlation was found between the complexity of the medical sets and the activity level of the children and the number of sets. 72,6% of the nurses stated that they had problems with medical sets. The problems that they have experienced were as follows: entanglement of medical sets (60,7%), the sets are left under a body part (42,9%), the entanglement of sets around an extremity (38,1%), and confusion in medications due to the presence of numerous sets (34,5%). **Conclusion:** The increase in the number of medical sets and the activity level of the children increases the risk of being exposed to patient safety violations caused by the set entanglements of the children. The findings of the study indicate the need of developing applicable solutions to prevent the entanglement of medical sets in pediatric patients.

Keywords: Nurses, medical line entanglement, medical line safety

Geliş Tarihi/Received:11.10.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 21.01.2019

²Öğr. Grv. Dr. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, e-mail: boztepehandan@gmail.com, Orcid: 0000-0001-6980-1568

²Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, cinarsevil87@gmail.com, Orcid: 0000-0002-9281-1614

³ Araştırma Görevlisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, e-mail: bahisecoskun@gmail.com, Orcid: 0000-0001-9815-2843

Sorumlu yazar /correspondence: Öğr. Grv. Dr. Handan BOZTEPE, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, e-mail: boztepehandan@gmail.com

* Bu çalışma, ENDA-13TH Nursing Congress, Opatija, Croatia 12-14 October 2017, kongrede sözlü sunum olarak sunulmuştur.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliğini “sağlık bakım sürecindeki bir hastaya önlenemez bir zararın olmaması veya sağlık bakım sürecinde meydana gelen zararları önlemek için oluşturulan koordineli çabalar disiplini” olarak tanımlamakta ve son on yıl içinde hasta güvenliğinin önemini giderek artan küresel bir konu olduğunu ifade etmektedir (1). Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı ise hasta güvenliğini “sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve bu hatalar nedeniyle hastaların zarar görme risklerinin azaltılması” olarak tanımlamaktadır (2).

Hasta güvenliği tüm hastalar ve bu hastaların bakım aldıkları klinikler için son derece önemli olmakla birlikte pediatri hastaları gelişimsel özellikleri ve yetişkinlere olan bağımlılıkları gibi nedenlerle hasta güvenliği açısından özellikli bir grubu oluşturmaktadırlar (3). Hastane, bebek ve çocukların alışık oldukları çevreden farklı, sağlıkları için tehlike yaratan ve belirli bir süre normal fonksiyonlarından alıkoyan bir ortamdır. Güvenli ve olumlu bir fiziksel çevrenin bebek ve çocuğu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumlu etkilediği, iyileşme ve hastanede kalış sürecini kısalttığı bilinmektedir (4).

Amerika Birleşik Devletleri’nde 2012 yılı ulusal istatistik verilerine göre 1-5 yaş arasındaki çocukların %2,9’u bir veya birden fazla kez hastanede yatmıştır (5). Türkiye’de ise 2014 sağlık istatistiklerine göre pediatri servislerinde yatan hasta oranı %12’dir (904.638 çocuk) (6). Çocuklar hastanede kaldıkları süre boyunca bakım ve tedavilerinde intravenöz (IV) setler, beslenme tüpleri, oksijen kanülleri ve monitör kabloları gibi çeşitli tıbbi ekipmanlar kullanılmaktadır. Noonan ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada, hastanede yatan 252 pediatrik hastanın 166’sında (%66) en az bir IV kateter bulunduğu belirlenmiştir (7). Goodin ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları bir başka çalışmada da, 0-6 yaş arasında hastaneye yatan 486 çocuk hasta incelenmiş ve bu çocukların %91,4’ünde en az bir tane medikal set bulunduğu, medikal set bulunanların %70,5’inin ise 2’den fazla olduğu saptanmıştır (8).

Medikal setlerin kullanımına bağlı olarak bazı sorunlar gelişebilmektedir. Bunlar; boğulma, dolaşım bozukluğu, düşme, tüpün yerinden çıkması, trakeostomi kanülü gibi bağları olan ekipmanlardan dolayı yaralanma ve özellikle

intravenöz setlerin tanımlanamamasına bağlı gelişen ilaç hatalarıdır (8).

Çocuklar, gelişmekte olan hava yollarının yetişkinlere göre daha incinebilir olmasından dolayı, erişkinlere göre boğulmalar açısından daha büyük risk taşımaktadırlar. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1980-1997 yılları arasında 2178 boğulma vakasının incelendiği çalışmada, ölümlerin %14,3’ünün dolaşıklıklar nedeniyle meydana geldiği gösterilmiştir. Bebeklerin boğularak ölmesinin en sık karşılaşılan nedenleri ise; plastik torbalar, yatak takımları, stor/perde ipleri, emzik ipleri ve diğer tip kordonlar olduğu belirlenmiştir (9). Hastanelerde medikal setlerden kaynaklanan boğulma ve ilaç hatalarının yol açtığı zararlarla ilgili vakaların prevalansı ve önlenmesi konusunda literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Ancak konuyla ilgili Finlandiya, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da IV sıvı setleri ve apne monitörlerinin kablolarının hastanede yatan çocukların boynuna dolanması yoluyla boğulma nedeniyle ölüm vakaları rapor edilmiştir (10,11). Yapılan bir çalışmada intravenöz sıvı setlerinin dolaşıklığından kaynaklanan ölümlerin oranının 7 aydan büyük olan çocuklarda daha fazla olduğu gösterilmiştir (9). Needham ve ark. (2005) pediatrik hastaları erişkin hastalar ile karşılaştırdığında tıbbi setlerin karışık olma durumunun pediatrik hastalarda daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (16).

Hastanelerde medikal setlerin dolaşmasından kaynaklanan hasta güvenliği sorunlarına yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir. Bazı ülkelerde konuyla ilgili güvenlik önlemlerinin alınmasına yönelik ulusal düzeyde sağlık politikaları geliştirilmiştir (11,12,13,14). Örneğin Kanada’da intravenöz sıvı setleri ve monitör kablolarının boğulma riski oluşturduğuyla ilgili hastane çalışanları, ebeveynler ve primer bakım vericileri uyarı nitelikte bir bildirme yayınlanmış ve bireysel risk değerlendirmesi, yakın gözetim, esnek medikal setlerin sabitlenmesi için geliştirilmiş aksesuarların kullanımı gibi önleyici tedbirlerin alınması önerilmiştir (14).

Literatür incelendiğinde ülkemizde çocuk hastanelerinde çalışan hemşirelerin medikal set kullanımında karşılaştıkları sorunlar ile ilgili bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bakımın geliştirilebilmesi ve kalitenin artırılabilmesi için

yaşanılan sorunların belirlenmesi öncelikli adımı oluşturmaktadır. Bu nedenle bu çalışma Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nin yatan hasta kliniklerinde yapılmıştır. Bu çalışmada, 0-18 yaş arasındaki çocukların yattığı servislerde hastaların güvenlikleri açısından tıbbi setlerin yarattığı riskler ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı özellikteki araştırma Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nin kliniklerinde 15 Mayıs -15 Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi servislerinde yatarak tedavi olan, 0-18 yaş aralığında 24 saatten daha uzun süreli yatış planlanan, vücudunda intravenöz kateter, nazogastrik sonda, EKG elektrotları gibi medikal setlerden herhangi biri ya da birkaçı bulunan, onay ve ebeveynleri tarafından onam verilen tüm çocuklar oluşturmuştur. Çalışmanın gücü için G*Power paket programı kullanılmıştır. Çalışmanın gücü 400 çocuk üzerinden hesaplanmış ve %99,7 bulunmuştur. Ayrıca araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan çocuk hastanesinin tüm hemşireleri oluşturmuştur. Araştırmaya alınmama kriteri medikal set kullanılmama ve araştırmaya katılmayı kabul etmemektir (hemşire ve hastalar için). Çalışmaya katılan hemşire sayısı ise 84'tür (Toplam hemşire sayısı 240) (Katılım oranı %35).

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplamak amacı ile Hasta Gözlem Formu ve Hemşire Görüşme Formu kullanılmıştır. Hasta Gözlem Formu literatür incelenerek oluşturulmuştur (9-13). Veri toplama formundaki soruların anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi servislerinde yatan 10 hasta ve 10 hemşireyle ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası formlarda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Veriler hemşirelerden yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Kliniklerde kullanılan medikal setlerin durumu gözlem yoluyla belirlenmiştir. Yapılan gözlemler gözlem formuna kaydedilmiştir. Gözlemler 8-16 saatleri arasında 1 dış gözlemci tarafından yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics 23 paket programına aktararak analizler tamamlanmıştır. Kategorik değişkenler için sıklık bilgileri (sayı, yüzde) verilmiştir. İki bağımsız kategorik değişken arasındaki ilişkiye ki kare analizi ile bakılmıştır. Bazı analizlerde ki kare analizinin beklenen değer varsayımı bozulduğu için test istatistikleri kullanılmamıştır. Beklenen değer varsayımının sağlanmadığı 2*2 tablolarda Fisher's Exact sonuçlarından yararlanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Etik İzin

Araştırmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (sayı: GO16/254) izin alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinden yazılı izin, ebeveynlerden ve hemşirelerden yazılı onam alınmıştır.

Bulgular

Hemşirelerin özellikleri ve yaşadıkları güçlükler

Çalışmaya katılan hemşirelerin %35,7'sinin pediatri kliniklerinde çalışma süresi 1-5 yıl, %42,9'unun mesleki deneyim süresi 1-5 yıl, %91,7'si lisans mezunudur.

Hemşirelerin %72,6'sı tıbbi setlerle ilgili sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yaşadıkları sorunlar sırasıyla, tıbbi setlerin birbirine dolaşması (%60,7), setlerin bir vücut bölümünün altında kalması (%42,9), setlerin bir ekstremitenin etrafına dolaşması (%38,1), çok fazla set olmasından dolayı ilaç uygulamalarında karışıklık olması (%34,5), bazı malzemelerin dayanıksızlığı ve kalitesiz olması (%4,8). Hemşirelerin bu sorunun çözümüne ilişkin önerileri, IV setlerin lastikle ve iplerle toplanması (%57,2), setlerin bebeğin alt bölgesinde bantlanarak toplanması (%14,3), hastanın IV setlerinin bir kumaşa sarılması (%10,7), değişik renkli setlerin üretilebilir olması (%4,8), IV setlerin flasterlerle toplanması, setlerin uç kısmına hangi mayiye ait olduğuna dair belirteç olması (%2,4), askı kollarının ayrılabilir olması (%4), ve diğer (%6) (setlerin içinde tespit klempini çıkabilir olması, uçlara mayinin isimlerinin yazılması, hasta başına bir düzenek hazırlanarak sert zeminli bantlama ya da sabitleme yapılabilir olması, setlerin birbirine karışmaması için ayırıcı aparat geliştirilmesi,

setlerin kendi etrafında dolaşmayan cinsten olmasıdır) (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Tıbbi Setlerle İlgili Sorun Yaşama Durumları, Sorunları ve Çözümüne İlişkin Önerileri (n:84)

	Sayı	Yüzde
Tıbbi setlerle ilgili sorun yaşama durumu		
Evet	61	72,6
Hayır	23	27,4
Sorunlar *		
Setlerin birbirine dolaşması	51	60,7
Setlerin hastanın bir vücut bölümünün altında kalması	36	42,9
Setlerin bir ekstremitenin etrafına dolaşması	32	38,1
Çok fazla set olmasından dolayı ilaç uygulamalarında karışıklık olması	29	34,5
Bazı malzemelerin dayanıksızlığı, kalitesiz olması	4	4,8
Bu sorunun/sorunların çözümüne ilişkin önerileri*		
IV setlerin lastikle ve iplerle toplanması	25	57,2
Setlerin bebeğin alt bölgesinde bantlanarak toplanması	12	14,3
Hastanın IV setlerinin bir kumaşa sarılması	9	10,7
Değişik renkli setler üretilebilir	4	4,8
IV setlerin flasterlerle toplanması, setlerin uç kısmına hangi mayiye ait olduğuna dair belirteç olması	2	2,4
Askı kollarında ayırma olması	2	2,4
Setlerin içinde tespit klempini çıkabilir	1	1,2
Uçlara mayinin isimlerinin yazılması	1	1,2
Hasta başına bir düzenek hazırlanarak sert zeminli bantlama ya da sabitleme yapılabilir	1	1,2
Setlerin birbirine karışmaması için ayırıcı aparat geliştirilmesi	1	1,2
Setlerin kendi etrafında dolaşmayan cinsten olması	1	1,2

*: Sayı katlanmıştır

Gözlemler

Araştırmaya katılan çocukların çoğu %19,3'ü 0-11 ay yaş grubunda, %54,5'i erkek ve %88,5'i kronik hastalık tanısıyla izlenmektedir. Çocukların %80,25'inin hastanede yatış süresi 10 gün ve daha az, %22,2'si mobilize, %70,8'i yatak içinde hareketli, %7'sinin bilinci kapalıdır. Bilinci kapalı olan çocukların ise %42,5'inin glasgow puanı 8 ve daha azdır. Çocukların %40'ı supine, %39,2'si semi-fowler pozisyonunda ve %54,5'inin tıbbi set sayısı 1'dir.

Tıbbi setlerin dolaşıklık durumu %40,5'tir. %11,2'inin dolaşmış set sayısı 2, %12,5'inin dolaşmış set sayısı 3'tür. Tıbbi setlerin %33,5'i birbirine dolaşmış, %33,2'si bir vücut bölümünün

altında kalmış, %19,5'i ise bir ekstremitenin etrafına dolaşmıştır. Setlerin dolaşıklığı esnasında sağlık personelinin çoğunluğu (%78) ortamda bulunmamıştır. Çocukların %25,2'sinde zarar yok, %15,8'inde olası zarar bulunmaktadır.

Serviste hemşire tarafından hastalıkların izlenme şekli; %59,5'i sürekli gözlem altında, %29,8'i hasta gözle görülebilir bir odada olmadığı için sürekli gözlem altında değil, %10,7'si merkezi monitör ile gözlem altındadır.

Çocuklar yaş grubuna ayrılmadan incelendiğinde; aktivite düzeyine göre tıbbi setlerin karışık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,0001$). Buna göre bilinci kapalı olan çocuklarda tıbbi setlerde karışıklık olanların oranı mobilize ve yatak içinde hareketli olanlardan anlamlı derecede daha fazladır. Ayrıca yatak içinde hareketli olanlarda tıbbi setlerde karışıklık olanların oranı mobilize olanlardan anlamlı derecede daha fazladır. Sonuç olarak en fazla tıbbi setlerde karışıklık bilinci kapalı olanlarda iken 2. sırada yatak içerisinde hareketli olanlarda ve en az ise mobilize olan çocuklarda görülmektedir (Tablo 2). Yaş gruplarına göre incelendiğinde, 12-35 ay grubundaki çocuklarda aktivite düzeyine ve set sayısına göre tıbbi setlerin karışık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,0001$). Buna göre 12-35 ay grubundaki bilinci kapalı olan çocuklarda tıbbi setlerde karışıklık olanların oranı yatak içerisinde hareketli ve mobilize olanlardan anlamlı derecede daha fazladır (Tablo 2).

Tıbbi set sayısına göre setlerin karışık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,0001$). Buna göre tıbbi set sayısı 3'ten fazla olanlarda karışıklık görülenlerin oranı set sayısı 3 ve daha az olanlardan anlamlı derecede daha fazladır (Tablo 2).

Tablo 3'de yaş gruplarına göre ve tıbbi cihazlara göre tıbbi setlerin karışıklık durumu arasındaki ilişki incelenmektedir. Yaş gruplarına göre tıbbi karışıklık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çocuklar yaş grubuna ayrılmadan incelendiğinde; periferik venöz kateter, santral venöz kateter, kardiyak monitör kabloları, oksijen maskesi, pulse oksimetre, kan basıncı manşonu, feeding tüpleri, trakeostomi bağları, göğüs tüpü, gastrostomi, ventilatör, hemodiyaliz, monitör ve

Tablo 2. Yaş Gruplarına Göre ve Cinsiyet, Aktivite Düzeyi ve Tıbbi Set Sayısına Göre Tıbbi Setlerin Karışıklık Durumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	0-11 Ay	12-35 Ay	3-5 Yaş	6-12 Yaş	13-18 Yaş	Toplam
	Tıbbi Setlerin Karışıklık Durumu					
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)
Cinsiyet						
Kız	17(%43,6)	24(%52,2)	16(%50,0)	14(%35,9)	10(%38,5)	81(%44,5)
Erkek	15(%39,5)	20(%37,7)	12(%32,4)	21(%36,2)	13(%40,6)	81(%37,2)
İstatistik	X ² =0,134 p=0,714	X ² =2,079 p=0,149	X ² =2,196 p=0,138	X ² =0,001 p=0,975	X ² =0,028 p=0,867	X ² =2,223 p=0,136
Aktivite Düzeyi						
Mobilize	0	2(%14,3)	2(%10,5)	4(%10,8)	3(%20,0)	11(%12,4)
Yatak İçerisinde Hareketli	27(%39,7)	29(%40,8)	22(%47,8)	30(%50,8)	16(%41,0)	124(%43,8)
Bilinci Kapalı	5(%100,0)	13(%92,9)	4(%100,0)	1(%100,0)	4(%100,0)	27(%96,4)
İstatistik	X ² -- p--	X ² =18,819 p=0,000*	X ² -- p--	X ² -- p--	X ² -- p--	X ² =66,884 p=0,000*
Set Sayısı						
3 ve Daha Az	18(%30,0)	25(%32,1)	20(%33,3)	26(%29,5)	17(%33,3)	106(%31,5)
3'den Fazla	14(%82,4)	19(%90,5)	8(%88,9)	9(%100,0)	6(%85,7)	56(%88,9)
İstatistik	X ² =14,949 p=0,000*	X ² =22,873 p=0,000*	X ² =7,846 p=0,005*	X ² =14,651 p=0,000*	X ² =5,038 p=0,025	X ² =72,659 p=0,000*

*: Ki-kare analizi $\leq 0,05$ değerinde anlamlıdır

enteral beslenme tüpleri olan çocuklarda tıbbi set karışıklığı görülenlerin oranı anlamlı derecede daha fazladır ($p < 0,05$) (Tablo 3). Tıbbi karışıklık olma durumu ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tartışma

Çalışmada %40,5 oranında tıbbi setlerde karışıklık olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin %72,6'sı tıbbi setlerin karmaşıklığı nedeniyle ilaç uygulamalarının yanlış yapılması sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. İlaç uygulamaları sırasında yapılan hatalar ve bu hataların önlenmesi pediatri hemşireliğinin önemli bir konusu olmaya devam etmektedir (8,11,13). Bakımın geliştirilebilmesi için pediatri servislerinde tıbbi setlerin dolaşmasından kaynaklanan hasta güvenliği sorunlarına yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir.

Tıbbi setlerin karışık olma sorunu ilk kez 1979'da belirtilmiştir (15); günümüzde hasta

güvenliği için her yerde var olan tehdit devam etmektedir. Servislerde, çok sayıda seti birlikte kullanan, akut ve kronik hastalığı olan çocuklar bulunmaktadır ve potansiyel ve gerçek zarar riski artmaktadır. Bu çalışmada çocukların %54,5'inde bir tıbbi set, %45,5'inde 2'den fazla medikal set vardır. Goodin ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, çocukların %91,4'ünde en az bir tane medikal set bulunduğu, medikal set bulunanların %70,5'inin ise 2'den fazla olduğu saptanmıştır (8).

Literatüre bakıldığında 1-3 yaş ve 3-6 yaş grubundaki çocuklarda tıbbi setlerin en karışık olduğu yaş dönemi olmasına rağmen Goodin ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları bir çalışmada doğumdan 6 yaşa kadar olan çocukların %30,6'sı tıbbi setlerin karışık olduğu belirlenmiştir (8).

12-35 ayda dolaşıklığın fazla olmasının nedeni çocukların doğaları gereği yatağın sınırlı alanları içinde aktif olmaları, vücut hareketlerinin

koordinasyonsuz olması ve kendi kendine koruma davranışlarının olgunlaşmamasıdır (19). Bu Tablo Tablo 3. Yaş Gruplarına Göre ve Tıbbi Cihazlara Göre Tıbbi Setlerin Karışıklık Durumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	Tıbbi Setlerin Karışıklık Durumu					
	0-11 Ay (n=77)	12-35 Ay (n=99)	3-5 Yaş (n=69)	6-12 Yaş (n=97)	13-18 Yaş (n=58)	Toplam (N=400)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Periferik venöz kateter	17(30,4)*	25(34,7)*	21(35)*	27(30,3)*	15(33,3)	105(32,6)*
Santral venöz kateter	15(57,7)*	18(72)*	8(53,3)	8(61,5)	10(58,8)	59(61,5)*
Kardiyak monitör kabloları	21(95,5)*	30(93,8)*	17(100)*	19(95)*	9(90)	96(95)*
Foley kateter	1(50)	3(60)	4(57,1)	2(66,7)	1(50)	11(57,9)
Oksijen maskesi	8(72,7)*	4(57,1)	5(100)*	4(80)	1(33,3)	22(71)*
Pulse oksimetre	10(100)*	16(88,9)*	11(100)*	17(89,5)*	10(83,3)*	64(91,4)*
Kan basıncı manşonu	6(100)*	12(92,3)*	5(100)*	7(100)*	10(76,9)*	40(90,9)*
Feding tüpler	22(88)*	19(70,4)*	7(87,5)*	7(87,5)*	4(66,7)*	59(79,7)*
Trakeostomi bağları	6(100)*	12(100)*	3(100)*	1(50)	5(100)*	27(96,4)*
Göğüs tüpü	0	2(100)	1(100)	3(100)	3(100)	9(100)*
Gastrostomi	2(100)	1(100)	1(100)		0	4(100)*
Abdominal drenaj tüpü	0	0	2(100)	1(50)	0	3(50)
İnfüzyon pompa	31(41,3)	43(45,3)	27(39,7)	35(36,1)	23(39,7)	159(40,5)
Ventilatör	12(92,3)*	14(100)*	6(100)*	2(100)	6(85,7)*	40(95,2)*
Hemodiyaliz	0	2(100)	2(100)	0	0	4(100)*
Monitör	22(95,7)*	30(93,8)*	18(100)*	19(90,5)*	10(83,3)*	99(93,4)*
Enteral beslenme	18(81,8)*	18(75)*	5(83,3)*	5(83,3)*	4(80)	50(79,4)*

*: Ki-kare analizi $\leq 0,05$ değerinde anlamlıdır

çalışma, literatürde 1-3 yaşın belirtilmesi boyutuyla benzer görülmektedir, ancak 3-6 yaşta da fazla olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada literatürden farklı olarak bilinci kapalı olanlarda tıbbi setlerde karışıklık olanların oranı mobilize ve yatak içinde hareketli olanlardan anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Medikal setlerin sayısının artması, çocukların set dolaşıklıklarından kaynaklanan hasta güvenliği ihlallerine maruz kalma riskini de arttırmaktadır. Çalışmaya katılan çocuklarda yaş gruplarına ayırmadan, tıbbi set sayısına göre setlerin karışık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Buna göre tıbbi set sayısı 3'ten fazla olanlarda karışıklık görülenlerin oranı set sayısı 3 ve daha az olanlardan anlamlı derecede daha fazladır (Tablo 2). Benzer şekilde yapılan bir çalışmada, medikal set sayısı arttıkça setlerin dolaşma durumunun da arttığı görülmüştür. Bir medikal sette dolaşıklık

olma durumu %27 iken beş ve üzeri medikal set bulunması durumunda bu oran %54'e çıkmaktadır (8). Needham ve ark. (2005) pediatrik hastaları erişkin hastalar ile karşılaştırdığında tıbbi setlerin karışık olma durumunun daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (16). Bu çalışmada ayrıca gün içerisinde tıbbi setlerin birbirine dolaşma durumunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada da tıbbi setlerin karışıklık durumu incelendiğinde en çok (%33,5) setlerin birbirine dolaştığı görülmüştür. Bu durumun çocukların uyanık olduğu saatler boyunca daha yüksek aktiviteler sahip olması ile ilgili olduğu ifade edilebilir.

Çalışmada setlerin dolaşıklığı sırasında sağlık personelinin çoğunluğunun (%78) ortamda bulunmadığı belirlenmiştir. Goodin ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan başka bir çalışmada da setlerin dolaşıklığı sırasında sağlık personelinin %79,4'ünün ortamda bulunmadığı belirlenmiştir

(8). Ancak tıbbi setlerin karışık olma durumunu önlemek için hastanın gözetimi önerilmektedir (14,17,18).

Çalışmada hemşirelerin bu sorunun çözümüne ilişkin önerileri, IV setlerin lastikle ve iplerle toplanması (%57,2), setlerin bebeğin alt bölgesinde bantlanarak toplanması (%14,3), hastanın IV setlerinin bir kumaşa sarılması (%10,7), değişik renkli setlerin üretilebilir olması (%4,8), IV setlerin flasterlerle toplanması, setlerin uç kısmına hangi mayiye ait olduğuna dair belirteç olmasıdır (%2,4). Benzer şekilde yapılan bir çalışmada hemşireler tıbbi setleri bir araya getirme ve güvenli bir şekilde sabitleme gibi tıbbi setlerin dolaşıklığını önlemeye yönelik yaratıcı yöntemler uygulamışlar, ancak bu müdahalelerin hiçbirini kendi güvenlik ve etkinlikleri için sistematik olarak değerlendirmemişler (6).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma hemşirelerin pediatri servislerinde hastaların güvenlikleri açısından tıbbi setlerin yarattığı riskleri ve ilişkili olan faktörleri anlamasına yardımcı olabilir, ancak çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Bu çalışmada gözlemler sadece 8-16 saatleri arasında yapılmıştır. Gözlemlerin hafta sonu da dahil olmak üzere tüm gün boyunca yapılması önerilebilir. Ayrıca bu çalışmada bir set bir kez gözlenmiştir. Tıbbi sete bağlı gelişebilecek risklerin daha etkin şekilde belirlenebilmesi için aynı setin belli bir sürede gözleneceği longitudinal araştırmalara gereksinim vardır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada tıbbi setlerin dolaşıklık durumu %40,5 olarak belirlenmiştir. Tıbbi setlerin dolaşıklığı, olumsuz sonuçlar doğuran kasıtsız yaralanmalara neden olabilir. Pediatrik hastaları tedavi etmek için her gün kullanılan tıbbi setler onlara önemli zarar verebilir. Bu, pediatrik hastalarda tıbbi setlerin dolaşıklığını önlemek için uygulanabilir çözümlerin geliştirilmesini destekleyen ülkemizdeki ilk çalışmadır. Bu çalışmanın sonucunda tıbbi setlerin yarattığı riskleri önleyici girişimlerin ve ekipmanların geliştirilmesi ve etkinliklerinin belirlenmesi amacıyla araştırmalar yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). What Is Patient Safety? Erişim:28.7.2018 Available from: <http://www.who.int/patientsafety/en>
2. JCI, Joint Commission International. America's hospitals: improving quality and safety. The Joint Commission's Annual Report; 2014.
3. Fortescue EB, Kaushal R, Landrigan CP, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. Prioritizing strategies for preventing medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *Pediatr.* 2003;111(4):722-729.
4. Johnstone MJ, Kanitsaki O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: A critique. *Nurse Education Today.* 2007;27(3):185-191.
5. Statistics N, C, O, H. Health, United States, 2013 with Special Feature on Prescription Drugs; 2014.
6. TC. Ministry of Health Turkey Public Hospitals Institution Statistics; 2014.
7. Noonan C, Quigley S, Curley M. Skin integrity in hospitalized infants and children: A prevalence survey. *J of Pediatr Nurs.* 2006;21(6): 445-453.
8. Goodin HJ, Ryan-Wenger NA, Mullet J. Pediatric Medical Line Safety: The Prevalence and Severity of Medical Line Entanglements. *J of Pediatr Nurs.* 2012;27(6):725-733.
9. Drago DA, Dannenberg AL. Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980-1997. *Pediatr* 1999;103(5):59-67.
10. Emery JL, Taylor EM, Carpenter RG, Waite AJ. Apnea monitors and accidental strangulation. *BMJ.* 1992;304(6819):117.
11. Garros D, King WJ, Brady-Fryer B, Klassen TP. Strangulation with intravenous tubing: a previously undescribed adverse advent in children. *Pediatr.* 2003;111(6):732-734.
12. Lunetta P, Laari M. Strangulation by intravenous tubes. *The Lancet.* 2005;365(9470):1542.
13. Drew CS. Unintentional strangulation in children: A professional approach to the problem. *Int J of Trauma Nurs.* 2001;7(2):60-63.
14. Risk of strangulation of infants by IV tubing and monitor leads [notice to hospitals]. Ottawa

- (ON): Health Canada, Health Products and Food Branch; 2002 Jul.
- 15.Cesarano FL, Piergeorge AR. The spaghetti syndrome: A new clinical entity. *Critical Care Medicine*. 1979;7(4):182.
 - 16.Needham DM, Sinopoli DJ, Thompson DA, Holzmüller CG, Dorman T, Lubomski LH, et al. A system factors analysis of “line, tube, and drains” incidents in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2005;33(8):1701–1707.
 - 17.Stevens R, Lane G, Milkovich S, Stool D, Rider G, Stool S. Prevention of accidental childhood strangulation: A clinical study. *Annals Otology Rhinology Laryngology*. 2000;109(9):797–802.
 - 18.Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Strangulation by IV tubing. ISMP Medication Safety Alert. Erişim:28.6.2018 Available from: <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/A3Q05Action.asp>. 2005.
 - 19.Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2016

Adolesan Annelerin İlk Emzirme Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma First Breastfeeding Experience of Adolescent Mothers: A Qualitative Study

Nursan ÇINAR¹, Tuncay Müge ALVUR², Dilek MENEKŞE³, Döndü SEVİMLİ GÜLER⁴

ÖZ

Amaç: Çalışma, adolesan annelerin ilk emzirme deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya başlamadan önce etik kurul onayı ve kurum izni alınmıştır. Nitel bir araştırma olarak yapılandırılan çalışmanın evrenini, Sakarya ilinde bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kasım 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında polikliniğe gelen 19 yaşını doldurmamış gönüllü adolesan annelerin tamamı, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden, kronik hastalığı ve iletişim problemi olmayan, primipar olan 13 anne oluşturmuştur. Veri toplama esnasında katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış, tüm verilerin güvenle korunacağı konusunda bilgi verilerek, katılımcılardan yazılı onamları alınmıştır. Çalışmada demografik verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşmede gebelere “Lütfen, ilk emzirme deneyimlerinizi bize anlatır mısınız?” sorusu sorularak başlanmış ve adolesan annelerin verdikleri yanıtlar iki araştırmacı (DM ve DG) tarafından not edilmiştir. Görüşmeler hastanede bir odada gerçekleştirilmiş, araştırmacılar ve anne dışında hiç kimse odaya alınmamıştır. Görüşmeler yaklaşık 45 dakika sürmüştür. Görüşme esnasında araştırmacılar anneyi yönlendirmemeye özen göstermiştir. Başlangıçta belli bir anne sayısı hedeflenmemiş, annelerin görüş ve uygulamaları birbirinin tekrarlayıp, değişik görüşler çıkmadığı izlenimi edilene kadar çalışma sürdürülmüştür. Görüşmeler 4 aylık bir zaman diliminde tamamlanmıştır. Elde edilen verilerin içerik analizi, araştırmacılar tarafından yapılarak, ana temalar belirlenmiş ve yorumlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 18,30±0,85 olup, annelerin % 84,6’sı (n=11) ilköğretim mezunu olduğunu, %92,3’ü (n=12) çalışmadığını ve %69,2’si (n=9) doğumunun normal olduğunu ifade etti. Görüşme sırasında elde edilen verilerin analizi sonrasında oluşturulan temalar; “annelik duygusunda belirsizlik ve karmaşa”, “emzirme ve anne sütünün yararları ile ilgili algıda eksiklik”, “emzirme niyeti”, “ilk emzirmede yaşananlar”, “emzirme ile ilgili sosyal ve profesyonel destek gereksinimine ilişkin görüşlerdir.

Sonuç: Çalışma sonucunda adolesan annelerin anneliğe yeterince hazır olmadıkları ve ilk emzirme deneyimlerinde de daha fazla desteğe gereksinim duydukları görüldü.

Anahtar kelimeler: Adolesan anne, anneliğe hazır olma, emzirme deneyimi

ABSTRACT

Purpose: Aim of the study is to find out the themes related to the first breastfeeding experience of the adolescent mothers.

Materials and Methods: This qualitative study is approved by the local ethical committee of the Sakarya University and, was conducted at Sakarya Education and Research Hospital between November 2014 and February 2015. Primipara younger than the age of 19 participated the study with their free will after being informed about the study. Exclusion criteria were: having chronic disease and/or communication problems. Demographic data were collected by using a semi-structured questionnaire designed by the researchers. The face to face interview started with “Please tell us about your very first breastfeeding experience”. All interview courses took place at a private room and were noted by one of the researchers (DK, DG). Minimum duration of the interviews was 45 minutes. The researchers paid particular attention to not to plant any idea or attitude. The study was terminated after four months period; when the researchers had the consensus of “no new practice/remark”. Researcher made their personal content analysis after decryption of the interviews and at the end of some meeting serials reconciliation on the themes was granted.

Results: The mean age of the mothers was 18.30 ±0.85, 84.6% was primary graduate; 92.3 % was not working and 69.2% gave normal vaginal birth to their child. Main themes of the interviews were: “obscurity of feelings related to being mother”, “insufficient perception about the advantages of breastfeeding and breast-milk”,

Geliş Tarihi/Received: 15.10.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 21.01.2019

¹ Prof. Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ORCID: 0000-0003-3151-9975

² Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, ORCID:000-0001-6792-5786

³ Arş. Gör. Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ORCID:0000-0003-0176-8778

⁴ Ebe, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ORCID: 0000-0003-2618-4920

Sorumlu yazar /correspondence: Arş. Gör. Dr. Dilek Menekşe, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Esentepe Kampüsü, Serdivan, Sakarya, e-mail: dkose@sakarya.edu.tr

“breastfeeding intention”, “personal impressions about first breastfeeding”, “social and professional support need during breastfeeding”

Conclusion: Results of the study are: adolescents are not enough prepared to “being” mother and adolescent mothers are in need of social and professional support during their first breastfeeding experiences.

Keywords: Adolescent mother, readiness to being mother, breastfeeding experience

Giriş

Son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gittikçe artan adolesan gebeliklere bağlı olarak adolesan annelerin oranı artmaktadır (1-4). Ülkemizde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013) sonuçlarına göre anne olma oranının 15 yaşında %0.4 iken, 19 yaşında %12.9'a yükseldiği belirtilmektedir (2). Adolesan anneler postpartum dönemde erken ve düşük doğum ağırlıklı doğum, depresyon, olumsuz anne-bebek bağlanması gibi pek çok sorun yaşamakla birlikte bu sorunların en önemlilerinden biri de emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesidir (5). Adolesan annelerin bebeklerinde erken ve düşük doğum ağırlığı doğum, konjenital anomali gibi komplikasyonların olması yetişkin annelere oranla daha fazladır (3,6-8). Erken doğan bebeklerin sistemlerinin immatür olması, gelişimlerini yeterince tamamlayamamaları ve prematüre annelerinin süt içeriğinin farklı olmasından dolayı adolesan annelerde başarılı emzirme daha büyük önem taşımaktadır (9).

Anne sütü bebeğin sağlıklı büyümesi ve gelişmesini sağlayan, mükemmel içeriğe sahip, eşsiz, doğal ve evrensel bir besindir (10,11). Tartışmasız ki anne sütü, bebek, anne ve aile için en iyi seçenektir. Anne sütünün epidemiyolojik ve klinik çalışmalarla kanıtlanan sayısız yararlarına rağmen adolesan annelerin bebeklerini emzirme oranları çok düşüktür (5,12-14). Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Apostolakis-Kyrus ve ark.'nın (2013) yaptıkları çalışmada adolesan annelerin emzirmeye başlama oranı (%44) yetişkin annelerin emzirmeye başlama oranından (%65) anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir (12). Sipsma ve arkadaşları (2013) emzirmeyi başlatan adolesan annelerin %84'ünün 6. aya kadar emzirmeyi bıraktıklarını, ortalama emzirme sürelerinin beş hafta olduğunu bildirmiştir (5). Oddy ve arkadaşları (2010) 20 yaşından küçük olan annelerin %12.6'sının, 20-24 yaş arası annelerin 27.2'sinin, 25-30 yaş arası annelerin %29.9'unun, 30-34 yaş arasındaki annelerin 21.5'inin ve 35 yaş sonrası annelerin %8.9'unun çocuklarını 6 aydan daha az

emzirdiklerini rapor etmiştir. Altı aydan daha uzun emzirme durumlarına bakıldığında; 20 yaştan küçük annelerde emzirme oranının en az olduğu bildirilmiştir (13). Lecair ve ark.'nın (2015) 22,023 adolesan anne ile yaptıkları retrospektif çalışmada, annelerin yaklaşık yarısının (%48,8) hastaneden taburcu olmadan bebeklerini sadece anne sütü verdikleri belirtilmiştir (15).

Ülkemizde ise Yılmaz ve ark.'nın (2016) yaptıkları çalışmada, adolesan annelerin %45,5'inin ilk 1 saat içinde emzirmeye başladıkları bildirilmiştir. Aynı çalışmada annelerin yaklaşık %74'ü bebeğini ilk olarak anne sütü ile beslemeyi tercih etmiştir (16). Özsoy'un (2017) çalışmasında adolesan annelerin emzirme konusunda erişkin annelerden daha fazla olumsuz davranış ve tutuma sahip olduğu bulunmuştur (14). Tüm bu incelenen çalışma sonuçlarında; adolesan annelerin emzirme niyetinin, emzirmeye başlama ve sürdürme oranının yetişkin annelerden daha düşük olduğu önemle vurgulanmaktadır.

Adolesan annelerde emzirme niyetinin oluşması, emzirmenin başlatılması ve devam ettirilmesi sosyal desteğin öneminin yanı sıra negatif ve pozitif yönleri kapsayan biyo-psikolojik bir süreçtir (16). Bu süreçte anne; bir taraftan kendi büyüme ve gelişmesinin getirmiş olduğu fiziksel ve psikolojik değişikliklerle baş etmeye çalışırken bir taraftan da ilk defa yaşayacağı annelik rolüne ve sorumluluklarına uyum sağlamaya çalışmaktadır (17,18). Anneliğe hazır olmayan, bebeklerinin bakımı konusunda yeteri kadar donanımı bulunmayan adolesan annelerin rol ve sorumluklarını yerine getirememeye bağlı yetersizlik duyguları yaşadıkları bildirilmiştir (19). Yapılan çalışmalar döneme özgü yaşayabilecekleri sorun ve riskler açısından bu grubun gebelik ve annelik dönemlerinde profesyonel ve sosyal desteğe ihtiyaçları olduğunu göstermiştir (12, 20-22). Bu doğrultuda doğum öncesinde gebelerin düzenli takiplerinin yapılması, gebelik ve doğum ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve doğum sonrasında da annelere anne

olma rolü, emzirme, bebek bakımı konularında eğitim ve desteğin verilmesi konusunda hemşirelere önemli görevler düşmektedir (19).

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, niteliksel araştırma yöntemlerinden biri olan fenomenolojik yöntem kullanılarak yapılan niteliksel tanımlayıcı bir tasarımdır. Bu çalışmada adolesan annelerin ilk emzirme deneyimleri sunulmuştur.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Sakarya ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin kadın ve doğum kliniğinde Kasım 2014'te başlayan araştırma Ocak 2015'te tamamlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın Evrenini, Sakarya ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde doğum yapan 19 yaşını doldurmamış adolesan annelerin tamamı, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun 13 adolesan anne oluşturmuştur. Örneklem sayısı için anne sayısı başlangıçta belirlenmemiş olup, annelerin ifadeleri birbirlerini tekrarlayıp farklı bir görüş elde edilemeyene kadar örneklem sayısı artırılarak veri toplama sürecine devam edilmiştir.

-Araştırmaya dahil olma kriterleri

- Sakarya ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde doğum yapan adolesan anneler
- Adolesan annenin araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- Annenin herhangi bir iletişim sorununun olmaması
- Annenin 19 yaşını doldurmamış olması
- Annenin primipar olması
- Adolesan annenin kronik hastalığının olmaması
- Annenin doğumdan sonra bebeğini en az bir kez emzirmeyi denemiş olması

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu"yla toplanmıştır.

-Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formu; Adolesan annelerin sosyodemografik

özelliklerin (annenin yaşı, eğitim ve çalışma durumu, ekonomik durumu, aile tipi vb.), gebelik ile ilgili bilgilerin (gebelikte sigara-alkol kullanma, sağlık sorunu yaşama vb.) ve bebek ile ilgili özelliklerin (bebeğin cinsiyeti, kilosunu, boyu vb.) yer aldığı 26 sorudan oluşmaktadır.

-Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Adolesan annelerin ilk emzirme deneyimi ile ilgili açık uçlu soruların yer aldığı görüşme formudur. Görüşme formunda yer alan soru "Lütfen, bize ilk 24 saat emzirme sürecinde yaşadıklarınızı anlatır mısınız?", "İlk defa anne oluyorsunuz, annelik nasıl bir duygu bize tarif eder misiniz, ilk kucağınıza aldığınızda neler hissettiniz?" şeklindedir.

Verilerin Toplanması

Veri toplamaya, çalışmanın yapıldığı tarihlerde hastanenin doğum birimlerinde doğum yapan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan annelere ulaşılarak başlanmıştır. Adolesan annelere araştırmacıların kimliği ve çalışma hakkında (araştırmanın amacı, cevapların gizliliği, verilerin nerede ve nasıl saklanacağı) bilgi verilmiştir. Konu ile ilgili soruları varsa cevaplandırılmıştır. Katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Araştırmacı ve katılımcıya uygun bir saat kararlaştırılmıştır. Görüşmeler çalışmaya katılmayı kabul eden annelerle hastanede kaldıkları odada karşılıklı düzeyde oturarak, yüz yüze ve birebir gerçekleştirilmiştir. Annenin kaldığı oda görüşme (sandalyesi olan, sessiz, sakın, havalandırılması iyi olan, ışık alabilen) için uygun değil ise kadın ve doğum servisi içerisinde farklı bir odada yapılmıştır. Görüşme yapılan odaya anne, görüşme için araştırmacılar (DM, DG) ve bebek dışında hiç kimse alınmamıştır. Araştırmada veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formu, katılımcıya verilerek doldurmaları istenmiştir. Formun tam olarak doldurulup doldurulmadığı bir araştırmacı tarafından kontrol edilerek geri alınmıştır. Görüşmeye anneye "Lütfen, bize ilk emzirme deneyimizi anlatır mısınız?" sorusu sorularak başlanmıştır. Görüşme esnasında araştırmacılar anneyi yönlendirmemeye özen göstermiştir. Görüşme sırasında annenin verdiği yanıtlar araştırmacılar (DM, DG) tarafından not edilmiştir. Görüşme yaklaşık 35-45

dakika sürmüştür. Görüşmeyi gerçekleştiren araştırmacının (DM) adolesanlar ve emzirme ilgili tez çalışması bulunmaktadır. Bununla birlikte farklı konularda niteliksel çalışmalarda yer almıştır. Diğer araştırmacı (DG) hemşirenin mesleki uygulamaları kapsamında doğum öncesi gebelere eğitim ve doğum sonrası annelere emzirme desteği vermektedir. Araştırmacıların adolesan ve emzirme ile ilgili bilgi ve deneyimleri, etkili iletişim becerileri sayesinde çalışmaya katılan gruptan uygun niteliksel veri elde etmeleri sağlanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Derinlemesine görüşme yöntemi sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Veriler iki araştırmacı tarafından tekrar tekrar okunarak değerlendirilmiştir. Fikir birliğine varılarak her bir kelime ve cümleden çıkabilecek kodlar oluşturulmuştur. Kodlar araştırmacılar tarafından sınıflandırılarak uygun temalar belirlenmiştir. Veriler ve temalar tüm araştırmacılar tarafından gözden geçirilerek görüşme verileri kodlandırılmış ve yorumlanarak rapor haline getirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan 21.11.2014 tarih ve 71522473/050.01.04/118 sayılı onay alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı hastanenin yönetiminden ve bağlı olduğu müdürlükten gerekli yazılı izinler alınmıştır. Verilerin toplanması araştırma kapsamına alınan kişilerin gönüllü katılımı esas alınarak gerçekleştirilmiştir. Annelere çalışmanın amacı, cevapların gizliliği, verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan annelerden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırma etiği kapsamında katılımcıların isimleri kullanılmamıştır.

Bu nedenle katılımcı anneler A1, A2, A3, A4.....kodlarıyla isimlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sonuçları diğer nitel araştırmalarda olduğu gibi kesin ve genellenebilir sonuçlar ortaya koymayabilir. Bu çalışma için de en büyük sınırlılık genellemenin yapılamamasıdır. Adolesan dönemde yaygın olarak görülebilen içe kapanıklık, konuşmama isteği, kısa cevap verme eğilimi,

iletişimin sınırlı olması, duygularda değişkenlik, sabırsızlık gibi özelliklerin görüşme yapılan adolesan anne grubunda hissedilmesi ve bu özelliklerin derinlemesine görüşmeyi sınırlandırmasıdır. Görüşmeyi yapan araştırmacıların görüşmeyi derinleştirmede zorluk yaşaması araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

Bulgular

Çalışmanın örnekleme dahil edilen adolesan annelerin ve eşlerin tanıtıcı bilgileri Tablo 1’de yer almaktadır. Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 18,30±0,85 olup, eşlerinin yaş ortalaması 22,00 ± 3,83’tür. Ailenin evlilik süresi ortalaması 1,65±0,74 ‘tür. Annelerin %84,6’sı (n=11) ilköğretim mezunu olduğunu, %92,3’ü (n=12) çalışmadığını, %69,2’si (n= 9) ekonomik durumunun iyi olduğunu ve %53,8’i (n=7) geniş ailede yaşadığını ifade etmiştir.

Annelerden elde edilen veriler doğrultusunda Tablo 3’te temalar belirlenmiştir.

1. Annelik duygusunda belirsizlik ve karmaşa

A1: “Kız istiyordum. İlk kucağıma aldığımda değişik bir duyguydu. Bende anlamadım.”

A2: “Karmakarışık duygu içerisindeyim. İlk kucağıma aldığımda bir yerine zarar vermekten korktum. Özellikle göbeğini kanatırsam diye çok korktum. Kendimi anneliğe hazır hissetmiyorum. Yeterli miyim bilmiyorum. Bebeğin altını tek başıma değiştirebilirim ama banyosunu tek başıma yaptırمام.”

A4: “Annelik güzel bir duygu. Ben kucağıma geldiğinde kendimi anne olarak hissettim. O zaman hissettim bu duyguyu. Karnımda kıpırdarken başkaydı. Kucağıma alınca başka oldu, çok heyecanlandım ama kendimi yeterli hissetmiyorum. Korkuyorum göbek bağı var ya. Yanlışlıkla zarar veririm, kopabilir diye. Tutmaya bile korkuyorum bir yeri kırılır diye.”

A5: “Bebeğim erkek olsun istiyordum kız olunca üzüldüm.” “Annelik güzel bir duygu ama bence ideal anne yaşı 23 olmalı”

Tablo 1. Anne ve Eşine Ait Tanıtıcı Özellikler

	Annenin yaşı	Eşinin Yaşı	Annenin eğitim durumu	Eşinin eğitim durumu	Evlilik süresi	Çalışma durumu	Ekonomik durum	Aile Tipi
A1	18-19 yaş arası	22	İlköğretim mezunu	Lise mezunu	1 yıl	Çalışıyor	İyi	Geniş Aile
A2	18-19 yaş arası	24	İlköğretim mezunu	İlköğretim mezunu	1,5 yıl	Çalışmıyor	Orta	Çekirdek Aile
A3	17	21	İlköğretim mezunu (Lise terk)	İlköğretim mezunu (Lise terk) (Eşi askerde)	1 yıl (Resmi) 3 yıl (İmam nikahlı)	Çalışmıyor	Orta	Geniş Aile
A4	18	19	İlköğretim mezunu	İlköğretim mezunu	2 yıl	Çalışmıyor	Orta	Çekirdek Aile (kayınvalide üstte)
A5	17	28	İlköğretim mezunu	İlköğretim mezunu	2 yıl (İmam nikahlı)	Çalışmıyor	İyi	Çekirdek Aile
A6	17	18	İlköğretim mezunu	İlköğretim mezunu (Lise terk)	1 yıl (İmam nikahlı)	Çalışmıyor	İyi	Geniş Aile
A7	18	20	Okul-yazar (ilkokul terk)	İlköğretim mezunu	2 yıl	Çalışmıyor	İyi	Geniş Aile
A8	18	17	İlköğretim mezunu	İlköğretim mezunu	1 yıl	Çalışmıyor	İyi	Geniş Aile
A9	18-19 yaş arası	28	İlköğretim mezunu	Lise mezunu	3 yıl	Çalışmıyor	İyi	Çekirdek Aile
A10	18-19 yaş arası	26	Lise mezunu	Lise mezunu	1 yıl	Çalışmıyor	İyi	Çekirdek Aile
A11	18-19 yaş arası	25	İlköğretim mezunu	Lise mezunu	1 yıl	Çalışmıyor	Orta	Geniş Aile
A12	18-19 yaş arası	18	İlköğretim mezunu	İlköğretim mezunu	1 yıl	Çalışmıyor	İyi	Çekirdek Aile
A13	18-19 yaş arası	20	İlköğretim mezunu	Lise mezunu	2 yıl	Çalışmıyor	İyi	Geniş Aile

A6: “Annelik iyi bir duygu. Daha nerden bileyim yaşayınca öğreneceğim ben de.” “Anneliğe kendimi hazır hissediyorum”

A7: “Güzel bir duygu ama şu an çok bilemiyorum. Daha önce görümcemin çocuğuna baktım. Gerçi o biraz daha büyüktü.”.....“Bebekli olmak farklı bir şey. Hayatı değiştiriyor. İllaki bir yere gitmek istiyorsun. Önceden tek başına giderken şimdi onu da götürmem gerekecek ya da gitmeyeceksin.”

A8: “Anne yaşı en erken 21 olmalı. İnsan daha çok gelişmiş olur, daha çok güvende hisseder,

kendine ve çocuğuna bakabileceğini hisseder.”..... “Anne olmak kutsal bir duygu”

A9: “Çok güzel bir duygu ama emzirmeden anne olunur mu? Emzirince anne olacağımı düşünüyorum.”

A10: “22 yaşından önce anne olunmamalı. Çünkü 19’unda insan hiçbir şey bilmiyor. Hazır olmadığı için.” “O kadar acıdan sonra bir daha çocuk yapmam herhalde. Çok fena oldum.”

A11: “Anne olmak güzel bir duygu.”

A12: “Anne olmak çok güzel bir duygu. Çocuğumu doğurduktan sonra annemin kıymetini anladım.”

A13: Güzel bir duygu ama hazır değilim sanırım.”

2. Emzirme ve Anne Sütünün Yararları ile İlgili Algıda Eksiklik

A1: “ Göğsümü ilk başta “C” pozisyonu sonra makaslama tarzında veririm.”

A2: “Gebelik boyunca emzirme eğitimi almadım. Emzirmenin yararları konusunda bildiklerim çevremden, etraftakilerden, gördüklerimden. Bu konuda bilgilendirilsem iyi olur.”

A3: “ Emzirme konusunda kendimi çok yeterli hissetmiyorum. Etraftan gördüğüm kadarıyla biliyorum. Ama emerse 2 yaşına kadar emziririm.”

A4: “Anne sütü sağlıklı, hazır, her vakitte mama hazırlayamayabilirim bu hazır gıda. İki yaşına kadar emerse emziririm. Annem çocuk 3-4 yaşına kadar emerse kötü yola düşer der.”

A5: “Takiplere düzenli gitmediğim için emzirme ile ilgili eğitim almadım. Merak edip birilerine sorma gereksinimi de duymadım.

A6: “Besliyor işte” “İlk sütüm irinli bir şekilde geldi”

A7: “Anne sütü sağlıklı. Daha ne gibi faydaları var bilmiyorum. Mama anne sütüne göre daha iyi değil, onu biliyorum.”..... Bu konuda kendim bir şey araştırmadım. Televizyondan gördüklerim ve etraftan duyduklarım kadar biliyorum.”.... “Bebek dışında anneye faydalarını bilmiyorum.”

A8: “Çok bilgim yok ama anne sütü kemik gelişimi, beyin gelişimi ve vitamin açısından önemli”

A9: “Bütün hastalıklara karşı koruyor.”

A10: “Mamaya pek iyi bakmıyorlar. Sonra çocuklar çok sık hasta oluyorlar.”.... Fazla bilgim yok. Her şeye faydalı olduğu kesin. Anne sütü olunca ne suya ne mamaya hiçbir şeye ihtiyaç olmuyor diyorlar.”

A11: “Anne sütü mamaya göre daha yararlı, bağışıklığı güçlendirir. Zihinsel ve bedensel gelişimi sağlar.”

A12: “Emzirmenin faydalarını bilmiyorum bana broşür verdiler oradan okuyacağım.”

A13: “Anne sütü önemli. İçinde vitamin var. İlk 6 ay daha önemli bebeği güçlendiriyor. Hastalıklara karşı koruyor.”

3. Annenin Emzirme Niyeti

A1: “Emerce emzireceğim. Canını acıtmadan göğsümü ağzına veririm. Babası da çok emmemiş. İnşallah babasına benzemez emme konusunda.”

A2: “Emerce, sütüm olursa anne sütü vermeyi, almazsa mama vermeyi düşünüyorum tabi ki. İki yaşına kadar emer mi bilmiyorum”

A3: “İlk olarak bebeğimi emzirmeyi tercih ederim. Sütüm gelmez ya da az gelirse bebeğe yetmezse mama veririm.”

A4: “Anne sütü ile beslemeyi düşünüyorum. Emerce emziririm tabi.”

A5: “ Emerce iki yaşına kadar emziririm.”

A6: “Daha sağlıklı olur diye 1-2 yaşına kadar anne sütü ile beslensin, 6. Ayda ek gıdaya geçilsin deniyor.” Emzirmeyi düşünüyorum, yeter mi yetmez mi onu da bilmiyorum.”

A7: “Anne sütü ile beslemeyi düşünüyorum. Ne kadar süre verilmesi gerekiyor anne sütünün?”

A8: “Gebelik boyunca hep emzirmeyi hayal ettim. Bebeğimi 2-2,5 yaşına kadar emzirmeyi düşünüyorum.”

A9: “Gebelikte doktor dediği için emziremeyeceğimi biliyordum. Kötü hissediyorum ama mecburum emzirmemeye.”

A10: “Verebildiğim kadar anne sütü. 2 sene rahat emzirirsin diyorlar.”... “Çok bilgim yok. O yüzden daha yeni öğreniyorum. Emziririm diye de düşünüyorum. Baya bir sonra mama da araştırmam lazım.”

A11: “Emerce 2 yaşına kadar emzirmek istiyorum. Annemin sütü tatsız olduğu için ben üç ay emmişim. Benim sütümü sever inşallah.”

A12: “Erkek çocuğu 2,5 yaşa kadar emer ama 1 yaşın kadar emzirebileceğimi düşünüyorum. Çünkü çalışmayı düşünüyorum. Kayınvalidem çalışmamı istiyor.”

A13: “ Ne kadar emerse o kadar emzireceğim.”

4. İlk Emzirmede Yaşananlar

A1: “Göğsümü bebeğin ağzına verdim ama emmedi. Emzirmek istedim baya denedim ama bebeği vakumla çektikleri için olmadı herhalde. Kayınvalidem çok denedi ama olmadı. Sonra çocuk doktoru gelip bebeği yoğun bakıma gönderdi.”

Tablo 2. Annenin Gebelik Sürecine ve Bebeğin Özelliklerine İlişkin Bulgular

	GEBELİK SÜRECİ										BEBEK		
	Sigara kullanma durumu	Alkol kullanma durumu	Daha önce düşük yapma durumu	Gebelik boyunca sağlık sorunu yaşama durumu	Planlı gebelik	Düzenli antenatal takiplere gitme durumu	Gebelik öncesi kilo	Gebelik boyunca alınan kilo	Boy	Doğum şekli	Bebeğin cinsiyeti	Bebeğin doğum haftası	Bebeğin kilosu(K)-boyu (B)
A1	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	50 kg	12 kg	1,59 cm	Normal doğum	Kız	38 GH	K: 2900gr B:49 cm
A2	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Evet	Evet	75 kg	7 kg	1,68 cm	Normal doğum	Erkek	39 GH	K: 3550gr B52 cm
A3	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Evet	60 kg	18 kg	1,58 cm	Sezaryen doğum	Kız	36 GH	K: 2500gr B: 48 cm
A4	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet	45 kg	3 kg	1,68 cm	Normal doğum	Erkek	39 GH	K: 3470gr B: 49cm
A5	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	50 kg	15 kg	1,50 cm	Normal doğum	Kız	40GH	K: 2800gr B: 50cm
A6	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet	51 kg	9 kg	1,70cm	Normal doğum	Kız	40GH	K: 2580gr B:46 cm
A7	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet	70 kg	15 kg	1,60 cm	Normal doğum	Erkek	39 GH	K:2650gr B:53 cm
A8	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	55 kg	67 kg	1,65 cm	Normal doğum	Kız	34 GH	K:1400gr B:45 cm
A9	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet	48 kg	17 kg	1,65 cm	Sezaryen doğum	Erkek	38 GH	K:3470gr B:52 cm
A10	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	45 kg	19 kg	1,63 cm	Normal doğum	Kız	40 GH	K:3140gr B:52 cm
A11	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet	40 kg	22 kg	1,65 cm	Sezaryen doğum	Kız	36 GH	K:1450gr B:47 cm
A12	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Evet	70 kg	15 kg	1,59 cm	Normal doğum	Erkek	40GH	K:4000gr B:51 cm
A13	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet	60 kg	18 kg	1,68 cm	Sezaryen doğum	Erkek	39 GH	K: 3050gr B: 49cm

kg: kilogram, cm: santimetre, GH: gestasyon haftası, K: Kilo, B: Boy, gr: gram

Tablo 3. Temalar	
1.	Annelik Duygusunda Belirsizlik ve Karmaşa
2.	Emzirme ve Anne Sütünün Yararları ile ilgili Algıda Eksiklik
3.	Emzirme Niyeti
4.	İlk Emzirmede Yaşananlar
5.	Emzirme ile ilgili Sosyal ve Profesyonel Destek Gereksinimi

A2: “Doğumda göbek bağı kestikten sonra bebeği göğsüme yatırdılar. Sadece temas halinde biraz o şekilde kaldık. Sonra bebeği kuvöze (ısıtıcı altına) koydular, benim dikişlerimi attılar. Orada ebe ile çok denedik emzirmeyi. Bebek memeyi almadı. Sütüm geliyordu ama bebek memeyi almadı. Ebe ile emziririm diye düşündüm ama göğsümün ucu yoktu ve acıdığı için emzirmemeyi bile düşündüm. Canım yanıyordu ilk denemede. Şuan bir sorun yok, rahatlıkla emzirebiliyorum.”

A3: “Evde elimi yüzümü yıkamaya kalktığımda fenalaştım. Tansiyonum çok yükselmiş. Acil sezaryene alındım. Beni sevk ettikleri için bebeğim diğer hastanenin yoğun bakımında. Doğunca emzirmek için denedik ama hiç emziremedim. Bebeğin olduğu yerden süt istemişler. Sağmayı denedik ama gelmedi birkaç damla geldi. Ara ara deniyoruz sağmayı”

A4: “İlk emzirmeyi bebek servise gelince kendi annemle birlikte denedik. İlk sağ göğsümde denedim. Memeyi ağzına verdim tutamıyordu. Ben de ağzını kendi mememe yakın tutarak, sıktım ağzına değdirdim. Aç kalmasın diye sıkıp sıkıp verdim. Güzel bir duyguydu. İlk başta bebek tutamayacak, ememeyecek korkusu oldu. Sonra dedim ki kendime yapmalısın. Sonra biraz güven geldi emzirebilirim dedim.”

A5: “Emzirmek güzel bir duygu. Yanımda yengem vardı. Bebeği ilk yengemle emzirdim. Bir saat sürdü emzirme işlemi. Güzel emiyor ama çoğu zaman göğsümde uyuyup kalıyor.”

A6: Bebek ilk odaya geldiğinde yanımda kayınvalidem vardı onunla birlikte emzirdim. Bebeği kucağıma alıp emzirdiğimde ne hissettim hiç bilmiyorum. Çok zorluk yaşamadık ilk sağ göğsümü bebeğin ağzına verdim hemen aldı.

Emmeye başladı. 5-10 dakika emzirdim. Uyandıkça emziriyorum.

A7: “Doğumhanede emzirmedim. Doğar doğmaz göğsüme yatırdılar. Sonrasında bebek yoğun bakıma alındı. Emzirmeyi denedim ama bebek tutmadı.”

A9: “Emzirmeyi denedim ama bebek tutmadı memeyi. Zaten epilepsi nedeniyle nöroloji doktoru emzirmemesini önermiş ilaç ile anne sütüne geçebileceğinden. Emziremiyorum ki. Sütümde gitti. Hiç gelmiyor. Emzirmedim için mi acaba.”

A10: “ İlk kez hemşire ile yaptım emzirmeyi. Doğumdan sonra kontrole gelen hemşire ve stajyerler anlattı ama baya ağrım olduğu için çok anlamadım onu.””Pek fazla başarılı olamadık. Dünde çok yoruldum. Çok uğraştılar emzirmek için.”... Şimdi de söylenenlere göre emziriyorum. 15 dakika birini 15 dakika birini emziriyorum. Dayanabildiğim kadar şuan çok acıyor göğsümün uçları.”

A11: “Bebek küçük doğduğu için bebek ememedi. Sonra da yoğun bakıma aldılar emziremedim.”

A12: “İlk memeyi ağzına verdiğimde almadı. Sonra tekrar denedim, emdi. Yorulunca kendisi bıraktı. Kendimi çok tuhaf hissettim. Benim bebeğim mi bu dedim kendime. Emzirdikten sonra evet bu benim bebeğim dedim”

A13: “Doğumdan hemen sonra bebeği emziremedim. Ağrılarım azalınca emzirmeyi denedim. Emzirince bebeğin benim olduğunu hissettim, kendime güvenim arttı. Daha çok bebeğime bağlandım. Göğsümün ucu yok, sütüm var ama az emiyor onu için mama da alıyor.”

5.Emzirme ile ilgili Sosyal ve Profesyonel Destek Gereksinimi

A1: “Kayınvalidem bebeğe bakar ben işe giderim.”

A2: “Doğum sırasında doğumhanedeki ebe baya emzirmek için uğraştı. Eve gidince en çok annem ve ablam yardımcı olur. Ablamın yeni çocuğu olduğu için deneyiminden dolayı o daha fazla yardımcı olur.”

A3: “Küçük olduğu için biraz sıkıntı yaşarım. Sonra alışırım zaten. Ama çocuk bakmaya alışkınım. Ben geldiğimde görüncem bir yaşındaydı ona da ben baktım. Hem kayınvalidem ile birlikte oturduğum için o yardımcı olur evde.

A4: “Ben emzirirken Hemşire/ebe emzirme konusunda bilgi verdi. Ben kendim göğsümü sıkıp sıkıp veriyordum. Öyle yapma bebeğin tutmasına izin ver dediler. Ben yanlış yapıyordum.”

Sadece söylediler yine de Allah razı olsun. Ama birlikte yapmadık. Hastanede hemşireler evde de yine annem yardımcı olur. Kendi etrafımdaki yakınlarımdan utanırım ben. Eşim bebek ağlarsa bana haber verir emzir diye. Söyler ama yapmaz. Altını filan değiştirse şaşırtır beni.

A5: “İlk doğduktan sonra bebeği göğsüme yatırdı ebeler. Emzirme konusunda bilgi verdiler ama onlar öğretseler emzirmeyi daha iyi olur. Evde de emzirmede yine yengem yardım eder. Eşim de yardımcı olur, altını temizler yardım eder.”

A6: “Emzirme ile ilgili eğitim almadım. Gebe eğitim sınıfının olduğunu daha önce duysaydım ara sıra gelir katılırdım eğitime.”

A7: “Bebeği ben bakamazsam bile kaynanam var. Ben güvenemiyorum kendimin bakacağına. Emzirme konusunda da o destek olur. Eşim destek olur ama bakmaz. Örneğin bebeğin altını değiştirmez” “Emzirme eğitimi almadım. Eğitim olsaydı katılırdım.”

A9: “En büyük destekçim annem. “Gebelik döneminde eğitime davet edilmişim. İlçede oturuyorum. Gidip gelmek zor olduğu için katılamadım.”

A10: “Hemşireler sürekli emzir dediler.”..... Bebeğimi tek başıma emzirip tek başıma bakabilirim. Kendime güveniyorum. Yine de bilmediğim şeyler olursa sorarım.”

A11: “Desteğe ihtiyacım var her konuda. Bebek küçük olduğu için banyo yaptırمام, kucağıma almakta zorlanırım. Göbek bakımı yapمام, banyo yaptırırken zarar vermektan korkarım. İnşallah evde annem ve kayınvalidem destek olacak. Eşim de yardımcı olur”Eğitim almadım. Alamazdım da yanımda birileri olmadığı için gidip gelemezdim.”

A12: “İlk çocuk bu konuda acemilik çekiyorum. Eşim her konuda yardımcı olur.”

A13: “Emzirmeyi annemden gördüğüm kadarıyla biliyorum. Herhangi bir eğitim almadım.”

Tartışma

Adolesan annelerin bebeklerini emzirme oranı yetişkin annelere oranla düşüktür. Buna ek olarak dünyada ve ülkemizde adolesan gebeliklerin hızlıca artması da bu konuyu önemli hale getirmektedir (1,8). Bu çalışma primipar adolesanların ilk emzirme deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde araştırma bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

1. Annelik duygusunda belirsizlik ve karmaşa

Bir kadının hayatının en önemli gelişimsel olaylardan biri olan annelik, yaşam boyu devam eden dinamik ve aktif bir süreçtir (17,23). Mercer (2004) yaşam süresince bazı rollere son verilmesine rağmen anneliğin yaşam boyu bağlılık gerektirdiğini belirtmiştir. Annenin bebeğini sahiplenmesi, bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerisini ortaya koyması annelik rolüne uyum göstermesi ile açıklanır (23). Çalışmamızda anneler anneliği kutsal ve güzel duygu (A1, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A11, A12, A13) olarak tanımlarken anneliğe dair sorumluluk duygularını “Kendimi anneliğe hazır hissetmiyorum. Yeterli miyim bilmiyorum” (A2), “çok heyecanlandım ama kendimi yeterli hissetmiyorum”(A4), “Anne yaşı en erken 21 olmalı. İnsan daha çok gelişmiş olur, daha çok güvende hisseder, kendine ve çocuğuna bakabileceğini hisseder” (A8), “22 yaşından önce anne olunmamalı. Çünkü 19’unda insan hiçbir şey bilmiyor. Hazır olmadığı için” (A10), “Güzel bir duygu ama hazır değilim sanırım” (A13) şeklinde ifade etmişlerdir. “Özellikle göbeğini kanatırsam diye çok korktum”(A2) ve “Korkuyorum göbek bağı var ya. Yanlışlıkla zarar veririm, kopabilir diye. Tutmaya bile korkuyorum bir yeri kırılır diye”(A4) gibi ifadelerden annelerin bebeklerine zarar vermektan korktukları belirlenmiştir. Bir anne (A7) ise anneliğin güzel yanı ile birlikte bebeğin kendi kişisel hayatını ve özgürlüğünü sınırlandıracağını bildirmiştir. Çalışmada annelerin çoğunlukla belirsiz ve karmaşık duygular yaşadıkları, kendilerini anneliğe hazır hissetmedikleri, bebeklerine dokunurken veya bakım verirken zarar verme düşünce içerisinde oldukları bulunmuştur. Annelik ile ilgili yapılan çalışmalarda adolesanların anneliğe yeterli kadar hazır hissetmedikleri, erişkin annelere göre bebeklerinin sorumluluğunu daha geç aldıkları vurgulanmıştır (14-16,24). Çalışma sonucumuz literatürü destekler niteliktedir. Mercer (2004) gebelik dönemde hazırlığın ve bağlılığın annelik kimliğinin kazanılmasında ilk aşama olduğunu belirtmiştir (23). Bu doğrultuda annelik kimliğinin kazanılmasında anne ile bebeğin birbirine olumlu şekilde bağlanması büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda da emzirme özyeterliliği olan ya da emziren annelerin bağlanma düzeylerinin yüksek olduğunu vurgulanmıştır (25,26). Bu çalışmalar doğrultusunda adolesan annenin bebeğini emzirmesi hem annelik

kimliğinin gelişmesine hem de bebeğine bağlanmasını olumlu yönde etkileyecektir.

2. Emzirme ve Anne Sütünün Yararları ile İlgili Algıda Eksiklik

Adolesan annelerinin çoğunun emzirme hakkında olumsuz görüşleri olumlu görüşlerinden daha fazladır (24). Çalışmaya katılan anneler anne sütünün yararları ile ilgili algıları;

“Anne sütü sağlıklı” (A4),

“Hazır gıda” (A4),

“Mama anne sütüne göre daha iyi değil” (A7)

“Anne sütü kemik gelişimi, beyin gelişimi ve vitamin açısından önemli” (A8)

“Bütün hastalıklara karşı koruyor” (A9)

“Her şeye faydalı olduğu kesin” (A10)

“Bağımsızlığı güçlendirir. Zihinsel ve bedensel gelişimi sağlar” (A11)

“Anne sütü önemli. bebeği güçlendiriyor ve hastalıklara karşı koruyor” (A13)

şeklinde ifade etmişler. Çalışma sonuçlarımız annelerin çoğunlukla emzirme ve anne sütünün yararları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Annelerin “besliyor işte.... ilk sütüm irinli bir şekilde geldi” (A6), “annem çocuk 3-4 yaşına kadar emerse kötü yolda düşer der” (A4) gibi bazı ifadelerin annelerin yanlış bilgi ve inancıya sahip olduğuna işaret etmektedir. Örneklem grubundaki annelerin tamamı emzirme eğitimi almadığını bildirmiştir. Bununla birlikte annelerin bazıları emzirme ile ilgili bilgilenebilir ve desteklenemeye ihtiyacı olduğunu (A2, A3, A12) belirtirken bazıları konu hakkında eğitim alma, bilgilenebilir ihtiyacı hissetmediğini (A5, A7) bildirmiştir. Uluslararası ve ulusal adolesan annelerle ilgili çalışmalarda çalışma sonuçlarımıza benzer olarak anne sütü ve emzirme konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları vurgulanmıştır (24,27). Manion ve ark.’nın (2018) yaptıkları çalışmada adolesanların emzirme destek grubuna katılması ile emzirme tutumlarının iyileştirilmesi/geliştirilmesi emzirmeye neden olan engellerin azaltılması, emzirme oranlarının artırılması arasında pozitif yönde ilişki olduğu bildirilmiştir (27). Bu doğrultuda hemşireler emzirmenin anneye, bebeğe, çevreye, aileye ve topluma yararları konusunda bilgi vererek annelerin bilgi ve tutumlarını etkileyebilirler.

3. Annenin Emzirme Niyeti

Emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılması ve devam ettirilmesinde en önemli faktörlerden biri annenin emzirme niyetidir. Annenin emzirme niyetinin güçlü olması emzirmeyi başarılı bir şekilde gerçekleştirmek için çaba sarf edeceğinin göstergesidir (28). Çalışmada sadece bir annenin (A8) “gebelik boyunca emzirmeyi hep hayal ettim. Bebeğimi 2-2,5 yaşına kadar emzirmeyi düşünüyorum.” şeklindeki ifadesi annenin gebelik döneminden itibaren emzirmeyi istediğine ve bu konuda kararlı olduğuna işaret etmektedir. Ancak çalışmaya katılan diğer anneler (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A11) emzirmenin veya anne sütünün daha sağlıklı bir seçim olduğunu düşünseler de annelerin “emerse emziririm” , “sütüm olursa anne sütü vermeyi düşünüyorum” “İlk olarak emzirmeyi tercih ederim. Sütüm az gelir ya da gelmezse mama veririm” “ne kadar emerse o kadar emzireceğim” ifadeleri emzirme niyetlerinin ve kararlılıklarında netlik olmadığını göstermektedir.

Annelerin bu düşünceleri/inançları bebeklerini emzirmeye teşvik etse de emzirmenin sürdürülebilmesi için yeterli olmayabilir. Adolesan annelerin emzirme niyeti ile ilgili yapılan çalışmalar da bizim sonucumuzu destekler niteliktedir (15,24,29). Emzirmenin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesinde güçlü bir belirleyici olan emzirme niyetinin oluşması için adolesanların gebelik döneminden itibaren eşlerinin de dahil olduğu emzirme ve bebek bakımı konusunda eğitimlere katılmaları sağlanmalıdır. Adolesanların emzirme motivasyonunun artırılması için akran desteğinin de göz önünde bulundurulması ve dönemin bu özelliğinin fırsata dönüştürülmesi konusunda yapılan çalışmalar mevcuttur (21,30).

4. İlk Emzirmede Yaşananlar

Çalışmaya katılan annelerin ilk emzirmede yaşadıkları incelendiğinde; Annelerin doğumdan sonra ten teması yaptığı (A2, A7), memeyi tuturmada zorluk yaşadıkları (A2, A4, A7, A9, A12), meme sorunları olduğu (A2, A10, A13), emzirme tekniği konusunda yetersiz bilgi ve beceriye sahip olduğu (A1, A2, A3, A4, A9), ilk emzirmede profesyonel ve sosyal destek ihtiyaçlarının olduğu (A2, A5, A6, A10, A13), bebeğin yoğun bakımda olması nedeniyle süt sağma gerekliliği (A3, A11), emzirme sürecinde annenin farklı duygular hissettiği (A2, A4, A5,

A12, A13) belirlendi. Ayrıca annelerin tümü bebeklerini ne sıklıkla, ne kadar süre besleyecekleri ve bebeklerinin yeterince anne sütü alıp almadığı konusunda yeterli bilgiye sahip değildi. Sadece bir anne ilk emzirme deneyimini hemşire desteği ile “çok zorluk yaşamadık. İlk sağ göğsümü bebeğin ağzına verdim hemen aldı. Emmeye başladı. 5-10 dakika emzirdim” şeklinde olumlu olarak ifade etmiştir. Çalışmada beş anne, ilk emzirmede bebeğine memeyi tutturma konusunda sorun yaşadığını bildirmiştir. Tucker ve ark.’nın yaptıkları çalışmada 22 anneden beş annenin bebeği ile emzirme sırasında ilişki kurmakta ve memeyi tutturmakta zorlandığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada üç anne ise emzirmede zorluk yaşadıklarını bunun nedeni olarak bebeklerin küçük ve düşük doğum ağırlıklı doğmalarını göstermiştir (31). Bu nedene benzer olarak çalışmamızda bir anne “bebek küçük doğduğu için ememedi. Denedik ama almadı memeyi. Sonra da yoğun bakıma aldılar şuan emziremiyorum” şeklinde ifade etmiştir. Smith ve ark.’nın (2012) çalışmasında annelerin emzirme sırasında meme ucu acısı ve bebeği memeye tutturmada yaşadıkları bundan dolayı emzirmeden memnun kalmadıkları bildirilmiştir (24). Bu çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde; adolesan annelerin ilk emzirmede çoğunlukla sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Ebeveynlik ve emzirme bazen anneler için zorlayıcı olabilir. Emzirmek sadece fizyolojik bir olay değil aynı zamanda öğrenilmesi gereken bir süreçtir. Bu sürecin doğumdan hemen sonra başlatılması ve sürdürülmesinde sağlık ekibine büyük görevler düşmektedir. (14). Annenin ilk emzirme deneyiminin başarısı doğum öncesine temellenir. Bu nedenle anne adayının gebelikte düzenli antenatal takiplere ve emzirme eğitimlerine katılması, emzirme niyeti ve kararı konusunda cesaretinin artırılması, emzirme becerisinin görsel ve videolarla desteklenmesi sağlanmalıdır. Riskli ve hassas olan bu grupta emzirmeye başlama ve sürdürme oranlarının artırılması anne ve bebek sağlığı için büyük önem taşımaktadır. Adolesan annelerde emzirmeyi etkileyen faktörlerin belirlenip, karşılaşılabilecek sorunlara karşı bireysel tedbirlerin alınması ve bireysel emzirme danışmanlıklarının verilmesi emzirme başarısının artmasında önemli kriterlerdir.

5.Emzirme ile ilgili Sosyal ve Profesyonel Destek Gereksinimi

Yeterli aile desteği annenin emzirmeye karar vermesinde ve emzirme başarısının artmasında kritik derecede önemli bir faktördür (25). Adolesan annelerle ilgili çeşitli çalışmalar incelendiğinde; Tucker ve ark.’nın (2011) yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan 22 anneden 14’ünün annelerinin ya da ailelerinde emzirme konusunda tecrübeli kadınların bebeğin emzirilmesi konusunda teşvik ettiğini söyledikleri bildirilmiştir (31). Literatüre benzer olarak çalışmamızda annelerin çoğunluğu (A2, A3, A4, A5, A7, A9, A11, A12) bebeklerini emzirme ve bebek bakımı konusunda desteğe ihtiyacı olduğunu ifade etmişlerdir. Adolesanların bu konularda destek almaya yatkın/ istekli olmalarını etkileyen birçok faktörün olabileceği düşünülmektedir. Annelerin “Ben güvenemiyorum kendimin bakacağına” (A7), “bebek küçük olduğu için banyo yaptırمام, kucağıma almakta zorlanırım.” (A11), “ilk çocuk bu konuda acemilik çekiyorum” (A12) ve “küçük olduğu için biraz sıkıntı yaşarım sonra alırım zaten” (A3) ifadeleri konu ile ilgili bilgi ve deneyimlerinin olmaması ve kendilerini bu role hazır hissetmediklerini bundan dolayı destek istediklerini düşündürmektedir. Bunlara ek olarak diğer etkileyen bir faktörün annelerin çoğunluğunun (%92,3’ünün çalışmaması) ekonomik özgürlüklerinin olmamasına bağlı kendilerini ailelere bağımlı hissetmeleri ve bundan dolayı çoğunlukla geniş aile tipinde yaşam sürmelerine bağlı olabilir. Bu durum adolesan annelerinin kendi anne, kayınvalide ya da yakınlarının deneyimlerini paylaşma ve destek fırsatı sunmasına olanak sağlaması açısından olumlu ve avantajlıdır. Yapılan çeşitli çalışmalarda adolesan annelerin eş, arkadaş ve çevreden aldığı destek ya da görüşün annenin bebeklerini besleme tercihlerini etkilediği belirtilmektedir (24,32-34). Bu nedenle adolesanların gereksinime göre planlanan doğum öncesi ve sonrası emzirme eğitimlerine adolesanlara destek olabilecek bireyler de (eş, anne, kayınvalide, yakını vb.) dahil edilmelidir. Aile bireylerinin eğitime katılma, emzirme hakkında olumsuz bilgi, tutum ve deneyimlerin değiştirilmesine karşı durma söz konusu olsa da bu konuda hemşirelerin ekstra bir çaba harcaması adolesanların bebeklerini başarılı bir şekilde

emzirmesinde olumlu adım atılmasını sağlayacaktır.

Adolesan annelerin aldıkları ya da hissettikleri profesyonel destek ihtiyaçları incelendiğinde; sağlık profesyonellerinden emzirme ile ilgili eğitim almadıkları (A6, A7, A11, A13), gebe eğitim sınıfına katılmadıkları (A6, A7, A9), eğitim ve danışmanlık verilmesi gerekliliği (A6, A7) ve ilk emzirmede sağlık profesyonellerinden destek aldıkları (A2, A4, A5, A10) belirlendi. Annelerin ilk emzirme deneyimi ile ilgili “*emzirme ile ilgili sadece söylediler ama birlikte yapmadık*” (A4) ve “*emzirme konusunda bilgi verdiler ama onlar öğretseler emzirmeyi daha iyi olur*” (A5) ifadeleri emzirme konusunda bilginin yanında beceri kazandıran desteğe de ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Çalışma sonucumuza benzer olarak Smith ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada da emzirme desteği kavramının çok boyutlu olduğu ve adolesan annelerin duygusal destek kadar bilgilendirici ve uygulamalı desteğe de ihtiyaç duydukları vurgulanmıştır (24). Pentecost ve Grassey’in (2014) çalışmasında ise adolesanların emzirme konusunda bilgi, duygusal destek, emzirmeyi kolaylaştırıcı teknikler ve değer görme ihtiyaçlarının olduğu özellikle iletişim konusunda desteğinin önemi vurgulanmıştır (35). Özel ve hassas bir grup olan adolesanların bu ihtiyaçları göz önüne alınarak gereksinimleri doğrultusunda farklı eğitim yöntem (birebir, akran, telefon danışmanlığı vb.) ve teknikleri (görsel, işitsel vb.) kullanılarak kanıta dayalı, güncellenmiş emzirme eğitimlerinin verilmesi önemli olup, hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Adolesan gebelikler ve annelik anne, çocuğu ve ailesi için önemli sağlık sorunları, emosyonel ve sosyal sonuçlar doğuran yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Çalışma sonucunda adolesan annelerin anneliğe yeterince hazır olmadıkları ve ilk emzirme deneyimlerinde de daha fazla desteğe gereksinim duydukları görülmüştür. Adolesanlara gereksinimleri doğrultusunda eğitim ve desteğin sağlanması konusunda sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Hemşireler ve ebeler etkin eğitim yöntem ve teknikleri kullanarak adolesan gebelerin annelik, emzirme ve bebek bakımları konusunda bilgi ve becerilerinin artmasını desteklemelidirler. Hemşire ve ebeler doğum sonrasında adolesan annelerin ilk emzirme

deneyimlerini destekleyerek yanında olmalıdırlar. Adolesan annelerin emzirme sürecinde yaşadığı sorunlarda emzirme danışmanlığı verilerek emzirmenin sürdürülmesi sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. WHO [Internet]. Adolescent Pregnancy 2018. [cited 2018 September 01]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Turkey Population and Health Survey, 2013. Ankara. [cited 2018 September 16]. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
3. Omar K, Hasim S, Muhammad NA, Jaffar A, Hashim SM, Siraj HH. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia. *Int J Gynecol Obstet.* 2010; 111: 220-223
4. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenhaim HA. Pregnancies in young adolescent mothers a population-based study on 37 million births. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012; 25: 98-102.
5. Sipsma H, Phil M, Biello KB, Cole-Lewis H, Kershaw T. Like father, like son: the intergenerational cycle of adolescent fatherhood. *Am J Public Health.* 2010; 100: 517-524.
6. Mukhopadhyay P, Chaudhuri RN, Paul B. Hospital-based perinatal outcomes and complications in teenage pregnancy in india. *J Health Popul Nutr.* 2010; 28: 494-500
7. Rasheed S, Abdelmonem A, Amin M. Adolescent pregnancy in upper egypt. *Int J Gynecol Obstet.* 2011; 112: 21-24
8. Cinar N, Menekşe D. Affects of Adolescent Pregnancy on Health of Baby. *Open J Pediatr Neonatal Care.* 2017;2(1): 012-023.
9. Cole S. Breastfeeding challenges made easy for late preterm infants the go-to guide for nurses and lactation consultants, Springer, Publishing Company. 2014.
10. Cinar N, Dede C. Why breast feeding is the best feeding? *Health Scope.* 2013; 2(1): 63-64.
11. Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pac J Public Health.* 2016; 28 (1): 7-14.
12. Apostalakis-Kyrus KA, Valentine C, DeFranco DO. Factors associated with breastfeeding

- initiation in adolescent mothers. *J Pediatr.* 2013; 163: 1489-1494.
13. Oddy WH, Kendall GE, Jianghong L, Jacoby P, Robinson M, Psych H, et al. The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health a pregnancy cohort study followed for 14 years. *J Pediatr.* 2010; 156: 568-574.
 14. Özsoy S. Adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamaları. *F.N. Hem. Derg.* 2014; 22(2): 84-93
 15. Leclair E, Robert N, Sprague AE, Fleming N. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015; 28(6):516-21.
 16. Wambach KA, Cohen SM. Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. *J Pediatr Nurs.* 2009; 24: 244-254.
 17. Çınar N, Hira S. Adölesan annelik. *J Hum Rhythm.* 2017; 3(1):15-19.
 18. Pinzon JL, Jones VF. Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics.* 2012; 130 (6): 1743-1756.
 19. Zengin H, Menekşe D, Çınar N. Risky Behaviours in Adolescence. *The Most Recent Studies in Science and Art.* (Eds: H. Arapgirlioğlu, A. Atık, S. Hızıroğlu, R. L. Elliott, D. Atık) Volume 1, Gece Kitaplığı, Ankara. 2018. p.632-649.
 20. Işık G, Cetişli NE. Adölesan annelerde emzirme. *TJFMPC.* 2017;11(1): 50-58.
 21. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, Domian EW, Rojjanasrirat W, Yeh HW. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res.* 2011; 33(4) 486–505
 22. Grassley JS. Adolescent mothers' breastfeeding social support needs. *JOGNN,* 39, 713-722; 2010.
 23. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh.* 2004; 36(3): 226-32.
 24. Smith PH, Coley SL, Labbok MH, Cupito S, Nwokah E. Early breastfeeding experiences of adolescent mothers: a qualitative prospective study. *Int Breastfeed J.* 2012, 7:13
 25. Cinar N, Kose D, Altinkaynak S. (2015). The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency. *J Coll Physicians Surg Pak.* 25 (4): 271-275.
 26. Scharfe E. Maternal attachment representations and initiation and duration of breast-feeding. *J Hum Lactact.* 2012; 28:218-25
 27. Manion A, Wideman M, Tutlewski A. Breastfeeding attitudes among adolescent mothers attending a nutrition breastfeeding support group. *CNS.* 2018; 6 (1): 28- 34.
 28. Menekşe D, Çınar N. İkiz bebek bekleyen gebelere verilen emzirme eğitiminin emzirme niyetlerine etkisi. [Doktora Tezi]. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, Türkiye, 2018
 29. Alexander A, O'Riordan MA, Furman L: Do breastfeeding intentions of pregnant inner-city teens and adult women differ? *Breastfeed Med.* 2010; 5:289
 30. Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012; 12:149
 31. Tucker CM, Wilson EK, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed methods study. *Int Breastfeed J.* 2011; 6 (14): 1-11.
 32. Mossman M, Heaman M, Dennis CL, Morris M. The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. *J Hum Lact.* 2008, 24:268–277.
 33. Dias de Oliveira L, Justo Giugliani ER, Córdova do Espírito Santo L, Meirelles Nunes L. Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Nutr J.* 2014;13(1):1-7.
 34. Brown A, Raynor P, Lee M. Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery.* 2011;27: 53–59.
 35. Pentecost R, Grassley JS. Adolescents' needs for nurses' support when initiating breastfeeding. *J Hum Lact.* 2014; 30(2) 224-228.

Influence of Different Genres of Music on Static and Dynamic Balance Control of Young Adults**Farklı Müzik Türlerinin Genç Erişkinlerin Statik ve Dinamik Denge Kontrolüne Etkisi****Turhan KAHRAMAN¹, Mahmut BEŞLİ², Bayram ÜNVER³, Yeşim SALIK ŞENGÜL⁴****ABSTRACT**

Objectives: Since listening to music is very common while performing various activities of daily living among young adults, it is important to know its effects on balance control. This study aimed to examine the effects of different genres of music on static and dynamic balance control, especially during common activities of daily living such as sit-to-stand and walking, using both clinical and computerized balance assessment tools.

Materials and Methods: Thirty-six healthy young adults participated in this crossover study. Static balance was assessed using the modified Clinical Test Sensory Interaction on Balance in a computerized balance assessment device. Moreover, the dynamic balance during the common activities of daily living were assessed using the sit-to-stand test and walk across test in the same device. The timed up and go test as a clinical measure was also used to assess dynamic mobility. All the tests were performed in different conditions, including without listening to music, listening to pop, rock, and classical music.

Results: There were 18 female and 18 male participants with a mean age of 23.0 ($SD = 1.0$) years. No statistically significant differences were found in the static and dynamic postural control variables ($p > 0.05$). Partial eta squared values indicated that the effect sizes were small.

Conclusion: This study showed that different genres of music including classical, rock, and pop do not influence the static and dynamic balance control in young adults. The influence of different genres of music with different frequency or groove properties on balance control and chronic effects of music should be investigated in future studies.

Keywords: Activities of daily living, music, postural balance

ÖZ

Amaç: Müzik dinlemek, genç erişkinler arasında çeşitli günlük yaşam aktiviteleri sırasında çok yaygın yapılan bir aktivite olduğu için müziğin denge kontrolüne etkisini bilmek önemlidir. Bu çalışmada, farklı müzik türlerinin statik denge ve özellikle oturup ayağa kalkma ve yürüme gibi günlük yaşam aktiviteleri sırasındaki dinamik denge kontrolü üzerindeki etkilerinin klinik ve bilgisayarlı denge değerlendirme araçlarını kullanarak araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Otuz altı sağlıklı genç erişkin bu çapraz tasarımlı çalışmaya katıldı. Statik denge, bilgisayarlı denge değerlendirme cihazında modifiye Denge Duyu İnteraksiyonu Klinik Testi kullanarak değerlendirildi. Ayrıca, yaygın günlük yaşam aktiviteleri sırasındaki dinamik denge aynı cihazda, otur-kalk testi ve yürüme testiyle değerlendirildi. Klinik bir test olarak zamanlı kalk ve yürü testi de dinamik mobiliteyi değerlendirmek için kullanıldı. Tüm testler, müzik dinlemezken, pop, rock ve klasik müzik dinlerken olmak üzere farklı koşullar altında gerçekleştirildi.

Bulgular: Ortalama yaşları 23,0 ($SS = 1,0$) yıl olan 18 kadın ve 18 erkek katılımcı vardı. Statik ve dinamik postürel kontrol değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Parsiyel eta kare değerleri, etki büyüklüklerinin küçük olduğunu gösterdi.

Sonuç: Bu çalışma, klasik, rock ve pop gibi farklı müzik türlerinin genç erişkinlerde statik ve dinamik denge kontrolünü etkilemediğini gösterdi. Gelecekteki çalışmalarda farklı müzik türlerinin farklı frekans ve ritim özellikleri ile denge kontrolü ve bu müziklerin kronik etkileri araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Günlük yaşam aktiviteleri, müzik, postürel denge

Geliş Tarihi/Received: 19.10.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 26.02.2019

¹ Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, Izmir Katip Celebi University, Izmir, Turkey. ORCID: 0000-0002-8776-0664

² School of Kemal Demir Physical Therapy and Rehabilitation, Abant İzzet Baysal University, Bolu, Turkey. ORCID: 0000-0001-5311-7390

³ School of Physical Therapy and Rehabilitation, Dokuz Eylül University, Izmir, Turkey. ORCID: 0000-0002-9829-5884

⁴ School of Physical Therapy and Rehabilitation, Dokuz Eylül University, Izmir, Turkey. ORCID: 0000-0003-2026-6765

Sorumlu yazar /correspondence: Turhan Kahraman, Asst. Prof. Dr., Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Faculty of Health Sciences, Izmir Katip Celebi University, Izmir, Turkey, turhan.kahraman@yahoo.com

*This study was presented as an oral abstract at I. Adnan Menderes University International Health Sciences Congress, Aydın, Turkey, 29.06.2017 – 01.07.2018.

Introduction

Balance is maintained with a variety of inputs from visual, vestibular, and somatosensory systems that are integrated into brainstem and cerebellum (1, 2). It is known that these parts of the central nervous system play an important role in the oculomotor and postural control (1, 2). High-intensity acoustic stimuli may cause a vestibular activation that causes vertigo, nystagmus and postural imbalance (2). Additionally, the vestibulocochlear nerve, brainstem, thalamus, and auditory cortex are activated while listening to music (2). Frontal cortex and limbic system which are the specific areas related to emotional behaviors are also activated with music (3-5).

Previous researchers have noted that music can improve physical function including gait and balance in several populations such as stroke, Parkinson's disease, geriatrics, and healthy people (6-10). Many studies have examined postural responses under sound stimuli to investigate their associations. In these studies, the static balance was assessed using computerized balance tools, and some studies reported no change in the static balance under the sound stimuli, whereas, some studies reported some changes (2, 11-13). There is no consensus on which sounds have effects on postural control (14-18). Additionally, most of the studies have examined the effects of music/sound on static balance (2, 11-13). Only one study reported that daily music listening can improve dynamic posturographic scores, which suggests that listening to music has potential to change postural stability, and can be used as a fall prevention and rehabilitation method (19). However, in that study, the dynamic posturographic measures were obtained 10 minutes, 1 week, and 1 month after music listening (19). Thus, it is still unclear how the dynamic balance is affected during listening to music.

Besides the positive effects of music, it can also have negative effects such as noise-induced hearing loss and other health effects including cardiac autonomic modulation, hypertension, and annoyance (20-25). In addition, previous studies showed that exposure to noise of high intensities may cause larger postural sway indicating the worse performance of balance (26, 27). On the

other hand, a recent study has reported that there was a significant association of better balance with high exposure (≥ 46.6 dB) at 100 Hz compared to low exposure at 100 Hz in young adults (28).

Dual tasks such as walking and listening to music are considered to affect the dynamic balance necessary for functional activities by reducing the cognitive ability and fall risk can be increased (29, 30). Listening to music with personal listening devices such as MP3 players, smartphones, and other portable music players are very popular, especially among adolescents and young adults, while performing various activities of daily living (29, 31). Although there is growing research on the effects of a sound stimulus on balance control, little is available for the specific genres of music. A study revealed that listening to different genres of music did not significantly change the static balance variables in healthy people (2). However, this study compared only the effects of classical music vs. the subjects' favorite music on static balance (2). If some differences between the genres of music can be found, this genre of music can be used to make the conditions more challenging in balance and/or dual-task related rehabilitation programs. In addition, it can be advised to be more careful while listening this genre of music while performing activities of daily living. Therefore, our study aimed to investigate the effects of popular genres of music, including pop, rock, and classical, on both static and dynamic balance control, especially during common activities of daily living such as sit-to-stand and walking, using both clinical and computerized balance assessment tools.

Materials and Methods

Participants

Thirty-six healthy young adults aged between 18 and 25 years old participated in this crossover study. The participants were recruited from the students of School of Physical Therapy and Rehabilitation, Dokuz Eylül University, Izmir, Turkey between May 2016 and June 2016. Participants were excluded from the study if they had been diagnosed with the neurological disorder, vertigo, and hearing loss or have an orthopedic problem that could prevent the implementation of the assessments.

The required sample size for the study was calculated using the G*Power (Version 3.1.9.2, University of Düsseldorf, Düsseldorf, Germany). Since there was no study with a similar protocol, the sample size was calculated as 34 participants to reach a medium effect size and power = 0.80 with an alpha error probability = 0.05.

The study was approved by the Noninvasive Research Ethics Board of Dokuz Eylül University according to the Declaration of Helsinki (Protocol No: 2677-GOA, Approval No: 2016/12-20), and all participants provided informed consent before participating in the study.

Assessments

NeuroCom® Balance Master® system (ver. 8.1; Neurocom International Inc., Oregon, USA), which is a computerized balance assessment tool, was used for the assessment of static and dynamic balance. The static balance was assessed using the modified Clinical Test Sensory Interaction on Balance (mCTSIB). The dynamic balance during the common activities of daily living was assessed using the sit-to-stand test and walk across test. Moreover, the timed up and go test (TUG) as a clinical measure was used to assess the dynamic mobility performance.

The standard protocols described in the Balance Master Operators Manual were followed in this study to perform the tests with the NeuroCom® Balance Master® system (32). All the tests were performed for three times and the computer system calculated the mean scores. During the mCTSIB, the participants were evaluated on four different conditions; (1) eyes open – firm surface, (2) eyes closed – firm surface, (3) eyes open – foam surface, and (4) eyes closed – foam surface (32). Postural sway for each condition and composite postural sway were reported. The sit-to-stand test quantifies the individual's ability to rise from a seated to standing position (32). The participants were positioned while their both legs were kept at shoulder width and feet were placed symmetrically and parallel to each other on each force plate in a sitting position on a seated surface (40.64 cm in height). Then they were asked to stand up as fast as possible without using arm support and maintain an upright posture. Weight transfer time (time required to transfer weight from the buttock to the feet), rising index (the amount of force exerted by the legs during the

rising phase, expressed as a percent of body weight) and the center of gravity sway velocity in the standing position were reported. The walk across test was used to assess dynamic balance during walking (32). Step width, step length, and speed were reported.

The TUG is a simple test used to assess mobility performance and requires both static and dynamic balance (33). The participants were asked to sit on a standard chair and place his/her back against the chair and rest his/her arms chair's arms. The participants walked to a 3-meter line turned around at the line, walked back to the chair, and sat down. The test was ended when the participant's buttocks touched the seat (34). At the TUG-Cognitive test, the participants were asked to complete the test while counting backward by threes from a randomly selected number between 20 and 100 (34). At the TUG-Manual test, the participants were asked to walk while grasping a cup filled with water (34). In addition, music listening characteristics were assessed using a simple questionnaire and a 10-cm visual analog scale.

Genres of music and music tools

“Por Una Cabeza – Carlos Gardel”, “Misery – Hypnogaja, duration”, and “Satellite – Lena” were used as different genres of classical, rock, and pop music, respectively. The music volume was set as 10/15 for all genres of music with an average 65±5 decibel (dB) measured using an Android application [Sound Meter (ver. 1.6.5a)] in each test. The same smartphone (General Mobile, Discovery) and headset (GoldMaster, HP-296) were used for listening to music in each participant.

Test Procedure

All the tests were performed in different conditions, including (1) without listening to the music, (2) listening to pop music, (3) listening to rock music, and (4) listening to classical music. The order of the tests and conditions were randomly changed for minimizing the order effect. There were six different tests with four different conditions, which simply created 24 different situations (i.e. tests). All the participant numbers were written in a Microsoft Office Excel spreadsheet before the participant recruitment. Then, for each participant number, a different testing sequence was generated using a simple randomization method generated by Microsoft

Office Excel. The participants wore the headset during the condition without listening to music to ensure the same test conditions. All the assessments were done on the same day. Between the assessments, 1-to-5-minute intervals were given to the participants according to their perceived fatigue levels.

Statistical analysis

Normal distribution was checked with the Shapiro-Wilk test, and the *Q-Q* plot and histogram graphics were also investigated. Descriptive statistics were used to describe the characteristics of the participants. Mean and standard deviations (SD) were reported for continuous variables, and number and percent were reported for categorical variables. The comparison of the different conditions was conducted with the repeated measures analysis of variance (ANOVA). Partial eta squared values were interpreted as small=0.01, medium=0.06, and large=0.16. Level of significance was set at $p<0.05$. All data were analyzed using IBM SPSS Statistics for Windows (Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Results

In total, 36 participants (18 female and 18 male) were included in the study. The mean age was 23.0 (SD = 1.0) years. The mean height, weight, and body mass index were 1.70 (SD = 0.09) m, 66.08 (SD = 11.63) kg, and 22.64 (SD = 3.03) kg/m², respectively (Table 1).

The participants reported that they were listening to music with a mean of 2.8 hours per day. The participants reported that they were listening to music during walking (61.1%), travelling (66.7%), lying down (50.0%), and studying (50.0%). Most of the participants (83.3%) were listening to music with an earphone.

Table 1. Demographic characteristics of the participants

Variables	Mean	Standard Deviation
Age (years)	23.0	1.0
Gender*		
Female	18	50
Male	18	50
Height (m)	1.70	0.09
Weight (kg)	66.08	11.63
Body mass index (kg/m ²)	22.64	3.03

*Presented as number and percent.

The participants reported that they liked classical, rock, and pop music with a mean 7.13 cm, 6.82 cm, and 7.60 cm on a 10-cm visual analog scale, respectively. On the other hand, the participants reported that they were listening to classical music (38.9%), listening to rock music (61.1%), and listening to pop music (55.6%). The participants reported that they were familiar with the songs used in this study with 50% of classical, 36.1% of rock, and 72.2% of pop music.

No statistically significant differences were found in the static and dynamic postural control variables ($p>0.05$). Partial eta squared values indicated that the effect sizes were small. Table 2 presents the detailed results of the comparisons.

Discussion

This study aimed to investigate not only balance performance while listening to music but also the influence of different genres of music on balance performance. The findings of this study have revealed that different genres of music including classical, rock, and pop did not have a notable influence on the static and dynamic balance in adults.

We chose to investigate the effects of classical, rock, and pop music due to their popularities. Although the participants reported that they enjoyed all genres of music used in our study, the frequency of classical music listening was relatively low compared to rock and pop. In addition, they were familiar with the songs used in this study with 50% of classical, 36.1% of rock, and 72.2% of pop music. Despite the familiarity difference in the genres of music, it seems that familiarity could not have a notable effect on dual-task performance. This finding is line with the previous studies reporting a lack of sensitivity to difficulty and lack of practice effect during dual tasks (35). In addition, music listening task might not reach a significant level to affect balance control. Because while participants were listening to music during testing protocols, they were waiting for commands from the screen or researcher, and they had targeted to the motor tasks. This might mean that participants prioritized the balance control over listening to music (36).

Some studies have reported that there is a significant increase in body sway representing decreased static balance, especially while eyes closed, while the participants are listening to high-intensity tones of low frequencies (37, 38). On the other hand, the other studies have not found any significant differences in the static balance with and without a sound stimulation similar to our findings (11, 39). However, our study differs in terms of the sound stimulus used in those studies. Only Forti et al. (2) investigated the influence of different genres of music on the static balance. That study revealed that listening to different genres of music did not significantly change the

static balance variables (2). Since the participants of our study and most of the other studies were generally young, having high capacity to easily compensate for balance changes, no significant change in the static balance might be observed while listening to different genres of music.

According to the existing evidence, our study presents important findings. To the best of our knowledge, this was the first study, examining the influence of music on dynamic balance especially during the common activities of daily living assessed by a computerized tool. Hyong (29) found that dynamic balance was decreased in a dual-task which was performing a clinical

Table 2. Static and dynamic postural control while listening to different genres of music and the condition without music

Variables	Without Music	Classical Music	Rock Music	Pop Music	F	<i>p</i> *	Partial Eta Squared	Observed Power**
Modified clinical test								
sensory interaction on balance								
Eyes open on a firm surface (°/s)	0.34 (0.38)	0.31 (0.09)	0.29 (0.09)	0.35 (0.32)	0.484	0.591	0.014	0.121
Eyes closed on a firm surface (°/s)	0.32 (0.10)	0.31 (0.10)	0.29 (0.08)	0.30 (0.09)	0.856	0.449	0.024	0.211
Eyes open on a foam surface (°/s)	0.39 (0.12)	0.41 (0.16)	0.39 (0.11)	0.39 (0.09)	0.380	0.715	0.011	0.113
Eyes closed on a foam surface (°/s)	0.49 (0.16)	0.51 (0.17)	0.49 (0.14)	0.46 (0.12)	1.349	0.266	0.037	0.304
Composite sway	0.40 (0.15)	0.40 (0.11)	0.38 (0.08)	0.39 (0.11)	0.439	0.629	0.012	0.116
Sit-to-stand test								
Weight transfer (s)	0.66 (0.32)	0.70 (0.45)	0.64 (0.26)	0.66 (0.33)	0.389	0.679	0.011	0.110
Rising index (%)	21.58 (6.45)	21.19 (21.31)	21.31 (5.85)	22.14 (6.96)	0.841	0.475	0.023	0.210
Centre of gravity sway velocity (°/s)	2.60 (1.09)	2.45 (0.95)	2.55 (0.88)	2.61 (0.99)	0.591	0.609	0.017	0.164
Walk across test								
Step width (cm)	15.80 (3.41)	15.50 (3.26)	14.95 (3.49)	15.05 (3.14)	1.280	0.285	0.035	0.323
Step length (cm)	68.16 (13.91)	67.02 (11.07)	68.18 (15.84)	64.89 (11.66)	0.730	0.503	0.020	0.179
Walk speed (cm/s)	85.16 (13.26)	85.92 (13.30)	84.45 (12.68)	87.54 (14.24)	0.668	0.574	0.019	0.178
Timed up and go test								
Normal (s)	5.20 (0.60)	5.20 (0.78)	5.23 (0.73)	5.09 (0.73)	1.258	0.293	0.035	0.298
Cognitive task (s)	5.30 (0.70)	5.41 (0.78)	5.29 (0.71)	5.33 (0.82)	0.692	0.536	0.019	0.179
Manual task (s)	5.59 (0.66)	5.78 (0.91)	5.70 (0.72)	5.69 (0.74)	1.592	0.206	0.044	0.354

Values are presented as mean (standard deviation).

*Repeated measures analysis of variance (ANOVA).

**Computed using alpha = 0.05

dynamic balance test while listening to music. However, the balance assessment method used in that study is different from the present study and genre of music they used was not specified (29). Carrick et al. (19) investigated the effects of listening to daily certain types of music on the dynamic balance control in adults. In that study, the dynamic posturographic measures were obtained 10 minutes, 1 week, and 1 month after listening to music (19). Findings of that study suggest that daily certain types of music can improve dynamic posturographic scores demonstrating music has the potential to change postural stability and can be used as a fall prevention and rehabilitation method (19). However, our study has not revealed such a relation. Therefore, future studies should investigate the chronic effects of different genres of music on balance control.

The main strength of our study is being the first study, to the best of our knowledge, investigating the effects of popular genres of music, including pop, rock, and classical, on both static and dynamic balance control, especially during common activities of daily living such as sit-to-stand and walking, using both clinical and computerized balance assessment tools. In addition, we have reached the calculated sample size and the effect size values have indicated that the non-significant findings could not be due to inadequate sample size.

There are several potential limitations of current study. First, since our study consisted solely of young and healthy participants, generalization of the findings is difficult for other people such as older adults and people with a specific disease. Future studies conducted on those populations, especially patients with a balance disorder, are highly required. Second, we randomly selected the genres of music. However, it is known that the musical groove can influence the neural mechanisms associated with balance control (40). Future studies are warranted to investigate the effects of different musical grooves on balance control.

Conclusion

This study showed that different genres of music including classical, rock, and pop did not influence the static and dynamic balance control in young adults. The influence of different genres

of music with different frequency or groove properties on balance control and chronic effects of these music genres should be investigated in future studies.

Acknowledgements

We would like to thank the physiotherapists; Duygu Çift, Berat Tatlıdil, Ensar Şimşek, İskender Emre Aydoğan, and Enes Aldemir for the assistance during the acquisition of subjects.

References

1. Baloh RW, Honrubia V, Kerber KA. Overview of Vestibular Anatomy and Physiology. In: Baloh RW, Honrubia V, Kerber KA, eds. *Baloh and Honrubia's Clinical Neurophysiology of the Vestibular System*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
2. Forti S, Filippini E, Di Bernardino F, Barozzi S, Cesarani A. The influence of music on static posturography. *J Vestib Res*. 2010;20(5):351-356.
3. Peretz I, Zatorre RJ. Brain organization for music processing. *Annu Rev Psychol*. 2005;56:89-114.
4. Menon V, Levitin DJ. The rewards of music listening: response and physiological connectivity of the mesolimbic system. *Neuroimage*. 2005;28(1):175-184.
5. Koelsch S, Siebel WA. Towards a neural basis of music perception. *Trends Cogn Sci*. 2005;9(12):578-584.
6. Nombela C, Hughes LE, Owen AM, Grahn JA. Into the groove: can rhythm influence Parkinson's disease? *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37(10 Pt 2):2564-2570.
7. Hamburg J, Clair AA. The effects of a movement with music program on measures of balance and gait speed in healthy older adults. *J Music Ther*. 2003;40(3):212-226.
8. Zhang Y, Cai J, Zhang Y, Ren T, Zhao M, Zhao Q. Improvement in Stroke-induced Motor Dysfunction by Music-supported Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sci Rep*. 2016;6:38521.
9. Zhang S, Liu D, Ye D, Li H, Chen F. Can music-based movement therapy improve motor dysfunction in patients with Parkinson's disease? Systematic review and meta-analysis. *Neurol Sci*. 2017;38(9):1629-1636.

10. Booth V, Hood V, Kearney F. Interventions incorporating physical and cognitive elements to reduce falls risk in cognitively impaired older adults: a systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep.* 2016;14(5):110-135.
11. Palm HG, Strobel J, Achatz G, von Luebken F, Friemert B. The role and interaction of visual and auditory afferents in postural stability. *Gait Posture.* 2009;30(3):328-333.
12. Tanaka T, Kojima S, Takeda H, Ino S, Ifukube T. The influence of moving auditory stimuli on standing balance in healthy young adults and the elderly. *Ergonomics.* 2001;44(15):1403-1412.
13. Nazareth I, Landau S, Yardley L, Luxon L. Patterns of presentations of dizziness in primary care--a cross-sectional cluster analysis study. *J Psychosom Res.* 2006;60(4):395-401.
14. Soames RW, Raper SA. The influence of moving auditory fields on postural sway behaviour in man. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol.* 1992;65(3):241-245.
15. Agaeva MY, Al'tman YA, Kirillova IY. Effects of a sound source moving in a vertical plane on postural responses in humans. *Neurosci Behav Physiol.* 2006;36(7):773-780.
16. Hegeman J, Honegger F, Kupper M, Allum JH. The balance control of bilateral peripheral vestibular loss subjects and its improvement with auditory prosthetic feedback. *J Vestib Res.* 2005;15(2):109-117.
17. Dozza M, Horak FB, Chiari L. Auditory biofeedback substitutes for loss of sensory information in maintaining stance. *Exp Brain Res.* 2007;178(1):37-48.
18. Ross JM, Balasubramaniam R. Auditory white noise reduces postural fluctuations even in the absence of vision. *Exp Brain Res.* 2015;233(8):2357-63.
19. Carrick FR, Oggero E, Pagnacco G. Posturographic changes associated with music listening. *J Altern Complement Med.* 2007;13(5):519-526.
20. Jiang W, Zhao F, Guderley N, Manchaiah V. Daily music exposure dose and hearing problems using personal listening devices in adolescents and young adults: A systematic review. *Int J Audiol.* 2016;55(4):197-205.
21. Serra MR, Biassoni EC, Hinalaf M, Abraham M, Pavlik M, Villalobo JP, et al. Hearing and loud music exposure in 14-15 years old adolescents. *Noise Health.* 2014;16(72):320-330.
22. do Amaral JA, Guida HL, Vanderlei FM, Garner DM, de Abreu LC, Valenti VE. The Effects of Musical Auditory Stimulation of Different Intensities on Geometric Indices of Heart Rate Variability. *Altern Ther Health Med.* 2015;21(5):16-23.
23. Chang TY, Liu CS, Young LH, Wang VS, Jian SE, Bao BY. Noise frequency components and the prevalence of hypertension in workers. *Sci Total Environ.* 2012;416:89-96.
24. Chang TY, Liu CS, Huang KH, Chen RY, Lai JS, Bao BY. High-frequency hearing loss, occupational noise exposure and hypertension: a cross-sectional study in male workers. *Environ Health.* 2011;10:35.
25. Pawlaczyk-Luszczynska M, Dudarewicz A, Waszkowska M, Sliwiska-Kowalska M. Assessment of annoyance from low frequency and broadband noises. *Int J Occup Med Environ Health.* 2003;16(4):337-343.
26. Golz A, Westerman ST, Westerman LM, Goldenberg D, Netzer A, Wiedmyer T, et al. The effects of noise on the vestibular system. *Am J Otolaryngol.* 2001;22(3):190-196.
27. Juntunen J, Matikainen E, Ylikoski J, Ylikoski M, Ojala M, Vaeheri E. Postural body sway and exposure to high-energy impulse noise. *Lancet.* 1987;2(8553):261-264.
28. Xu H, Ohgami N, He T, Hashimoto K, Tazaki A, Ohgami K, et al. Improvement of balance in young adults by a sound component at 100 Hz in music. *Sci Rep.* 2018;8(1):16894.
29. Hyong IH. The effects on dynamic balance of dual-tasking using smartphone functions. *J Phys Ther Sci.* 2015;27(2):527-529.
30. Serrador JM, Lipsitz LA, Gopalakrishnan GS, Black FO, Wood SJ. Loss of otolith function with age is associated with increased postural sway measures. *Neurosci Lett.* 2009;465(1):10-15.
31. Ansari H, Mohammadpoorasl A. Using earphone and its complications: an increasing pattern in adolescents and young adults. *health scope.* 2016;5(1):e32130.

32. NeuroCom International, Inc. Instructions for use: Balance Master System operator's manual. Version 8.1. Clackamas: NeuroCom International, Inc.; 2003.
33. Hafsteinsdottir TB, Rensink M, Schuurmans M. Clinimetric properties of the Timed Up and Go Test for patients with stroke: a systematic review. *Top Stroke Rehabil.* 2014;21(3):197-210.
34. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther.* 2000;80(9):896-903.
35. Cocchini G, Filardi MS, Crhonkova M, Halpern AR. Musical expertise has minimal impact on dual task performance. *Memory.* 2017;25(5):677-685.
36. McNevin NH, Wulf G. Attentional focus on supra-postural tasks affects postural control. *Hum Mov Sci.* 2002;21(2):187-202.
37. Russolo M. Sound-evoked postural responses in normal subjects. *Acta Otolaryngol.* 2002;122(1):21-27.
38. Alessandrini M, Lanciani R, Bruno E, Napolitano B, Di Girolamo S. Posturography frequency analysis of sound-evoked body sway in normal subjects. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2006;263(3):248-252.
39. Mainenti MRM, De Oliveira LF, De Melo Tavares De Lima MA, Nadal J. Stabilometric signal analysis in tests with sound stimuli. *Exp Brain Res.* 2007;181(2):229-36.
40. Ross JM, Warlaumont AS, Abney DH, Rigoli LM, Balasubramaniam R. Influence of musical groove on postural sway. *J Exp Psychol Hum Percept Perform.* 2016;42(3):308-319.

Prediyaliz Hastalarında Risk Faktörlerinin ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi Determination of Risk Factors and Awareness Levels in Predialysis Patients

Nurhan ÖZPANCAR¹, Filiz MALKOÇ², Gülsüm ÖZKAN³

ÖZ

Amaç: Bu çalışma prediyaliz hastalarında risk faktörlerinin ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma, 01.04.2017-01.07.2017 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin nefroloji polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında polikliniğe başvuran kronik böbrek hastalığı tanısı almış 185 hasta, örneklemini ise iletişim sorunu olmayan, anket sorularını cevaplamayı kabul eden 155 hasta oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan, hastaların sosyodemografik ve hastalığına ilişkin özelliklerini sorgulayan 34 sorudan oluşan bilgi formu ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzdelik ve ki kare testi uygulandı. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması $64,96 \pm 12,83$ olan hastaların, %56,8'i erkek, %64,5'i ilköğretim mezunu ve %11,6'sı sigara kullanmaktadır. Çoğunluğu (%38,7) fazla kilolu/obez, %40,0'ı evre 2 böbrek yetmezliği tanısı ile izlenmektedir. Başvuru nedeni olarak %50,3'ü diğer polikliniklerden yönlendirildiğini ve %15,5'i şikayet olarak yorgunluk ve ağrı yaşadığını ifade etmiştir. Hastaların %56,1'inin hastalıklarının nedenini bilmediği, çoğunluğunun (%92,9) ilaçlarını düzenli kullandıkları ve %93,5'inin reçetesiz ilaç kullanmadıkları bulunmuştur. Hastaların %70,3'ü diyetleri hakkında bilgi sahibi olduklarını, %43,2'si az tuzlu beslendiğini belirtmiştir. Sistolik Kan Basıncı ortalaması $139,09 \pm 25,61$, Diyastolik Kan Basıncı ortalaması ise $82,06 \pm 14,21$ 'dir. Hastaların kronik böbrek hastalığı evresi ile; cinsiyet, eğitim durumu, beden kitle indeksi ve sigara kullanma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) bulunmuştur.

Sonuç: Kronik böbrek hastalığı risk faktörleri arasında yer alan erkek cinsiyet, başka bir komorbid hastalık, düşük eğitim düzeyi, fazla kilolu/obez olma durumu araştırmamızda da çoğunluğu oluşturduğu ve hastaların farkındalıklarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Farkındalık, kronik böbrek hastalığı, risk faktörü

ABSTRACT

Purpose: This present study aimed to determine risk factors and awareness levels in predialysis patients.

Materials and Methods: This descriptive, cross-sectional study performed in the nephrology clinic of a university hospital between 01.04.2017-01.07.2017. The population of the study consisted of 185 patients who were diagnosed with chronic kidney disease and admitted to the outpatient clinic between the dates mentioned, the sample consisted of 155 patients who had no communication problems and accepted to answer the questionnaire. Data were collected by a questionnaire consisting of 34 questions which were prepared by the researchers and questioned the sociodemographic and disease characteristics of the patients. Data was analyzed using percentiles, frequency, chi-square test. $p < 0.05$ was considered significant.

Results: The mean age of the patients was 64.96 ± 12.83 , 56.8% were male, 64.5% were primary school graduates and 11.6% were smokers. The majority (38.7%) are overweight / obese and 40.0% are diagnosed with stage 2 renal failure. 50.3% of the cases were referred from other polyclinics and 15.5% of them stated that they experienced fatigue and pain as a complaint. It was found that 56.1% of the patients did not know the cause of their disease, most of them (92.9%) used their medicines regularly and 93.5% of them did not use the drug without prescription. 70.3% of the patients stated that they had information about their diet and 43.2% of them had less salt. The mean systolic blood pressure was 139.09 ± 25.61 and diastolic blood pressure was 82.06 ± 14.21 . Patients with chronic kidney disease stage; the difference between sex, education level, body mass index and smoking status was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: It was concluded that the male gender, another comorbid disease, low education level, overweight / obesity status constitute the majority in our study and the awareness of patients is low.

Keywords: Awareness, chronic kidney disease, risk factor

Geliş Tarihi/Received: 23.11.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 21.01.2019

¹ Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu-Hemşirelik Bölümü ORCID:0000-0003-3607-2519

² Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ORCID:0000-0002-1656-6426

³ Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı ORCID 0000-0003-0552-3911

Sorumlu yazar /correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu-Hemşirelik Bölümü, nurhan25@hotmail.com

Giriş

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) prevalansı giderek artan, mortalite ve morbiditesi yüksek, önlenemez veya ilerlemesi geciktirilebilir önemli bir halk sağlığı sorunudur (1-3). Ülkemizde Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan, Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması (CREDİT; Chronic Renal Disease In Turkey) sonuçlarına göre; genel yetişkin popülasyondaki KBH oranı %15,7'dir (4). Amerika'da ise, United States Renal Data System (USRDS) 2015 Annual Data Report (ADR) Chapters sonuçlarına göre; genel toplumda KBH genel prevalansı yaklaşık olarak %14 bulunmuştur. KBH prevalansı 1988-1994 yılları arasında %12, 1999-2004 yılları arasında % 14, 2007-2012 yılları arasında ise % 13,6 bulunmuştur. Aynı çalışma sonucunda; Amerika'da KBH prevalansının arttığı tespit edilmiştir (5).

2011 yılında Türkiye'de renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek hastalığı nokta prevalansı, çocuk hastalarda sayıya dahil olmak üzere milyon nüfus başına 809 olarak saptanmıştır. İnsidans ise çocuk hastalar sayıya dahil olmak üzere milyon nüfus başına 236 olarak hesaplanmıştır. 2015 yılında renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek hastalığı nokta prevalansı çocuk hastalarda dahil olmak üzere milyon nüfus başına 935,4 olarak, insidans ise 147,3 olarak hesaplanmıştır. Geçen zamanla birlikte son dönem kronik böbrek hastalığı prevalansının artış içinde olduğu görülmektedir (6,7).

Her geçen gün artan KBH geciktirilebilir veya önlenemez bir hastalık olması sebebi ile prediyaliz hastalarında risk faktörlerini belirlemek; yüksek risk grubunda yer alan bireylere yapılacak tarama testleri ile hastalığın erken evrede saptanması, hastalığın ilerlemesinin durdurulması ve son dönem böbrek hastalığına gidişin yavaşlatılması açısından oldukça önemlidir.

Hipertansiyon (HT) ve Diabetes Mellitus (DM) gibi kronik hastalıklar KBH için en önemli risk faktörleridir. Ayrıca KBH'da; ileri yaş, cinsiyet, genetik faktörler, obezite, aktif sigara kullanımı, düşük doğum ağırlığı, sosyoekonomik durumun ve eğitim düzeyinin düşük olması, ırk, dislipidemi, otoimmün hastalıklar, sistemik enfeksiyonlar, ilaç toksisitesi, üriner sistem taşları ve enfeksiyonları risk faktörleri arasındadır (2).

Toplumun KBH ile ilgili farkındalığı oldukça düşüktür (8). Türkiye'de farkındalık oranı CREDİT çalışması sonuçlarına göre; %2'nin altında bulunmuştur (4). Türk Nefroloji Derneğinin 21 ilde gerçekleştirdiği böbrek sağlığı otobüsü projesinde farkındalık %5,7 bulunmuştur (9).

İnsidans ve prevalansı yüksek olan KBH, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, toplumsal farkındalık düzeyi az olduğu için geç teşhis edilen, son dönemde teşhis edildiği için genel olarak ilerlemesi önlenemeyen bir hastalıktır. Renal replasman tedavilerinin maliyetinin yüksek olması ve sürekliliği, iş gücü ve ekipman gereksinimi, hastaların iş gücü kaybı ile birlikte ülke ekonomisine ağır yük getirmekte olup sağlık bütçesini önemli oranda tehdit etmektedir. Literatürde KBH'da risk faktörlerini ve hastalıkla ilgili toplumsal farkındalığı değerlendiren yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışma prediyaliz hastalarında risk faktörlerinin ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Bu araştırma, 01.04.2017-01.07.2017 tarihleri arasında, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nefroloji polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında polikliniğe başvuran KBH tanısı almış 185 hasta, örneklemini ise iletişim sorunu olmayan, anket sorularını cevaplamayı kabul eden 155 hasta oluşturmuştur. 30 hasta ise araştırmaya katılmayı kabul etmediği için örneklem dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; gerekli literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanan, hastaların sosyodemografik ve hastalığına ilişkin özelliklerini sorgulayan 34 sorudan oluşan bilgi formu kullanıldı. Bu formda risk faktörlerini belirlemek için 13 soru, farkındalık düzeylerini belirlemek için 11 soru kullanıldı. Hastaların glomerüler filtrasyon hızları kısa MDRD (Modification of Diet in Renal Diseases Study) formülü ile hesaplandı. (Formül: Glomerüler Filtrasyon Hızı = $186 * \text{SerumKreat}^{-1.154} * \text{Yaş}^{-0.202}$)

^{0,203} * Cinsiyet * Irk). Hastaların KBH evreleri KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) rehberine göre evrelendirildi.

Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Poliklinik muayeneleri sonrası, hastalar en az 15 dk. dinledikten sonra uygun bir yerde kalibrasyonu yapılmış tansiyon aleti ile kan basıncı ölçüm kriterleri dikkate alınarak hastaların kan basıncı ölçümü yapıldı. Ardından boy ve kilo ölçümü yapılarak beden kitle indeksleri (BKİ) hesaplandı.

Verilerin Analizi

Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS 21.0 hazır paket programı kullanılarak yapıldı. İstatistik analizi için frekans, yüzdelik ve ki kare testleri uygulandı. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma öncesinde, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (2017/35/03/06). Araştırmaya alınan her hastaya çalışma hakkında bilgi verildi ve sözlü onayları alındı.

Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması $64,96 \pm 12,83$, %56,8'i erkek, %64,5'i ilköğretim mezunu ve %11,6'sı sigara kullanmaktaydı. Çoğunluğu (%38,7) fazla kilolu/obez, %46,5'i yeni tanı (0-1 yıl) ve %40,0'ı evre 2 böbrek yetmezliği tanısı ile izlenmektedir. Başvuru nedeni olarak %50,3'ü diğer polikliniklerden yönlendirildiğini ve %15,5'i şikayet olarak yorgunluk ve ağrı yaşadığını ifade etmiştir.

Hastaların %56,1'inin hastalıklarının nedenini bilmediği, %81,9'unun ailesinde KBH'nın olmadığı, çoğunluğunun (%92,9) ilaçlarını düzenli kullandıkları ve %93,5'inin reçetesiz ilaç kullanmadıkları tespit edilmiştir. Hastaların %70,3'ü diyetleri hakkında bilgi sahibi olduklarını, %43,2'si diyetinde az tuz kullandığını belirtmişlerdir.

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri (N=155)

Özellikler	Ort±SS	Min.-Max.
Yaş	64,96±12,83	27-90
Kan basıncı (mmHg)		
Sistolik kan basıncı	139,09±25,61	90-220
Diastolik kan basıncı	82,06±14,21	50-160
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	67	43,2
Erkek	88	56,8
Eğitim		
Okuryazar değil	25	16,1
İlköğretim	100	64,5
Lise	17	11,0
Üniversite ve üstü	13	8,4
Sigara kullanma durumu		
Evet	18	11,6
Hayır	76	49,0
Bırakan	61	39,4
BKİ		
Zayıf	3	1,9
Normal	31	20,0
Kilolu	61	39,4
Fazla kilolu/obez	60	38,7
Başvuru nedeni		
Poliklinikten yönlendirme	78	50,3
Yorgunluk ve ağrı	24	15,5
Diğer nedenler	53	34,2
Kronik hastalık olma durumu		
Evet	144	92,9
Hayır	11	7,1
Kronik hastalık ismi(n=144)		
Hipertansiyon	63	43,8
Hipertansiyon ve diyabet	40	27,8
Diğer hastalıklar	41	28,4
Hastalığının nedenini bilme durumu		
Evet	68	43,9
Hayır	87	56,1
Reçetesiz ilaç kullanma durumu		
Evet	7	4,6
Hayır	145	93,5
Bazen	3	1,9

Tablo 1 (devamı): Hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri (N=155)

Özellikler	n	%
Ailede KBH olma durumu		
Evet	28	18,1
Hayır	127	81,9
Düzenli ilaç kullanma durumu		
Evet	144	92,9
Hayır	7	4,5
Bazen	4	2,6
Diyet bilgi durumu		
Evet	109	70,3
Hayır	46	29,7
Tuz kullanımı		
Tuzlu	20	12,9
Az tuzlu	67	43,2
Tuzsuz	68	43,9
Tanı konulduğu zaman		
0-1 yıl	72	46,5
2-5 yıl	56	36,1
6-10 yıl	21	13,5
10 yıl ve üzeri	6	3,9
Evde tansiyon takibi		
Evet	117	75,5
Hayır	38	24,5
Kronik Böbrek Hastalığı evre		
Evre 1	3	1,9
Evre 2	62	40,0
Evre 3	44	28,4
Evre 4	34	21,9
Evre 5	12	7,8

Hastaların KBH evreleri ile bazı değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin veriler Tablo 2’de verilmiştir. Cinsiyet, eğitim durumu, BKİ ve sigara kullanıma durumu değişkenlerinin KBH evrelerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$); başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu, polikliniğe başvuru nedeni, ailede KBH olma, ilaçlarını düzenli kullanma ve diyeti hakkında bilgi sahibi olma değişkenlerinin ise KBH evrelerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tartışma

Çalışmamızda prediyaliz hastalarının risk faktörleri ve hastalıkla ilgili farkındalık düzeyleri değerlendirilmiştir. KBH’da ileri yaş önemli risk faktörlerindendir ve çalışmamızda yaş ortalaması ($64,96\pm 12,83$) yüksek bulunmuştur. Erkek cinsiyet risk faktörleri arasındadır, çalışmamızda da erkek hastaların daha fazla olduğu, KBH evrelerinin cinsiyet farklılığından etkilendiği saptandı. Nijerya’da 2017 yılında 150 olgu ve 300 kontrol deneklerin oluşturduğu retrospektif kohort böbrek hastalığı risk faktörleri çalışmasında da çalışmamıza paralel olarak erkek cinsiyet (%70,7) çoğunlukta bulunmuştur (10). Çalışmamızın aksine CREDİT çalışmasında kadın cinsiyet risk faktörü olarak bulunmuştur (4). Bu sonucun, popülasyon farklılığından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Literatüre göre risk faktörlerinden olan düşük eğitim düzeyi çalışmamızda yüksek (%64,5’i ilköğretim mezunu) bulunmuş olup KBH evrelerine göre de anlamlı bir fark saptanmıştır. Sırbistan’da 14.587 katılımcı ile yapılan bir çalışmada da çalışmamıza benzer olarak, KBH’nın düşük eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (11).

Aktif sigara kullanımı risk faktörlerindendir ancak çalışmamızda sigara kullanımı yüksek bulunmamıştır. Ancak sigara kullanımı ile KBH evreleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bundy ve arkadaşları tarafından 3939 katılımcı ile yapılan bir kronik böbrek yetmezliği kohort çalışmasında sigara kullanımı, mortalite riski ile ilişkili bulunmuştur (12). Stengel ve arkadaşlarının ABD ‘de yaşam tarzı davranışları ile KBH hastalığı arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yaptıkları çalışma sonucunda günde 1-20 sigara içenlerde hiç sigara içmeyenlere göre KBH riskinin daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (13).

Çalışmamızda BKİ ile KBH evreleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Fazla kilo/obezite KBH için önemli risk faktörlerindendir (4). Çalışmamızda da hastaların çoğunluğunu (%38,7) fazla kilolu/obez bireyler oluşturmaktadır. CREDİT çalışmasında obezite

Tablo 2: Kronik böbrek hastalık evresi ile bazı değişkenlerin karşılaştırılması (N=155)

	Evre 1		Evre 2		Evre 3		Evre 4		Evre 5		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet											15,225	0,004
Kadın	1	0,6	16	10,3	22	14,2	22	14,2	6	3,9		
Erkek	2	1,3	46	29,7	22	14,2	12	7,7	6	3,9		
Eğitim											28,494	0,005
Okur yazar değil	0	0,0	3	1,9	9	5,8	10	6,5	3	1,9		
İlköğretim	2	1,3	44	28,4	26	16,8	22	14,2	6	3,9		
Lise	1	0,6	4	2,6	8	5,2	2	1,3	2	1,3		
Üniversite ve üstü	0	0,0	11	7,1	1	0,6	0	0,0	1	0,6		
BKİ											22,193	0,035
Zayıf	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,9	0	0,0		
Normal	0	0,0	8	5,2	9	5,8	12	7,7	2	1,3		
Kilolu	2	1,3	28	18,1	18	11,6	10	6,5	3	1,9		
Fazla kilolu/obez	1	0,6	26	16,8	17	11,0	9	5,8	7	4,5		
Sigara kullanma											17,632	0,024
Evet	0	0,0	3	1,9	5	3,2	6	3,9	4	2,6		
Hayır	2	1,3	28	18,1	19	12,3	20	12,9	7	4,5		
Bırakan	1	0,6	31	20,0	20	12,9	8	5,2	1	0,6		
Başka kronik hastalık											14,226	0,076
Hipertansiyon	1	0,7	20	13,9	16	11,1	21	14,6	5	3,5		
Hipertansiyon ve diyabet	0	0,0	20	13,9	9	6,3	7	4,9	4	2,8		
Diğer hastalıklar	1	0,7	16	11,1	18	12,5	5	3,5	1	0,7		
Başvuru nedeni											3,780	0,876
Poliklinikten Yönlendirme	2	1,3	30	19,4	24	15,5	16	10,3	6	3,9		
Yorgunluk ve ağrı	1	0,6	10	6,5	5	3,2	5	3,2	3	1,9		
Diğer nedenler	0	0,0	22	14,2	15	9,7	13	8,4	3	1,9		
Ailede KBH durumu											4,884	0,299
Evet	1	0,6	11	7,1	4	2,6	9	5,8	3	1,9		
Hayır	2	1,3	51	32,9	40	25,8	25	16,1	9	5,8		
Düzenli ilaç kullanma											8,320	0,403
Evet	2	1,3	59	38,1	41	26,5	31	20,0	11	7,1		
Hayır	1	0,6	2	1,3	1	0,6	2	1,3	1	0,6		
Bazen	0	0,0	1	0,6	2	1,3	1	0,6	0	0,0		
Diyet bilgi durumu											6,941	0,139
Evet	2	1,3	40	25,8	28	18,1	28	18,1	11	7,1		
Hayır	1	0,6	22	14,2	16	10,3	6	3,9	1	0,6		

%20,1, Türk Nefroloji Derneği'nin yürüttüğü böbrek sağlığı otobüsü çalışmasında ise obezite %11,8 olarak bulunmuştur (4,9). İngiltere'de BKİ ve KBH riski üzerine yapılan bir araştırmada da çalışma sonuçlarımıza paralel olarak fazla kilolu olmanın KBH riskini artırdığı, obez olmanın ise bu riski önemli ölçüde artırdığı sonucuna varılmıştır (14). Japonyada yapılan bir çalışmada ise BKİ'nin genel popülasyondaki erkeklerde KBH gelişme riskinin artması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (15).

Kronik böbrek hastalığının bazı coğrafik bölgelerde prevalansı daha fazladır ve CREDIT çalışmasında Marmara bölgesi %19,7 prevalans

ile en yüksek riskli bölge olarak bulunmuştur (4). Çalışmamızda da %46,5'i yeni tanı almış hastalar olup oran oldukça fazladır. En fazla evre 2'de (%40,0) hasta mevcuttur.

Komorbid hastalık olarak en fazla HT (%43,8) bulunmuştur. Oyebisi ve arkadaşları tarafından 2018 yılında 456 katılımcı ile yapılan kronik böbrek hastalığı ve ilişkili risk faktörleri çalışmasında da HT yüksek oranda (%28,9) bulunmuştur (3). Böbrek sağlığı otobüsü çalışmasında hipertansiyonunun farkında olmayanlar %59,8 olarak bulunmuştur ve farkında olanların %64,9'unun kan basıncının kontrol altında olmadığı saptanmıştır (9).

Çalışmamızda hastaların %75,5'inin evde tansiyon takibi yaptığı, SKB ortalaması 139,09±25,61, DKB ortalaması ise 82,06±14,21 olduğu belirlenmiştir. Komorbid hastalıklardan DM önemli risk faktörlerindedir, çalışmamızda HT ve DM ikilisinin birlikteliği %27,8 oranında bulunmuştur. Almanya'da yapılan DEGS1 çalışmasında böbrek fonksiyonlarında bozulma prevalansı diyabetli hastalar için 2,25 kat, arteriyel hipertansiyonlu hastalar için 3,46 kat daha yüksek bulunmuştur (16). Bu sonuçlar HT'nu ve DM'lu olan hastalar için kan basıncı kontrolü ve iyi glisemik kontrolün önemini ve hastalara bu yönde eğitim verilmesinin de gerekliliğini göstermektedir.

Ailede KBH olması da risk faktörlerindedir ancak çalışmamızda, hastaların %81,9'u ailesinde KBH olmadığını ifade etmiştir. Bu sonuç bize KBH'nın farkındalığının düşük olmasından dolayı hastaların ailesinde KBH'nın olduğunu bilmediklerini düşündürmektedir.

Kronik böbrek hastalığı farkındalığı düşük, son evreye kadar belirti vermeyen sinsi seyreden bir hastalıktır. Çalışmamızda hastaların nefroloji polikliniğine geliş nedenlerini sorduğumuzda; %50,3'ü farkında olmadan geldiklerini, diğer polikliniklerden yönlendirildiklerini ifade etmiştir. Ataman ve ark.'nın 2014 yılında yapmış olduğu aile hekimlerinde kronik böbrek yetmezliği farkındalık çalışmasında bulunan sonuca göre hekimler, KBH'nın prevalansını olduğundan çok daha düşük görmekte idler (17). Ancak aile hekimlerinin farkındalığının yüksek olması, hastalığın erken teşhisi, önlenmesi ve ilerlemesinin durdurulması açısından önemlidir. Ayrıca çalışmamızda hastaların %56,1'i hastalıklarının nedenini bilmediğini belirtmişlerdir. Burada hasta farkındalığı da önemlidir.

Sonuç

Sonuç olarak KBH, risk faktörleri arasında yer alan erkek cinsiyet, başka bir komorbid hastalık, düşük eğitim düzeyi, fazla kilolu/obez olma durumu araştırmamızda çoğunluğu oluşturmaktadır. Çalışmamızda araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun hastalıklarının nedenini bilmediği ve başvuru nedeni olarak çoğunluğunun başka poliklinikten yönlendirildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlara dayanarak araştırmamıza katılan hastaların hastalıkları hakkında farkındalıklarının düşük olduğu

söylenbilir. Diyaliz ve transplantasyon maliyetlerinin getirdiği yükü azaltmak için bu hastalara gereken eğitim ve destek verilmeli, böylece son dönem böbrek yetmezliğine gidış azaltılmalıdır. Bu sonuçlar doğrultusunda gerekli tarama programları ve hasta eğitimlerinin planlanması ve özellikle DM ve HT hastaları başta olmak üzere tüm toplumun KBH konusunda bilinçlendirilmesi önerilebilir.

Kaynaklar

1. Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö. Kronik böbrek yetmezliğinde etyolojik değerlendirme. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2002; 24(2):62 -64.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı.(2014-2017). Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti; 2014. s.1-10.
3. Oyebisi OO, Okunola OO, Jaiyesimi AE, Arogundade FA, Adelaja MA, Erohibe CE, et al. Prevalence and pattern of chronic kidney disease and its associated risk factors in a Rural Community in South Western Nigeria. West Afr J Med. 2018; 35(2):109-116.
4. Süleymanlar G, Utaş C, Arınoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, et al. A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey-the CREDİT Study. Nephrol Dial Transplant. 2011; 26(6):1862-1871.
5. Saran R, Li Y, Robinson B, Abbott KC, Agodoa LYC, Ayanian J, et al. US renal data system 2015 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. Am J Kidney Dis. 2016;67(3)(suppl1):1-434.
6. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz Ve Trasplantasyon. Registry 2011. İstanbul 2012;1-4 (Güncelleme tarihi:22.10.2018; Erişim tarihi: 11.05.2017) Erişim adresi: http://tsn.org.tr/folders/file/tsn_registry_2_011.pdf
7. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Trasplantasyon Registry 2015. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları; 2016. s.1-6.

8. Tuot DS, Plantinga LC, Hsu CY, Powe NR. Is awareness of chronic kidney disease associated with evidence-based guideline-concordant outcomes?. *Am J Nephrol.* 2012; 35(2):191-197.
9. Türk Nefroloji Derneği Böbrek Sağlığı Otobüsü Tarama Sonuçları (İnternet) (Güncelleme tarihi:22.10.2018; Erişim tarihi: 18.05.2017)
Erişim adresi:
http://tsn.org.tr/folders/file/bobrek_sagligi_otobusu.pdf
10. Ladi-Akinyemi TW, Ajayi I. Risk factors for chronic kidney disease among patients at oabisi onabanjo university teaching hospital in sagamu, Nigeria: A retrospective cohort study. *Malawi Med J.* 2017;29(2):166-170.
11. Jovic D, Dimkovic N, Rakocevic I, Boricic K, Atanasijevic D, Vasic M. Prevalence and factors associated with self-reported kidney disease among serbian adults: results of 2013 national health survey. *Plos One.* 2018;12:1-18.
12. Bundy JD, Bazzano LA, Xie D, Cohan J, Dolata J, Fink JC, et al. Self-reported tobacco, alcohol, and illicit drug and progression of chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2018;13(10):993-1001.
13. Stengel B, Tarver-Carr ME, Powe NR, Eberhardt MS, Brancati FL. Lifestyle factors, obesity and the risk of chronic kidney disease. *Epidemiology.* 2003;14(4):479-487.
14. Herrington WG, Smith M, Bankhead C, Matsushita K, Stevens S, Holt T, et al. Body-mass index and risk of advanced chronic kidney disease: Prospective analyses from a primary care cohort of 1.4 million adults in England. *Plos One.* 2017; March 8:1-15.
15. Iseki K, Ikemiya Y, Kinjo K, Inoue T, Iseki C, Takishita S. Body mass index and the risk of development of end-stage renal disease in a screened cohort. *Kidney Int.* 2004;65(5):1870-1876.
16. Girndt M, Trocchi P, Scheidt-Nave C, Markau S, Stang A. The prevalence of renal failure. results from the german health interview and examination survey for adults, 2008-2011.(DEGS1). *Dtsch Arztebl Int.* 2016;113(6):85-91.
17. Ataman B, Gök Oğuz E, Turgutalp K, Kıyıkım AA, Özkayar N, Dede F, ve ark. Aile hekimlerinde kronik böbrek yetmezliği farkındalığının belirlenmesi. *Turk Neph Dial Transpl.* 2014;23(2):95-104.

Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi

Development of Students' Nepotism Perception Scale

Emine Nur ÇALIMLI¹, Fulya BATUHAN², Tuba BÜYÜKKAL³, Nurten KAYA⁴

ÖZ

Amaç: Kayırmacılık (nepotizm) günümüzde toplumsal yaşamın neredeyse her alanında kendini göstermektedir. Bu bağlamda öğrenciler arasında bazı öğrencilere daha fazla ayrıcalık tanındığına ilişkin yaygın bir inanç vardır ve bu konunun bilimsel bir kanıtı yoktur. Bu çalışma, öğrencilerin bazı kişilerin kayırıldığına ilişkin algılarının düzeyini ve etkileyen faktörleri belirleyecek araştırmalarda kullanılması için bir ölçek geliştirmek amacı ile metodolojik türde yapıldı.

Gereç-Yöntem: Araştırmanın evreni; İstanbul'daki Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinden (N=1900), örneklem ise tabakalı rastgele örneklem yöntemi ile belirlenen 385 (ölçek madde sayısının on katı ve artı beş yedek olmak üzere) öğrenciden meydana geldi. Literatürden, uzman ve öğrenci görüşlerinden yararlanılarak 38 maddelik taslak Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeği (ÖKALÖ) oluşturuldu. Kapsam (İçerik) Geçerliği (13 uzman görüşü), Yapı Geçerliği (Faktör Analizi), İç Tutarlık Analizi yöntemleri ile taslak ÖKALÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliği test edildi. Analizler sonucunda, 38 maddelik "Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeği" son halini aldı. Veriler Öğrenci Bilgi Formu ve taslak ÖKALÖ kullanılarak toplandı. Veriler toplanmadan önce gönüllük ilkesine özen gösterilerek öğrencilerden bilgilendirilmiş olur, ayrıca etik kurul izni ve çalışmanın gerçekleştirildiği fakültenin dekanlığından yazılı izin alındı.

Bulgular: Kapsam (İçerik) Geçerliği amacı ile uzmanlardan alınan görüşler taslak ölçeğin tüm maddelerinin kabul edilir nitelikte olduğunu gösterdi. Taslak ÖKALÖ'nün faktör analizi sonucunda toplam varyansın %64,91'ini açıklayan 38 maddeli tek faktörlü bir yapı oluştu. 38 maddeli ÖKALÖ'nün toplam puanda Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,96; madde-toplam puan korelasyonu 0,34-0,80 arasında; test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,81 bulundu.

Sonuç: Geliştirilen ÖKALÖ geçerlilik ve güvenilirliği oldukça yüksek, öğrencilerin kayırmacılık algısını belirlemede yeterli bir ölçme aracıdır.

Anahtar kelimeler: Geçerlik, güvenilirlik, kayırmacılık, üniversite öğrencileri

ABSTRACT

Purpose: Nepotism has begun to manifest itself in almost every aspect of social life today. On the other hand, there is a widespread belief among students that some students are granted more privileges and there is no scientific proof of this. This study was conducted in a methodological way with the aim of developing a scale for use in research that will determine the level of perceptions that students are favored by some people and the factors that affect them.

Materials and Methods: From the literature, expert opinion and student opinion were used to construct a 38-item draft of Nepotism Perception Scale of Students (NPSS). The validity and the reliability of the draft NPSS were tested with Scope (Content) Score (13 expert opinion), Structure Score (Factor Analysis), Internal Consistency Analysis methods. As a result of the analyzes, the 38 item " Nepotism Perception Scale of Students" was finalized. The universe of your research; The students from the Faculty of Health Sciences in Istanbul (N=1900) and the sample were 385 (ten times the number of items and plus five spare) determined by layered random sampling method. Data were collected using the Student Information Form and the draft NPSS. Before the data were collected, the students were informed by 220 taking care of the volunteer principle, and the written consent was

Geliş Tarihi/Received: 24.01.2019

Kabul Tarihi/Accepted: 24.04.2019

¹ Ebe, Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi, ORCID: 0000-0002-4583-7352

² Ebe, Amerikan Hastanesi, ORCID: 0000-0002-2548-3024

³ Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-7156-4706

⁴ Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0003-0414-3589

Sorumlu yazar /correspondence: Tuba Büyükkal, Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, tubabuyukkal@istanbul.edu.tr

*5.Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde (3-5 Mayıs 2018, Amasya) poster olarak sunulmuştur.

obtained from the ethics committee and the dean of the faculty where the study was carried out.

Results: Scope (Content) Opinions taken from the purpose and the experts showed that all items of the draft scale are acceptable. As a result of the factor analysis of the draft SCA, there was a one-factor structure with 38 items explaining 64.91% of the total variance. The total poverty Cronbach Alpha reliability coefficient of 38 items was 0.96, the item-total score correlation was 0.34-0.80 and test retest correlation was 0.81.

Conclusion: The developed NPSS validity and reliability is quite high, and it is an adequate measurement tool to determine students' perception of favoritism.

Keywords: Nepotism, reliability, university students, validity

Giriş

Kayırmacılık daha sık kullanılan ifadesi ile nepotizm; Türkçe'de örgütte akrabaların, tanıdıkların istihdam edilmesi, terfide adam kayırmaca anlamlarında kullanılmaktadır. Kavramın kökeni incelendiğinde, Latince'de 'nepos' kelimesinden türemekte ve yeğen anlamına gelmektedir. (1,2). Türk Dil Kurumu (TDK)'nun Güncel Türkçe sözlüğünde ise 'akraba ve yakın arkadaşları kayırma' olarak tanımlanmaktadır. (3) Ayrıca kayırmacılık kavramı için TDK Büyük Sözlük'te "belli bir birey, küme, düşünce ya da uygulamayı, bir başkasıyla karşılaştırıp aralarında bir seçim yapmak gerektiğinde nesnellikten uzaklaşıp yan tutma" tanımı yapılmaktadır.(4)

Kayırmacılık, iş hayatında ve özellikle aile şirketlerinde fazlaca dile getirilmektedir. Günümüzde ise toplumsal yaşamın neredeyse her alanında kendini göstermeye başlamıştır. Toplumda maalesef yaygın olarak kullanılan "tanışın varsa işin kolay", "akrabam olur", "yakınımdır" gibi deyimler ve değer yargıları kayırmacılık fiiline meşruiyet kazandırmaktadır Özellikle iş hayatında olmak üzere toplumun birçok kesiminde bu tarz söylemler giderek yaygınlaşmaktadır.(5,6,7)

Kayırmacılıkla ilgili literatürde birçok çalışma bulmak mümkündür. Bu alanda yapılan çalışmalar çoğunlukla iş hayatındaki ve örgütlerdeki nepotizm algısı ile etkileri üzerine yoğunlaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda genel olarak nepotizm algısının sonucu olarak; çalışan performansının kötü etkilendiği, çalışanların memnuniyet/doyum düzeylerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Ayrıca çalışanlar üzerindeki iş stresinin temel nedenlerinden birinin de kayırmacılık olduğu düşünülmektedir (7,8,9,10,11,12). Dinsel, kültürel etkenlerin kayırmacılık yapılmasında ve özellikle iş hayatındaki yönetim stillerinin seçiminde etkili olduğu görülmektedir (13). Bunun yanı sıra aile şirketlerinde aile üyelerine yapılan kayırmacılığın,

diğer çalışanlara göre işi daha çok sahiplenme durumu oluşturduğu için şirkete avantaj sağlayabildiği de düşünülmektedir (14,15).

Çalışma yaşamının içinde çeşitli meslek gruplarında kayırmacılık ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Öğretmenler arasında yapılan nitel bir çalışmada, yöneticilerin siyasi görüş, eş-dost, sendika, cinsiyet ve görevde yükselme konularında kayırmacılık yaptıkları ve kayırılan çalışanların okulda idareyle olan işlerini daha kolay halledebildikleri düşünülmektedir (16). Ancak öğretmenler arasında İstanbul ilinin bir semtinde yapılan başka bir çalışmada, çalışmaya katılan öğretmenler kurumlarında nepotizm yapılmadığını bildirmişlerdir (17). Hemşireler arasında nepotizm algısı ve bunun iş doyumunu ile olan ilişkisini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada, ülkemizde hemşirelik alanında iş bulma ve işe alım sürecinde sıkıntı yaşanmadığı için nepotizm algısının çok fazla oluşmadığı saptanmıştır. Ancak kurum içerisindeki durum incelendiğinde, hemşirelerin sahip oldukları çocuk sayısı, eğitim durumları ve görev yaptıkları birimler nepotizm algısı oluşturmada etkili olan durumlar olarak görülmektedir. Dolayısıyla kurum içerisinde bu algının oluşmasının iş doyumunu etkilediği saptanmıştır (18).

Kayırmacılık, hemen hemen tüm tarihi dönemlerde öğrenciler arasında konuşulan bir konu olmuş, fakat bu durum alan yazına yansıtılmamıştır. Diğer bir deyişle öğrenciler arasında bazı öğrencilere daha fazla ayrıcalık tanındığına ilişkin yaygın bir inanç vardır ve bu konunun bilimsel olarak bir kanıtı yoktur. Bu noktadan hareketle, üniversite öğrencilerinin kayırmacılık algılarını ve yordayıcılarını belirleyecek araştırmalarda kullanılmak üzere bir ölçeğin geliştirilmesi gerekliliği dikkate alınarak bu çalışma yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma; “Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeği”ni geliştirmek amacıyla metodolojik türde gerçekleştirildi.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni, İstanbul’daki bir devlet üniversitesinin fakültesinde öğrenimine devam eden 1900 öğrenciden oluştu. Araştırmanın örnekleme ise uzman görüşü sonuçlarına dayanan ölçeğin taslak şekli 38 maddeden oluştuğundan, madde sayısının en az on katı olan 380 öğrenciden meydana geldi. Araştırma kapsamına alınan verilerde kayıpların olacağı düşünülerek 5 öğrenci yedek olarak araştırmaya dâhil edildi. Sonuç olarak araştırma, tabakalı rastgele örnekleme yöntemi (tabaka ölçütü olarak bölüm ve sınıflar kullanıldı) ile seçilen 385 öğrenci üzerinde gerçekleştirildi. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; çalışmanın sürdürüldüğü fakültenin öğrencisi olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlendi. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde izinli ya da raporlu olan, kaydını donduran öğrenciler araştırmanın evrenine dahil edilmeden randomizasyon yapıldı.

Veri Toplama Araçları

Veriler, Öğrenci Bilgi Formu, taslak Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeği ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılarak toplandı.

Öğrenci Bilgi Formu: Öğrencinin yaşı ve cinsiyetini belirlemeye yönelik geliştirilen formdur.

Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeği (ÖKALÖ): Öncelikle ölçeğin geliştirilmesi için ilgili literatür (6,7,19,20) tarandı ve soru havuzu oluşturuldu. Ayrıca kayırmacılıkla ilgili yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlandı ve bu form kullanılarak uzman görüşmeleri yapıldı. Bu görüşmeler sonucunda soru havuzundan bazı sorular çıkarıldı veya eklemeler yapıldı. Literatür taraması ve yapılan uzman görüşmeleri sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda oluşturulan soru havuzu taslağı toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca ÖKALÖ, katılımcıların verilen ifadelerle karşılaşmada sıklık derecelerini belirlemeyi amaçlayan beşli likert tipinde hazırlandı. Ölçeğin cevaplanma seçenekleri “1-Asla katılmıyorum, 2-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Kısmen katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum” olarak belirlendi.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu: Araştırmaya katılacak kişilere araştırma hakkında anlayabilecekleri bir dil ile konunun önemi ve nasıl yapılacağını anlatan bu form, veri toplama aşamasında, araştırmaya katılan öğrencilerin, bilgilendirilmiş olurlarını almak için kullanıldı.

Veri Toplama Süreci

Madde Havuzu Oluşturma Aşaması: 5 aşamalı Likert tipindeki ölçeği hazırlamak için ilgili literatür (6,7,19,20) taraması yapıp madde havuzu oluşturuldu.

Uzman Görüşü Aşaması: Literatür taraması sonucu hazırlanan 44 maddelik taslak ölçek, kapsam geçerliliği açısından 13 uzman görüşüne sunulmuş ön elemeden geçirildi. Uzmanlardan her bir maddeyi “uygun değil, biraz uygun, uygun ve çok uygun” şeklinde değerlendirmeleri ve geri bildirimde bulunmaları istendi. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda benzer anlam ifade eden maddeler çıkartıldı. Buna göre ilk aşamada ölçek taslağı 44 maddeden oluşurken uzman görüşünden sonra 19, 22, 23, 24, 25, 27, 33 ve 39. maddeler çıkartılıp yeni iki madde daha eklenip toplam 38 maddeden oluşan taslak ölçek elde edildi. Uzman görüşüne ilişkin istatistiksel veriler bulgular bölümünde yer almaktadır.

Ön Uygulama Aşaması: Uzman görüşünden sonra yapılan düzenlemelerle 38 maddelik taslak ölçek formu, her bölüm ve her sınıftan bir kişi olmak kaydı ile ebelik, fizyoterapi ve rehabilitasyon, odyoloji ve sosyal hizmet bölümlerinden 4’er kişi, gerontoloji ve sağlık yönetimi bölümlerinden de 3’er kişi alınarak toplamda 22 kişilik gruba yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Ölçeğin cevaplanma süresi yaklaşık 15 dakika olarak saptandı. Maddelerin anlaşılabilirlik vb. özellikleri yönünden sorun saptanmayan ÖKALÖ’nün geçerlik ve güvenilirlik analizleri bu aşamadan sonra yapıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma süresince bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyulmuş olup bu doğrultuda bilgilendirilmiş olur formu ile özerklik, gizliliğin korunması, yeterli ve doğru eğitim hizmeti alma, zarar vermeme ve yararlılık ilkeleri ön planda tutuldu. Araştırmanın tüm aşamalarında İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu’na sadık kalındı. Araştırma kapsamına alınan öğrencilere, araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmanın amacı, süresi, araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak araştırmaya katılma

ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri ve elde edilen bilgilerinin sonuçlarının ancak kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği anlatıldı. Bu amaçla öğrencilerden yazılı ve sözlü olur alındı. Araştırmanın başlatılabilmesi için Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı (Tarih 08/03/2018, Sayı:10840098-604.01.01-E.8353).

Veri Analizi

Taslak ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS 21 (Statistical Package for Social science for Windows) paket program kullanıldı. Taslak ölçeğin kapsam (içerik) geçerliğinde Lawshe tekniği, yapı geçerliğinde (Faktör analizi) Temel Bileşenler analizi ve Varimax rotasyon yöntemi, Madde-Toplam Puan Analizi ve Test-Tekrar Test Puan ortalamaları Arasındaki Uyumluluğun Değerlendirilmesinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği, iç tutarlılığın belirlenmesinde Cronbach Alpha yöntemi kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş aralığı 17-48 yıl olup yaş ortalamasının 20,7 (SS=2,57), %80'inin kadın olduğu belirlendi. Bulgular "Ölçeğin Kapsam (İçerik) Geçerliliği", "Ölçeğin Yapı Geçerliliği: Faktör Analizi" ve "Ölçeğin Güvenirlik Çalışması" başlıkları altında ele alındı.

Ölçeğin Kapsam (İçerik) Geçerliliği

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde kapsam geçerlik indeksi kullanıldı. Bu amaçla 44 maddelik taslak ölçekte yer alan her bir madde; anlaşılabilirliği ve öğrencilerin kayırmacılık algısı yönünden içerik uygunluğu, 13 kişi tarafından değerlendirildi. Bunlardan 8'i üniversitelerde öğretim görevini sürdüren öğretim üyelerinden (1 Prof. Dr., 4 Doç. Dr. , 2 Dr. Öğr. Üyesi ve 1 Arş. Gör.) , 5'i öğrencilerden oluştu. Taslak ölçekte yer alan maddelerin puanlamasında; 1 puan, uygun değil; 2 puan, biraz uygun (maddelerin / ifadelerin uygun şekle getirilmesi gerekir); 3 puan, uygun (ancak ufak değişiklik gerekli); 4 puan, çok uygun olarak belirlendi. Uzman görüşleri dikkate alınarak elde edilen veriler sonucunda 44 maddelik ölçek taslağından 8 madde çıkarılıp 2 madde eklendi ve madde sayısı 38 olarak ölçeğin

son şekli oluşturuldu. 38 maddelik taslak ölçek tekrar uzman görüşüne sunuldu ve elde edilen puan ortalamaları 4'lü Likert tipi ölçek üzerinden değerlendirilip 3,58 (SS=0,59) bulundu. Aynı zamanda uzman görüşünden elde edilen veriler üzerinde Lawshe'nin içerik geçerliliği oranı hesaplandı. Bu oranının sonuçlarına göre ölçeğin tüm maddelerinin kabul edilebilir nitelikte olduğu belirlendi.

Ölçeğin Yapı Geçerliliği: Faktör Analizi

Uzman görüşleri alınan taslak ÖKALÖ'nün kapsam geçerliliğini belirlemek için gerçekleştirilen yapı geçerliliği, faktör analizi ile 385 öğrenci üzerinde test edildi. Faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanıldı. Yapılan açımlayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0,96 ve Barlett testi sonucu ileri düzeyde ($\chi^2=9874,271$, $p=0.000$) anlamlı bulundu ve örneklem sayısının yeterliğine karar verilerek analizlere devam edildi. Her faktörün öz değeri 1'in üzerinde idi. Ölçeğin faktör yük değerleri 0,40 olarak kabul edilmesi nedeniyle yapılan faktör analizinde toplam varyansın %64,91'ini açıklayan 38 maddeli tek faktörlü bir yapıya ulaşıldı (Tablo 1).

Ölçeğin Güvenirlik Çalışmaları

Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin iç tutarlılığı, 385 öğrenci üzerinde, Madde-Toplam Puan korelasyonu ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı belirlenerek analiz edildi ve sonuçlar Tablo 2'de gösterildi. Buna göre ölçeğin madde toplam puan korelasyonu 0,34-0,80 arasında bulundu. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri ise tüm maddelerde ve toplamda 0,96 olarak saptandı.

Ölçeğin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi, 30 kişi ile 15 gün arayla yapılan test-tekrar test ölçümleri verilerine göre yapıldı ve ÖKALÖ'nün test-tekrar test korelasyon katsayılarının, ölçeğin maddelerinde 0.02-0.74 arasında değiştiği ve toplamında bu değer 0.81 olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 1. Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Faktör Analizi Sonuçları (n=385)

Ölçeğin Maddeleri	Maddelerin Faktör Yükleri	Özdeğer	Faktörlerin Açıkladığı Varyans (%)
Öğrencilerin devamsızlık hakkını kullanmasında kayırmacılık yapılır.	0,795		
Öğrencilerin derse girmesi ve çıkmasında kayırmacılık yapılır.	0,813		
Kariyer sağlayacak etkinliklere katılacak öğrenciler seçilirken kayırmacılık yapılır.	0,680		
Öğrencilerin kılık kıyafetine göre kayırmacılık yapılır.	0,553		
Kayırlan öğrencilerin düşüncelerine daha fazla önem verilir.	0,604		
Her öğrencinin şikâyeti veya itirazı dikkate alınır.	0,720		
Öğrenciler, memleketlerine göre kayırılır.	0,677		
Her öğrenciye karşı aynı tutum ve davranış sergilenir.	0,751		
Öğrenciler arasında cinsiyet ayrımı yapılır.	0,664		
Öğrenciler, fiziki özelliklerine göre kayırılır.	0,720		
Öğrenciler, siyasi görüşlerine göre kayırılır.	0,681		
Sadece kayırılan öğrencilerin başarıları dile getirilir.	0,543		
Öğrenciler, üye oldukları kulüplere göre kayırılır.	0,538		
Öğrenciler, okuduğu bölümlere göre kayırılır.	0,638		
Alanında bilgi ve becerisi yüksek olan öğrenciler kayırılır.	0,670		
Okuldaki bazı öğrenci grupları kayırılır.	0,696		
Her öğrenciye eşit davranılmaz.	0,679		
Öğrenciler kişilik özelliklerine kayırılır.	0,578		
Mesleğiyle alakalı kongre ve sempozyumlara katılan öğrenciler kayırılır.	0,648	5,46	64,91
Sınıf temsilcisi ve yardımcısı gibi öğrenciler kayırılır.	0,641		
Kurum çalışanları ile ilişkisi iyi olan öğrenciler kayırılır.	0,701		
Derse aktif olarak katılan öğrenciler kayırılır.	0,599		
Öğretmenlerin özel gününü(doğum günü, öğretmenler günü vs.) unutmayan/kutlayan öğrenciler kayırılır.	0,516		
Önlisans tamamlama, DGS, yatay geçişli vb. öğrenciler kayırılır.	0,514		
Dersi önden dinleyen öğrenci kayırılır.	0,641		
Sosyal aktivitelerde görev alan öğrenciler kayırılır.	0,719		
Öğretmen ile ilişkisi iyi olan öğrenci kayırılır.	0,675		
Sürekli övgü, güzel söz, iltifat eden öğrenciler kayırılır.	0,619		
Öğretmenlerin tez, araştırma vb. çalışmalarına yardım eden öğrenciler kayırılır.	0,658		
Öğrenciler, mezun oldukları okul türüne göre kayırılır.	0,500		
Öğrenciler, cinsel tercihleri nedeni ile dışlanır.	0,648		
Ailesi yüksek mevkilerde olan öğrenciler kayırılır.	0,734		
Öğrenciler, sınıfla olan ilişkilerine göre kayırılır.	0,702		
Öğrenciler, takip ettikleri yayınlara göre kayırılır.	0,635		
Kurum yöneticisi ile ilişkisi iyi olan öğrenciler kayırılır.	0,701		
Öğrenciler, mezuniyet sonrasındaki hedeflerine göre kayırılır.	0,596		
Öğrenciler, yutr dışı deneyimlerine göre kayırılır.	0,641		
Öğretmenler ile sosyal medya hesaplarından iletişim kuran öğrenciler kayırılır.	0,575		

Tablo 2. Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyonu ve Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Değerleri (n=385)

Ölçeğin Maddeleri	Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Cronbach Alpha	Test-Tekrar Test Korelasyonu
Öğrencilerin devamsızlık hakkını kullanmasında kayırmacılık yapılır.	0,51	0,96	0,48
Öğrencilerin derse girmesi ve çıkmasında kayırmacılık yapılır.	0,51	0,96	0,27
Kariyer sağlayacak etkinliklere katılacak öğrenciler seçilirken kayırmacılık yapılır.	0,67	0,96	0,52
Öğrencilerin kılık kıyafetine göre kayırmacılık yapılır.	0,57	0,96	0,61
Kayırlan öğrencilerin düşüncelerine daha fazla önem verilir.	0,61	0,96	0,42
Her öğrencinin şikâyeti veya itirazı dikkate alınır.	-0,34	0,96	0,25
Öğrenciler, memleketlerine göre kayırılır.	0,40	0,96	0,04
Her öğrenciye karşı aynı tutum ve davranış sergilenir.	-0,35	0,96	0,02
Öğrenciler arasında cinsiyet ayrımı yapılır.	0,58	0,96	0,58
Öğrenciler, fiziki özelliklerine göre kayırılır.	0,62	0,96	0,08
Öğrenciler, siyasi görüşlerine göre kayırılır.	0,66	0,96	0,11
Sadece kayırılan öğrencilerin başarıları dile getirilir.	0,65	0,96	0,27
Öğrenciler, üye oldukları kulüplere göre kayırılır.	0,63	0,96	0,51
Öğrenciler, okuduğu bölümlere göre kayırılır.	0,66	0,96	0,46
Alanında bilgi ve becerisi yüksek olan öğrenciler kayırılır.	0,71	0,96	0,68
Okuldaki bazı öğrenci grupları kayırılır.	0,80	0,96	0,22
Her öğrenciye eşit davranılmaz.	0,71	0,96	0,50
Öğrenciler kişilik özelliklerine kayırılır.	0,71	0,96	0,68
Mesleğiyle alakalı kongre ve sempozyumlara katılan öğrenciler kayırılır.	0,70	0,96	0,64
Sınıf temsilcisi ve yardımcısı gibi öğrenciler kayırılır.	0,76	0,96	0,67
Kurum çalışanları ile ilişkisi iyi olan öğrenciler kayırılır.	0,76	0,96	0,70
Derse aktif olarak katılan öğrenciler kayırılır.	0,66	0,96	0,65
Öğretmenlerin özel gününü(doğum günü, öğretmenler günü vs.) unutmayan/kutlayan öğrenciler kayırılır.	0,65	0,96	0,81
Önlisans tamamlama, DGS, yatay geçişli vb. öğrenciler kayırılır.	0,54	0,96	0,43
Dersi önden dinleyen öğrenci kayırılır.	0,55	0,96	0,49
Sosyal aktivitelerde görev alan öğrenciler kayırılır.	0,74	0,96	0,67
Öğretmen ile ilişkisi iyi olan öğrenci kayırılır.	0,76	0,96	0,70
Sürekli övgü, güzel söz, iltifat eden öğrenciler kayırılır.	0,74	0,96	0,65
Öğretmenlerin tez, araştırma vb. çalışmalarına yardım eden öğrenciler kayırılır.	0,73	0,96	0,66
Öğrenciler, mezun oldukları okul türüne göre kayırılır.	0,61	0,96	0,53
Öğrenciler, cinsel tercihleri nedeni ile dışlanır.	0,56	0,96	0,58
Ailesi yüksek mevkilerde olan öğrenciler kayırılır.	0,67	0,96	0,56
Öğrenciler, sınıfla olan ilişkilerine göre kayırılır.	0,77	0,96	0,64
Öğrenciler, takip ettikleri yayınlara göre kayırılır.	0,68	0,96	0,32
Kurum yöneticisi ile ilişkisi iyi olan öğrenciler kayırılır.	0,74	0,96	0,48
Öğrenciler, mezuniyet sonrasındaki hedeflerine göre kayırılır.	0,69	0,96	0,70
Öğrenciler, yurt dışı deneyimlerine göre kayırılır.	0,69	0,96	0,66
Öğretmenler ile sosyal medya hesaplarından iletişim kuran öğrenciler kayırılır.	0,70	0,96	0,74
Toplam		0,96	0,81

Tartışma

Günümüzün önemli sorunlarından biri olan kayırmacılık; bireylerin kişisel özelliklerine, bilgi ve becerilerine bakılmaksızın gerek kamu gerekse özel sektörde kendini göstermektedir. Bu bağlamda da üniversite öğrencilerinde kayırmacılığa ilişkin etkiler gözlemlenebilmektedir. Bu gözlemlerin kanıt ve tartışılabilir olması amacı ile geliştirilen ÖKALÖ'nün psikometrik uygunluğu "Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Geçerliliği", "Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi)" ve "Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Güvenirliği" başlıkları altında tartışıldı.

Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Geçerliliği

Geçerlilik (validity); bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı kuram, kavram ya da değişkeni ne derecede kapsamlı ve doğru ölçümler yaptığını gösterir. Çok doğru ölçümler yapan bir aracı, araştırmacının ölçtüğünü düşündüğü değişkeni tam olarak ölçüp ölçmediğini kanıtlamaz. Bu nedenle ölçeğin geçerli olabilmesi için en önemli koşulu güvenilir olmasıdır. Geçerlilik ve güvenilirlik birbirinden bağımsız olarak düşünülmemeyen iki önemli niteliktir. İçerik-kapsam geçerliliği, bir ölçekte bulunan maddelerin, ölçeğin amacına uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılır (21,22). Ölçeğin kapsam geçerliliği çözümlemesinde, uzman görüşüne dayalı nitel çalışmalar, nicel çalışmalara dönüştüren iki yöntem kullanılır: Lawshe Tekniği ve Dawis Tekniği (23). Lawshe Tekniği kullanılarak yapılan bu çalışmada, uzmanların değerlendirilmesine başvurularak ölçeğin bazı maddelerinde düzenlemeler yapıldı. Bununla birlikte aynı anlamı ifade eden sekiz madde çıkartılıp, uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğe iki madde eklendi. Sonuç olarak Lawshe içerik geçerliliği oranları ve uzmanların ölçeğin maddelerine ilişkin önerileri doğrultusunda taslak ölçeğin madde sayısı 38 olarak belirlendi.

Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Yapı Geçerliliği (Faktör Analizi)

Yapı geçerliliği, taslak ölçeğin ölçüm aracındaki maddelere verdiği tepkiler arasında belli bir düzenin olup olmadığını ortaya koyar. Ölçeğin

incelenmesinde en güçlü yöntem olan yapı geçerliliği, aynı nitelikteki maddelerin daha az sayıda faktörle yapılmasına olanak sağlar (24,25). Ayrıca örneklem büyüklüğünü değerlendirmek amacıyla, Kaiser-Meyer Olkin (KMO) testinin değerine bakılır. Örneklem büyüklüğünün yeterli olması için KMO testinin oranı 0.5'in üzerinde olması gerekir ve bu oran 1'e yaklaştıkça mükemmel olarak değerlendirilir (26). Bu çalışmada Kaiser-Meyer Olkin testi oranı 0,96 ve Barlett testi sonucu ileri düzeyde ($\chi^2=9874,271$, $p=0.000$) anlamlı bulundu. Bu değerlere göre örneklem sayısı faktör analizini yapabilmek için yeterlidir.

Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeği taslağının faktör yük değeri 0,40 olarak kabul edilerek yapılan faktör analizinde toplam varyansın %64,9'ini açıklayan 38 maddeli tek faktörlü yapıya ulaşıldı.

Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Güvenirliği

Bir ölçme aracının güvenirliliği, aracın ölçmek istediği değişken ile ölçme sonuçlarının homojen olmasına ve hatalardan arınmış olmasına dayanır. Ölçme aracının geçerli olabilmesi için güvenilir olması gerekir. Geçerlilik ve güvenilirlik, ölçüm araçlarında aranan temel niteliklerdendir. Ölçme aracının iç tutarlılığı (internal consistency), belirli bir amaç doğrultusunda birbirinden bağımsız birimlerden oluşan ve bir bütün içinde eşit olarak yer almasına dayanır. İç tutarlılığın güvenirliliğinde Alpha kat sayısı (Cronbach Alpha) ve Madde-Toplam Puan Korelasyon yöntemleri kullanılır (21,23,24,27). Bu ölçekte, maddelerin iç tutarlılığını ortaya koymak için Cronbach Alpha kat sayısı ve madde analizi/madde-toplam puan korelasyon kat sayıları hesaplandı. Faktör analizi sonucunda 38 maddeli taslak ölçeğin güvenirliliğini ortaya koymak için Cronbach Alpha kat sayısı 0,96 olarak saptandı. Ölçeklerin güvenirliliğini sınamak için kullanılan Cronbach Alpha güvenirlilik kat sayısı 0,40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, 0,40-0,59 arası düşük güvenirlilikte, 0,60-0,79 arası oldukça güvenilir, 0,80-1,00 ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (27). ÖKALÖ'nün Cronbach Alpha kat sayısının 0,96 olması ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Bir diğer güvenirlilik yöntemi olan zamana göre değişmezlik, aynı örneklem grubuna aynı koşullar altında ve belirli zaman aralığında iki kez

uygulanarak aynı sonuca dolayısıyla da yüksek korelasyon kat sayısına ulaşılmasıdır. ÖKALÖ'nin test-tekrar test korelasyon kat sayılarının ölçeğin maddelerinde 0,02-0,74 arasında değiştiği ve ölçeğin toplam değerinde 0,81 olduğu bulundu. Literatürde korelasyon kat sayıları 0,00-0,25 arasında değerler çok zayıf, 0,26-0,49 arasında zayıf, 0,50-0,69 arasında orta, 0,70-0,89 arasında yüksek 0,90-1,00 arasında çok yüksek korelasyon kat sayı gücünü göstermektedir (28). Elde edilen veriler, bu literatür bilgisi ile incelendiğinde korelasyon katsayısı 0.25'in altında kalan 4 soru maddesi güvenilirliği test etmenin diğer bir yöntemi olan iç tutarlılıkta istenen sınırlarda bulunduğu için bu soru maddesinin ölçekte kalması uygun görüldü. Sonuç olarak ÖKALÖ'nün dört soru maddesi dışındaki tüm maddelerinin ve toplamının puanlarının zamanla değişim göstermediği saptandı.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma sonucunda Öğrencilerin Kayırmacılık Algısını belirlemede kullanılabilecek ÖKALÖ geliştirildi. ÖKALÖ 5'li likert tipinde ("1-Asla katılmıyorum, 2-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Kısmen katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum" olmak üzere) bir ölçektir. Ölçekte iki adet ters kodlanması gereken ifade bulunmaktadır (6. ve 8. soru maddeleri). Ölçekten elde edilebilecek toplan puan 38-190 arasında değişmektedir ve yüksek puan öğrencinin kayırmacılık algısının yüksekliğine işaret etmektedir. Bu çalışmada ölçek formunun 38 maddeden oluşması, madde sayısının fazla olması olarak görülüp bir sınırlılık olarak tanımlanabilir. Bu sebeple ÖKALÖ'nün daha kısa ve kolay uygulanabilecek kısa formunun geliştirilmesi önerilebilir.

Kaynaklar

- 1.Kiechel, W. How to Relate to Nepotism, Fortune, 1984; 143-144.
- 2.Özler, H. & Gümüştekin, G. E. Aile işletmelerinde nepotizmin gelişim evreleri ve kurumsallaşma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,2007; 1(17),: 437-450.
- 3.Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlüğü.(Erişim tarihi 21.01.2019) Erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c45a7e63c7e22.16050661
- 4.Türk Dil Kurumu, Büyük Türkçe Sözlüğü.(Erişim tarihi 21.01.2019) Erişim adresi:

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5c45bdd7ced391.12177557

- 5.Özkanan, A. & Erdem, R. Yönetimde kayırmacı uygulamalar: kavramsal bir çerçeve. Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences, 2014; 20(2): 179-206.
- 6.Asunakutlu, T., & Avcı, U. Aile işletmelerinde nepotizm algısı ve iş tatmini ilişkisi üzerine bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.2010; 15(2): 93-109.
- 7.Büte, M., & Tekarslan, E. Nepotizm'in çalışanlar üzerine etkileri: aile işletmelerine yönelik bir saha araştırması. AİBÜ-İİBF Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi; 2010, 6(1):16.
- 8.Ak, M., & Sezer, Ö. Kamu Personel Sisteminde Çalışanların Görevde Yükselmesinde Kayırmacılık Sorunu. Suleyman Demirel University Journal Of Faculty Of Economics & Administrative Sciences. 2018; 23.
- 9.Lokaj, A. S. Nepotism as a negative factor in organization performance. AJIS, 2015; 4(1): 9.
- 10.Araslı, H. & Tümer, M. Nepotism, Favoritism and Cronyism: A Study of Their Effects on Job Stress and Job Satisfaction In The Banking Industry of North Cyprus. SBP, 2008; 36 (9): 1237-1250.
- 11.İşçi, E. Taştan, S. B. & Kozal, M. A. Örgütlerde kurumsallaşma düzeyinin nepotizm üzerine etkisinin incelenmesi: hastane çalışanları örneği. Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi, 2013; 1(3): 61-83.
- 12.Özkanan, A. & Erdem, R. Yönetimde kayırmacı uygulamalar üzerine nitel bir çalışma. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2016; 2(4): 7-28.
- 13.Caputo, A. Religious motivation, nepotism and conflict management in Jordan. International Journal of Conflict Management, 2018; 29(2): 146-166.
- 14.Firfiray, S., Cruz, C., Neacsu, I., & Gomez-Mejia, L. R. Is nepotism so bad for family firms? A socioemotional wealth approach. HRMR, 2018; 28(1): 83-97.
- 15.Dökümbilek, F. Aile şirketlerinde nepotizm ve bir araştırma. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010.

16. Argon, T. Öğretmen görüşlerine göre ilkokullarda yöneticilerin kayırmacılık davranışları. *Kastamonu Education Journal*,2016; 24(1): 233-250.
- 17.Tabancalı, E. İlköğretim Okullarında Kayırmacılık. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2018; 10(2).
- 18.Özil, H. E. Hemşirelerde Nepotizm Algısı ve İş Doyumu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,2018.
- 19.Erdem, M., & Meriç, E. Okul yönetiminde kayırmacılığa ilişkin ölçek geliştirme çalışması. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 2012; 2(2): 141-154.
- 20.Meriç, E., & Erdem, M. İlköğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin algılarına göre okul yönetiminde kayırmacılık. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 2013; 3(3): 467-498.
- 21.Erefe, İ. Hemşirelikte araştırma: İlke süreç ve yöntemleri. *Odak Ofset, İstanbul*. 2002; 169-188.
- 22.Karakoç, F. Y., & Dönmez, L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *TED*. 2014; 40(40): 39-49.
- 23.Çam, M. O., & Baysan-Arabacı, L. Tutum Ölçeği Hazırlamada Nitel ve Nicel Adımlar. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 2010; 12(2): 59-71.
24. Tavşancıl, E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. *Nobel Yayıncılık, Ankara*, 2002.
- 25.Önler, E., & Varol Saraçoğlu, G. Hemşirelikte meslek seçimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2010; 3(2): 78-85.
- 26.Patir, S. Faktör Analizi İle Öğretim Üyesi Değerleme Çalışması. *Ataturk University Journal of Economics & Administrative Sciences*, 2009; 23(4): 73.
- 27.Akgül, A., & Çevik, O. İstatistiksel Analiz Teknikleri. *Emek Ofset, Ankara*,2005.
- 28.Akgül, A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS Uygulamaları”. 2. Basım, *Emek Ofset Ltd. Şti., Ankara*, 382-390, 2003.

Sağlıklı Ergen ve Engelli Kardeşler Arasındaki İlişkinin Aile İşlevlerinden Etkilenme Durumunun İncelenmesi

Examination of the Condition of Influence of Family Functions on Relationship Between Healthy

Adolescents and Their Disabled Siblings

Meltem KÜRTÜNCÜ¹, Nurten ARSLAN²

ÖZ

Amaç: Engelli bir çocuğun anne-baba çocuk ilişkileri, ebeveynlerin normal gelişim gösteren çocuğa karşı tutumu ve beklentileri, ebeveynlerin aile işlevselliği, çocuğun özellikleri, çocukların engelli kardeşe uyumlarını, gösterdikleri duygusal ve davranışsal tepkilerini etkileyebilmektedir. Bu araştırma; engelli çocuğa sahip ailelerde sağlıklı ergen çocuklar ve engelli kardeşler arasındaki ilişkinin aile işlevlerinden etkilenme durumunun incelenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı olarak 14 Nisan-14 Mayıs 2016 tarihleri arasında Zonguldak merkezindeki dört özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde 125 çocuk ve bunların anne-baba-normal kardeşleri ile gerçekleştirildi. Veriler, Genel Bilgi Formu, Kardeş Problemleri Anketi (KPA), Schaeffer Kardeş Davranışı Değerlendirme Ölçeği (ŞKDDÖ)- Kardeş Formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ile toplandı.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen sağlıklı ergenlerin; %57,5'i kız ve %61,7'si 10-14 yaş grubundadır. Engelli kardeşlerin; %60'ı erkek ve %72,5'i 6-12 yaş grubunda, %47,5'i zihinsel engelli ve %53,3'ü orta eğitim seviyesindedir. Annelerin; %65,8'i 35-44 yaş, %66,7'si ilköğretim mezunu ve %94,2 ev hanımıdır. ADÖ-KPA karşılaştırmalarında; problem çözme anne ve baba alt boyutu ve davranış kontrolü anne alt boyutu hariç tüm boyutların puanları arttıkça KPA toplam puanı azalmaktadır. ŞKDDÖ-KPA karşılaştırmalarında; nazik olma, birliktelik-İlgili olma ve empati alt boyutu puanları arttıkça KPA toplam puanı artmakta, uzak durma-çekinme alt boyutu puanı arttıkça KPA toplam puanı azalmaktadır. ADÖ-ŞKDDÖ karşılaştırmalarında; ADÖ alt boyutları ve ŞKDDÖ alt boyutları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışma ile sağlıklı ergen ve engelli kardeşler arasındaki kardeş ilişkilerinin kardeş problemleri ve aile işlevlerinden etkilendiği saptandı. Kardeş ilişkilerinin artırılması için aile işlevlerinin artırılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Aile İşlevselliği, Engelli Çocuk, Engellilik, Kardeş İlişkileri, Sağlıklı Ergen.

ABSTRACT

Purpose: The variables like parent-child relationship of disabled children, the attitude and expectation of healthy adolescents, family functionality of parents and characteristics of the children may affect emotional/behavioral responses and harmony between healthy adolescents and disabled siblings. The aim of this study was to investigate the relationship between healthy adolescent children and disabled siblings in families with handicapped children.

Materials and Methods: In this descriptive study that was conducted at four special education centers located in Zonguldak province between April 14th and May 14th with 125 disabled children, 125 their parents and 125 healthy developing siblings. It was aimed to evaluate family functionality and its influence on sibling relations and sibling problems. The data for the study was gathered through General Information Form, Sibling Problems Questionnaire (SPQ), Schaeffer Sibling Behavior Rating Scale (SSBRS)-Sibling's Form and Family Assessment Device (FAD).

Results: 57.5% of healthy adolescents were female and in 10-14 age group. 60.0 % of disabled siblings were male. 47.5% mental disabled and 53.3% have the education level through secondary school. 65.8% of mothers were in 35-44 age group. 66.7% graduated from primary school and 94.2% were housewives. 54.2% of fathers were 35-44 age group, 39.2% were primary school graduate and 50.0 % of them were workers. In comparison of

Geliş Tarihi/Received: 04.02.2019

Kabul Tarihi/Accepted: 26.02.2019

¹Doç.Dr., Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD
ORCID: 0000-0003-3061-5236

²Uzm. Hemş., Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı ORCID: 0000-0003-1980-5661

Sorumlu yazar /correspondence: Meltem Kürtüncü, Doç. Dr, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Sağlık Bilimleri Kampüsü Abaz Mevki, Esenköy-Kozlu, Zonguldak, Türkiye, e-mail: meltempekkurtuncu@gmail.com

FAD-SPQ total point of SPQ had been decrease in the subscales point of FAD increase; except maternal/paternal dimension of behaviour control subscales. In comparasion of SSBRS-SPQ sobscale point of SSBRS on being kind, synergy-being connected and empathy had been increased as well as SPQ total point increase, on the other hand abstienence-restraint subscale point of SSBRS had been increased as weel as total point of SPQ increase. In comparasion of FAD-SSBRS statistically significant relationship was found.

Conclusion: In this study, it was determined that sibling relationships between healthy adolescent and disabled siblings were affected by sibling problems and family functions. It is advisable to increase family functions to increase brotherly relationships.

Keywords: Adolescent Health, Disabilities, Disabled Children, Family Functionality, Sibling Relations.

Giriş

Engellilik; genellikle kişinin ya da ailelerin kontrolü dışında meydana gelen bir durum sonucunda gerçekleşen yetersizlik veya özür durumudur. Yetersizlik ya da özür ile gelişen engellilik durumunda kişiden beklenen roller kısıtlanır veya yerine getirilemez (1,2). Engellilik, yetersizlik ve özür lülüğün psikososyal sonuçlarını içeren, kronik ve süreğen hastalıklardan çeşitli organ bozukluklarına kadar bireyin yaşamını uzun süre etkileyen durumları kapsar (3).

Engellilik durumu bireyi ve aile üyelerinin tümünü ekonomik, sosyal ve psikolojik yönüyle etkiler. Temel işlevlerinden biri bir çocuğun dünyaya getirilmesi olan ailede, anne ve babalar dünyaya getirilen çocuğu ailenin ve toplumun beklentilerini karşılayacak şekilde yetiştirmeyi ve geleceğe yönelik çocuğuyla ilgili hayallerini gerçekleştirmeyi bekler. Aile bireyleri normal gelişim göstermeyen bir çocuğun doğumu ile tüm beklentilerinin yıkılmasıyla karşı karşıya kalır (4,5).

Çocuklarının engelli bir birey olarak dünyaya geldiğini öğrenen ailelerde şok, suçluluk, inkâr, derin keder ve kırgınlık gibi tepkiler görülür. Bu tepkiler gelecekte ne ile karşılaşılacağını bilememe, gelecek kaygısı, yakın çevrenin engelli çocuğa karşı tutumu ve bu tutumla yüzleşmekten kaçınma olarak görülebilir. Bu tür duygular yaşayan ailelerde kendine güven ve saygı duymada azalma gözlenebilir (2,5). Bu süreçte engelli bir çocuğa sahip olmaktan dolayı ebeveynler arası birbirlerini suçlama, ne yapacaklarını bilememe, uyum sorunları, aile içi ilişkilerin ve işlevlerinin etkilenmesi gibi durumları beraberinde getirebilir (1,6,7). Ünal ve Baran (5), Doğru ve Arslan (6) yapmış oldukları çalışmalarında engelli çocuğa sahip ailelerde aile işlevlerini değerlendirmiş ve engellik durumunun aileye maddi ve manevi yük getirdiği, ailelerin problem çözme ve rollerinde sorunlar yaşadığı sonucunu bulmuştur.

Ailede engelli çocuğun varlığı ve aile işlevlerinde bozulma ile birlikte sağlıklı ergenlerde duygusal ve davranışsal sorunlar yaşanabilir. Bu sorun kardeşler arası ilişkilerin farklılaşmasına neden olabilir (1,4). Altuğ Özsoy ve ark. (8) ve Feinberg ve ark. (9) çalışmalarında aile işlevlerinde sorun yaşayan ailelerde sağlıklı çocuklar ve engelli kardeşler arasında sorun yaşandığını, aile işlevselliği az olan ailelerde kardeş problemleri görüldüğü ve kardeşlerin birbirlerinden uzak durduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Çocuk için sosyal ve duygusal bir ortam olan ailede kardeş ilişkileri, ailenin işlevselliğinin devamının yanı sıra engelli çocuk ve sağlıklı ergenin birbiriyle olan uyumu ve sosyalliği açısından önemlidir (8-11). Çocuk ilk sosyalleşme deneyimini kardeşiyle yaşar. Sosyalleşme ile kardeşler arası ilişkisini geliştirir ve geleceğe yönelik ilk deneme yanımlarını bu sayede gerçekleştirir. Kardeşler arası ilişki sayesinde, gelecekteki sosyal ilişkilerini ve başa çıkma stratejilerini de geliştirir (4,11,14).

Kardeş ilişkileri, yaşamın doğumdan ölüme kadar geçen süreçte yaşam için gerekli olan hayatın her önemli dönemine, hem fiziksel hem de duygusal bağlarla bağlanmayı sağlar. Kardeşler yaşam boyu sürdüreceği bu kardeşler arası bağ sayesinde, deneyim ve beceri kazanır (7,8,15). Ancak engelli bir kardeşe sahip olan çocuklarda kardeşler arası ilişkide farklılıklar görülür. Engelli bir kardeşe sahip olan sağlıklı çocuklar bir yandan engellilikten kaynaklanan farklılığı anlamaya çalışırken diğer yandan yaşitlarına oranla daha fazla sorumluluk alır. Sağlıklı ergen engelli kardeşin varlığıyla başa çıkmaya ve duruma uyum sağlamaya çalışırken tepkileri zaman içerisinde değişebilir (4,7,15). Tepkisel ve duygusal farklılıkların yaşandığı, ilişkilerin kolay kurulup bozulduğu ve yakın çevresinin kolaylıkla etkisi altında kaldığı bir dönem olan ergenlik dönemindeki çocuk, engelli kardeşe olan

ilişkilerini sürdürürken sağlıklı bir aile ortamına ihtiyaç duyar (16,17). Ancak aile, engelli çocuğun özel gereksinimlerini karşılayabilmek ve sosyalleşmesini sağlayabilmek için engelli çocuğa gerekenden daha fazla ilgi ve hoşgörü gösterebilir. Bu durum kardeşler arasında uyum problemleri, kıskançlık, öfke, rekabet gibi duygusal tepkileri ortaya çıkarır (7,8,13). Aile içi uyumsuzluğa sebep olan aile tutumları, engelli bir çocuğa sahip olmanın getirmiş olduğu güçlüklerin artmasına ve aile işlevlerinde bozulmalara neden olabilir (7,17). Kim ve ark. (18) yaptığı çalışmada engelli kardeşe sahip sağlıklı ergenlerde kardeşler arası (7,15,19). Bu durum kardeşler arasındaki problemlerin artmasına, bunun yanı sıra anne ve babalarda aile işlevselliğinde bozulmalara neden olabilir. Literatür incelendiğinde engelli çocuk ailelerinde bakım yükü, depresyon, kaygı düzeyleri, ailelerin gereksinimleri, aile işlevselliğine yönelik çalışmalar mevcuttur (1-9,18). Ancak hem engelli hem de normal gelişim gösteren sağlıklı çocuğa sahip ailelerde aile üyeleri daha çok engelli çocuğun bakımı ile ilgilenmekte ve engelli çocuğunun gereksinimlerine göre vakit geçirmektedir. Sağlıklı çocuklardan ailelerine ve engelli kardeşine destek olmaları, kardeşine uyum sağlamaları ve destekleyici olmaları istenmektedir (1-9, 17). Ebeveynler engelli çocuğuna gereken ilgiyi gösterirken öte yandan sağlıklı çocuk geri planda kalabilir. Bu durum kardeşler arası ilişkilerin farklılaşmasına neden olabilir. Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma engelli çocuğa sahip ailelerde kardeşler arası ilişkinin belirlenmesi ve kardeş problemleri ve aile işlevselliğinin kardeş ilişkilerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulguların bu alandaki çalışmalara temel oluşturacağı ve konunun önemine dikkat çekeceği öngörülmektedir. Bu kapsamda çalışmada yanıt aranan sorular şunlardır:

- Engelli kardeşe sahip sağlıklı ergenler arasındaki kardeş problemleri ile kardeş ilişkileri arasında bir ilişki var mıdır?
- Engelli kardeşe sahip sağlıklı ergenler arasındaki kardeş problemleri ile aile işlevselliği arasında bir ilişki var mıdır?
- Engelli kardeşe sahip sağlıklı ergenlerin ailelerindeki aile işlevselliği ile kardeş ilişkileri arasında bir ilişki var mıdır?

ilişkinin, ebeveynler arasındaki iletişimin ve aile içindeki rollerin yerine getirilmesi ile olumlu yönde arttığını bulmuştur. Pears ve ark. (19) aile ilişkilerinin ve işlevselliğinin sağlıklı olduğu ailelerde, ergenlerin engelli kardeşi ile ilişkilerinde daha az kardeş problemleri yaşandığını belirtmiştir.

Engelli bir çocuğa sahip olmanın ailede yarattığı güçlüklerin yanı sıra aile işlevselliğinde bozulmaların olması, sağlıklı ergen ve engelli çocuk arasında problem davranışların varlığı ile aile içi uyumun sürekliliği sağlanamaz

Gereç ve Yöntem

Araştırma Tasarımı

Araştırma, tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri

Bu araştırma, Zonguldak ili merkez ilçesinde bulunan dört özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde yapılmıştır. Kurumlar pazar günü hariç haftanın altı günü eğitim vermektedir. Her rehabilitasyon kurumuna gelen özel eğitim ve rehabilitasyon öğrencileri kurumun servis aracıyla aileleri eşliğinde kuruma gidip gelmektedirler.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Zonguldak il merkezinde engelli çocuklara eğitim veren ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin tümü çalışmaya dahil edildi. Bu kurumlardaki toplam öğrenci sayısı 861 kişidir. Bu öğrencilerden rehabilitasyon merkezi müdürleri yardımıyla sağlıklı ergen kardeşe sahip engelli çocuk sayısı 142 olarak belirlendi. Çalışmanın evrenini 142 engelli çocuğun sağlıklı ergen kardeşleri, anne ve babaları olmak üzere toplam 426 kişi oluşturdu. Bu evrenden; çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden 125 engelli çocuğun normal gelişim gösteren ergen kardeşleri ile 125 engelli çocuğun annesi ve 125 engelli çocuğun babası örnekleme alındı. 16 engelli çocuğun normal gelişim gösteren sağlıklı ergen kardeşleri ile 16 engelli çocuğun annesi ve 16 engelli çocuğun babasına ön test uygulandı. Ön teste uygulanan toplam 48 anketten 6 kişinin anket verilerinin eksik olması nedeniyle ön teste dahil edilmedi. Ön testten elde edilen veriler ile herhangi bir veri formunda eksiklik bulunan katılımcıların verileri çalışmaya dahil edilmedi ve çalışma 360 kişi ile tamamlandı. Ön

çalışmada elde edilen verilerin araştırmaya dahil edilmemesi üzerine çalışmanın örnekleminin evreni temsil etme yüzdesi %84,5 olarak belirlendi.

Veri Toplama Araçları

Genel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan form engelli çocuğun; cinsiyeti, yaşı, doğum sırası, engelinin türü/tanısı, öğrenim durumu ve eğitim seviyesi değişkenleri ve sağlıklı ergenin; cinsiyeti, yaşı, doğum sırası, kardeş sayısı ve öğrenim durumunu içeren değişkenler yer almaktadır (7,8,9,13,20). Anne ve babaya ait bilgilerde ise; anne ve babanın yaşı, öğrenim durumları, meslek ve toplam aylık gelir gibi değişkenlerin bulunduğu toplam 19 soruluk bir formdur.

Kardeş Problemleri Anketi (KPA)

Anket, Taylor (1974) ve Mc Hale ve ark. (1986) tarafından geliştirilmiş ve Ahmetoğlu (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Form normal gelişim gösteren çocukların engelli kardeşleri ile yaşadıkları problemleri içeren 36 maddeden oluşmaktadır. Her madde “doğru” veya “yanlış” olarak işaretlenir. Her bir “doğru” yanıt 1, her bir “yanlış” yanıt ise 0 (sıfır) değerini alır. Anket formunda bazı maddeler tersine puanlanmıştır (7). Bu çalışmadaki örneklem grubunda anketin Cronbach's Alpha değerine bakıldı ve Cronbach's Alpha değeri ,717 olarak bulundu. Bu çalışma için KPA geçerli ve güveniliridir.

Schaeffer Kardeş Davranışı Değerlendirme Ölçeği (ŞKDDÖ)- Kardeş formu

Schaeffer-Edgerton (1979) tarafından hazırlanmış, Mc Hale ve ark. (1986) tarafından geliştirilmiş ve Ahmetoğlu (2005) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. ŞKDDÖ, sağlıklı çocukların engelli kardeşleriyle olan ilişkilerini değerlendiren bir ölçektir. Ölçek anne ve kardeş formu olarak uygulanır. 30 madde ve beş alt boyuttan oluşan ölçek hiçbir zaman, nadiren, bazen, sık sık ve her zaman şeklinde derecelendirilir. Ölçekte bazı maddeler tersine puanlanan maddelerdir. Form değerlendirilirken her boyut kendi içerisinde puanlanır ve her bir boyuttan alınan yüksek puanlar o boyuta ilişkin olumlu puanları gösterir (7). Bu çalışmadaki örneklem grubunda ölçeğin Cronbach's Alpha değerine bakıldı ve Cronbach's

Alpha değeri ,703 olarak bulundu. Bu çalışma için ŞKDDÖ geçerli ve güveniliridir.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

A.B.D.'de Brown Üniversitesi ve Buttler Hastanesi tarafından *Aile Araştırma Programı* çerçevesinde geliştirilmiş ve Bulut (1990) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (20). Ölçek ailenin işlevlerini hangi konularda işlevsel olduğunu belirleyen likert tipi, 60 madde ve yedi alt boyuttan oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Alt boyutlar; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir. Ölçeğin herhangi bir boyutundan alınan yüksek puan ailenin o işlevinin sağlıklı olduğunu gösterir (17). Bu çalışmadaki örneklem grubunda ölçeğin Cronbach's Alpha değerine bakıldı ve Cronbach's Alpha değeri ,868 olarak bulundu. Bu çalışma için ADÖ geçerli ve güveniliridir.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri çalışmanın yapıldığı üniversitenin Rektörlüğünden ve Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan gerekli izinler alındıktan sonra 14 Nisan-14 Mayıs 2016 tarihleri arasında örneklem kapsamına alınan katılımcıların bilgilendirilmiş onayları alındıktan sonra; Genel Bilgi Formu, Kardeş problemlerini değerlendirmek için KPA ve sağlıklı ergen çocuğun engelli kardeşe karşı hissettikleri duygu ve düşüncelerini belirlemek için ŞKDDÖ-Kardeş Formu yüz yüze görüşme yöntemi yoluyla araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde, SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistik için Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov-Smirnov dağılım testi kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda; parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup durumunda; parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişkilerin incelenmesinde Fisher ki kare ve Pearson ki kare

testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p<.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaların yürütülmesinde bilgilendirilmiş gönüllü olur formu doldurulmuştur. Örneklemeye alınan sağlıklı ergen, anne ve babalara, araştırmanın amacı ve kendilerinden ne beklediği araştırmacı tarafından açıklanarak, araştırmaya katılmaya karar vermede özgür oldukları, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri ve elde edilen bilgilerin sonuçlarının kimlik bilgileri gizli tutularak yayımlanabileceği açıklandı. Araştırmanın yapılabilmesi için Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (14/10/2015 tarihli 2015/08 sayılı) ve her kurum için ayrı ayrı kurum izni alınmıştır (Kurum 1:

29/03/2016 tarihli 11220 sayılı; Kurum 2: 13/04/2016 tarihli ve 6247 sayılı; Kurum 3: 14/04/2016 tarihli 6270 sayılı ve Kurum 4: 19/04/2016 tarihli 6440 sayılı izinler).

Bulgular

Çalışmaya katılan sağlıklı ergen ve engelli kardeşe ait sosyodemografik özellikler Tablo 1'de verildi. Sağlıklı ergenlerin %57,5'i kız, %61,7'si 10-14 yaş grubu arasında, %65,8'i ilk çocuk ve %38,3'ü ortaokul öğrenim durumuna sahiptir (Tablo 1). Engelli kardeşlerin %60'ı erkek, %72,5'i 6-12 yaş grubu arasında, %47,5'i zihinsel engelli, %37,5'i yalnızca zihin ve hareket özürlü çocuklar eğitim merkezinde özel eğitim programına devam etmektedir ve %53,3'ü orta engel seviyesine sahiptir (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlıklı Ergen ve Engelli Kardeşlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sağlıklı Ergen		n	%
Cinsiyet	Kız	69	57,5
	Erkek	51	42,5
Yaş	10-14 yaş	74	61,7
	15-17 yaş	30	25,0
	18 yaş	16	13,3
Kaçınıcı Çocuk	İlk çocuk	79	65,8
	Ortanca çocuk	30	25,0
	Son çocuk	11	9,2
Kardeş Sayısı	1 çocuk	2	1,7
	2 çocuk	63	52,5
	3 çocuk	47	39,2
	4 ve üstü çocuk	8	6,7
Öğrenim Durumu	İlkokul	26	21,7
	Ortaokul	46	38,3
	Lise	30	25,0
	Yüksekokul	8	6,7
	Okumuyor	10	8,3
Toplam		120	100
Engelli Çocuk		n	%
Cinsiyet	Kız	48	40,0
	Erkek	72	60,0
Yaş	6-12 yaş	87	72,5
	13-17 yaş	23	19,2
	18 ve üstü yaş	10	8,3
Engel Türü	Zihinsel Engelli	57	47,5
	Ortopedik Engelli	22	18,3
	Süreç Hastalık	15	12,5
	Otistik Engelli	26	21,7
Öğrenim Düzeyi	A	42	35,0
	B	33	27,5

	C	45	37,5
Eğitim Seviyesi	Ağır	22	18,3
	Orta	64	53,3
	Hafif	34	28,3
Kaçıncı Çocuk	İlk çocuk	17	14,2
	Ortanca çocuk	55	45,8
	Son çocuk	48	40,0
Toplam		120	100

A: Bir İlköğretim bünyesinde kaynaştırma programına ve merkezde özel eğitim takip programına devam ediyor.

B: Özel alt sınıf programına ve merkezde özel eğitim takip programına devam ediyor.

C: Yalnızca Zihin ve Hareket Özürlü Çocuklar Eğitim Merkezinde özel eğitim programına devam ediyor.

Tablo 2’de engelli çocuğun anne ve babasına ait sosyodemografik özellikler verildi. Buna göre annelerin %65,8’i, babaların %51,16’sı 35-44 yaş arasında, annelerin %66,8’i ve babaların

%39,2’si ilkokul mezunu, annelerin %92,4’ü ev hanımı ve babaların %50,0’ı işçi olarak dağılmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Engelli Çocuğun Anne ve Babalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik özellikler		Anne		Baba	
		n	%	n	%
Yaş	25-34 yaş	18	15,0	6	5,01
	35-44 yaş	79	65,8	65	51,16
	45-54 yaş	23	19,2	49	40,83
Öğrenim	İlkokul	80	66,7	47	39,2
Düzeyi	Ortaokul	16	13,3	31	25,8
	Lise	17	14,2	31	25,8
	Yüksekokul	7	5,8	11	9,2
Meslek	Ev Hanımı/İşsiz	113	94,2	11	9,2
	Memur	2	1,7	23	19,16
	İşçi	2	1,7	60	50,0
	Serbest Çalışan	3	2,5	13	10,83
	Emekli	0	0	13	10,83

Tablo 3’te ŞKDDÖ-KPA karşılaştırmalarında; nazik olma, birliktelik-İlgili olma ve empati alt boyutu puanları arttıkça KPA

toplam puanı artmakta, uzak durma-çekinme alt boyutu puanı arttıkça KPA toplam puanı azalmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlıklı Ergenlerin ŞKDDÖ-KPA Ölçek Toplam Puanlarına Göre Karşılaştırması

		n	KPA	
			r	P
ŞKDDÖ	Nazik Olma	120	0,242	0,008
	Uzak Durma-Çekinme	120	-0,255	0,005
	Birliktelik-İlgili Olma	120	0,228	0,012
	Empati	120	0,244	0,007
	Fiziksel Saldırganlık	120	-0,056	0,542

KPA: Kardeş Problemleri Anketi

ŞKDDÖ: ŞKDDÖ: Schaeffer Kardeş Davranışı Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4'te ADÖ-KPA karşılaştırmalarında; anne ve baba formlarında problem çözme alt boyutu ve anne formunda davranış kontrolü alt boyutu hariç tüm boyutların ADÖ puanları arttıkça KPA toplam puanı azalmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4'te ADÖ-ŞKDDÖ karşılaştırmalarında; ADÖ *problem çözme* alt boyutu anne ve baba formunda ŞKDDÖ *nazik olma* ve *uzak durma-çekinme* boyutlarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). ADÖ *iletişim* alt boyutu baba formunda ŞKDDÖ *fiziksel saldırganlık* alt boyutu hariç hepsinde ve anne formunda; *fiziksel saldırganlık* ve *uzak durma-çekinme* alt boyutları hariç hepsinde anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). ADÖ *roller* alt boyutunda anne ve baba formunda ŞKDDÖ tüm boyutlarında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,05$). ADÖ *duygusal tepki*

Verebilme alt boyutu baba formunda ŞKDDÖ *fiziksel saldırganlık* alt boyutu hariç hepsinde, anne formunda *fiziksel saldırganlık* ve *uzak durma-çekinme* alt boyutları hariç hepsinde anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). ADÖ *gereken ilgiyi gösterme* alt boyutunda; baba formunda ŞKDDÖ *uzak durma-çekinme* ve *fiziksel saldırganlık* alt boyutları hariç tümünde anlamlı farklılık varken anne formunda *birliktelik-İlgili olma* ve *empati* alt boyutlarında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). ADÖ *davranış kontrolü* alt boyutu anne ve baba formunda ŞKDDÖ *fiziksel saldırganlık* alt boyutu hariç tüm boyutlarda anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). ADÖ *genel işlevler* alt boyutunda baba formunda ŞKDDÖ tüm boyutlarda ve anne formunda *fiziksel saldırganlık* alt boyutu hariç tüm boyutlarda anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Anne ve Babaların ADÖ-ŞKDDÖ-KPA Ölçek Toplam Puanlarına Göre Karşılaştırılması

	ADÖ	ŞKDDÖ					KPA	
		Nazik Olma	Uzak Durma-Çekinme	Birliktelik-İlgili Olma	Empati	Fiziksel Saldırganlık		
Problem Çözme	r	-0,222	0,218	-0,104	-0,109	0,075	-0,063	
	p	0,015	0,017	0,257	0,236	0,415	0,495	
İletişim	r	-0,300	0,250	-0,327	-0,343	0,108	-0,303	
	p	0,001	0,006	<0,000	<0,000	0,238	0,001	
Roller	r	-0,346	0,317	-0,346	-0,362	0,262	-0,267	
	p	<0,000	<0,000	<0,000	<0,000	0,004	0,003	
Duygusal Tepki	r	-0,269	0,246	-0,416	-0,409	0,121	-0,417	
	p	0,003	0,007	<0,000	<0,000	0,188	<0,000	
Gereken İlgiyi Gösterme	r	-0,201	0,114	-0,282	-0,272	0,164	-0,308	
	p	0,027	0,215	0,002	0,003	0,074	0,001	
Davranış Kontrolü	r	-0,221	0,311	-0,286	-0,330	0,110	-0,336	
	p	0,015	0,001	0,002	<0,000	0,230	<0,000	
Genel İşlevler	r	-0,379	0,380	-0,435	-0,438	0,254	-0,393	
	p	<0,000	<0,000	<0,000	<0,000	0,005	<0,000	
ADÖ BABA	Problem Çözme	r	-0,188	0,190	-0,071	-0,151	0,090	-0,091

	p	0,039	0,037	0,440	0,100	0,327	0,323
İletişim	r	-0,234	0,152	-0,318	-0,359	0,026	-0,321
	p	0,010	0,097	<0,000	<0,000	0,777	<0,000
Roller	r	-0,396	0,239	-0,358	-0,349	0,237	-0,368
	p	<0,000	0,008	<0,000	<0,000	0,009	<0,000
Duygusal Tepki	r	-0,187	0,104	-0,362	-0,366	0,005	-0,348
Verebilme	p	0,041	0,260	<0,000	<0,000	0,956	<0,000
Gereken İlgiyi	r	-0,136	0,096	-0,263	-0,335	0,076	-0,250
Gösterme	p	0,138	0,299	0,004	<0,000	0,409	0,006
Davranış	r	-0,221	0,230	-0,196	-0,397	0,091	-0,165
Kontrolü	p	0,015	0,012	0,032	<0,000	0,323	0,070
Genel İşlevler	r	-0,205	0,254	-0,339	-0,371	0,094	-0,243
	p	0,025	0,005	<0,000	<0,000	0,309	0,008

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

KPA: Kardeş Problemleri Anketi

ŞKDDÖ: ŞKDDÖ: Schaeffer Kardeş Davranışı Değerlendirme Ölçeği

Tartışma

Çalışma, özel eğitim merkezlerinde rehabilitasyon programına devam eden engelli çocukların sağlıklı ergen kardeşleri ve aileleri ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre; kardeş davranışları ile kardeş problemleri arasında, aile işlevselliği ile kardeş davranışları ve kardeş problemleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Aile işlevselliği yüksek olan ailelerde kardeş problemleri daha az görülürken, aile işlevselliğinin kardeş davranışları arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlı bulundu.

Engelli bir kardeşin varlığı kardeşlerde zaman zaman öfke, kızgınlık, hayal kırıklığı, suçluluk gibi duyguların oluşmasına, zaman zaman da engelli kardeşinin geleceği için endişelenip kaygılanmasına sebep olabilir. Kardeşler, engellilikten kaynaklanan farklılıklara ilişkin duyarlı davranabilir ve engelli kardeşin gelişimini destekledikleri için öz yeterlilik ve gurur duyabilirler (4,7,15,30,31).

Yapılan çalışmalar sağlıklı çocuğun engelli kardeşine ilişkin olumlu algıları arttıkça kardeşleriyle yaşadığı problemlerin azaldığını, kardeş problemleri arttıkça kardeş davranışları arasında nazik olma tutumunun azaldığını göstermektedir (7,16,24,32). Engelli kardeşleriyle birlikte vakit geçiren sağlıklı ergenlerin kardeş ilişkilerinin olumlu yönde değiştiğini, sağlıklı çocukların engelli kardeşlerini desteklemeye başladığı ve ailelerin olumlu geri bildirimlerinin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (87,8,15,24,25). Kürtüncü ve Arslan (33), engelli kardeşler ve sağlıklı çocuklar arasındaki ilişkiyi

arttırmak için grup oyunları oynatmış ve kardeş ilişkilerinin pozitif yönde arttığını bulmuştur. Kao ve ark.(34) çalışmasında, sağlıklı ergenin engellilikten dolayı kardeşine karşı üzüntü ve empati duyduklarını ifade etmiştir. Sağlıklı ergenler engelli kardeşine karşı empati duyduklarını, kardeşleriyle nadiren film izlemek için vakit geçirdiklerini, kardeşine karşı nazik olduklarını belirtmişler. Ancak engelli kardeşin fiziksel saldırganlık gösterdiği durumlarda arkadaşları arasında utandıkları ve stres yaşadıklarını ifade etmişlerdir (34). Engelli çocuğun fiziksel saldırganlık gösterdiğinde sağlıklı ergenlerin engelli kardeşlerinden uzak durmaları çalışmamızla paralel niteliktedir. Shivers ve ark. (35) ve Petelas ve ark. (36)'nın yaptıkları çalışmalarda engelli kardeş ve sağlıklı çocuklar arasındaki kardeş ilişkisinin davranış problemleri ve anksiyeteye bağlı olarak azaldığını, Petelas ve ark. (36) kardeş ilişkilerinde bozulmaların orta ergenlik döneminde giderek arttığını saptamışlardır. Literatürden elde edilen araştırmalar, çalışmadan elde edilen kardeş problemleri ve kardeş ilişkilerine yönelik bulguları destekler niteliktedir.

Öte yandan çocuğun doğumundan itibaren en güvenli çevresi ailesidir. Aile, çocuğun büyüme ve gelişmesinden rol ve sorumluluklar üstlenmesine kadar geçen her süreçten sorumludur. Bu süreçte sağlıklı aile ilişkilerini yürüten ailelerde aile işlevlerinin iyi oluşu ile kardeşler arası ilişkiyi düzeltmekte ve kardeşler arasındaki problemleri azalmaktadır (7,8,15,16,18-23).

Aile sistemi içerisinde yaşanan problem varlığında aile üyelerinden biri diğerlerinin davranışlarını denetlemeye ve problemleri çözmeye çalışır. Annelerin problem çözme becerisinin babalara oranla yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (26,27). Annelerin aile içerisinde yaşanan problemlerin çözümüne yönelik sağlıklı müdahalede buldukları ve davranış kontrolü sağladıkları düşünülebilir. Kaygı, korku, stres gibi durumlarda engelli çocuk içinde bulunduğu durumdan dolayı, sağlıklı ergen ile iletişimini engelleyen durumlar yaşayabilir. Sağlıklı ergen böyle bir durumda engelli kardeşine karşı olumsuz bir tutum sergileyebilir. Aile içerisinde yaşanan bu tür değişiklik belirli bir sınırı aştığında, anne ya da baba buna tepki gösterebilir. Bu farklı gelişimsel süreç nedeniyle anne ve babaların problem çözme becerisi sağlıklı iki kardeşin sürecinde etkili olabilirken, engelli kardeş varlığında tek başına yetersiz kalabilir (28-30).

Feinberg ve ark. (9) çalışmasında engelli çocuklar, sağlıklı ergenler ve ailelerinin aile sistemleri ve kardeş ilişkilerini açıklamışlardır. Bu çalışmada aile-çocuk ilişkilerinden kardeş ilişkilerinin olumlu/olumsuz etkilendiği, aileler ve genç adölesanlar arasındaki gelişimsel krizlerin kardeş ilişkilerine olumsuz yansıdığı belirtilmiştir. Shivers ve ark. (35) annelerin anksiyete düzeylerinin ve problemlere olan yaklaşımının, kardeş problemlerine etki ettiğini bulmuştur. Petalas ve ark. (36) ailelerde duygusal destek azaldıkça kardeşler arası ilişkinin azaldığını ve kardeşler arası ilişkinin orta ergenlikte giderek arttığını belirtmiştir. McHale ve ark. (37) adölesan ve engelli çocuklar arasındaki kardeş ilişkilerini etkileyen etmenler üzerine bir çalışma yapmış, çalışmasında aile ilişkilerinin ve aile yapısı ve aile dinamiklerinin kardeş ilişkilerini etkileyen en büyük etmen olarak göstermiştir. Seltzer ve ark. (38) otizm bozukluğu olan çocukların adölesan kardeşleri ile ilgili bir çalışma yapmış ve çalışmasında ailede var olan problemlerin ve aile işlevselliğindeki sağlıksızlığın, kardeş problemlerine neden olduğunu bulmuştur. Literatürden elde edilen bulgular çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Literatür incelendiğinde; engelli çocuklara sahip ailelerin yaşamış olduğu güçlükler, bu ailelerde aile işlevselliğinin nasıl olduğu, sağlıklı çocuk ve engelli kardeşler arasındaki ilişkinin şekli ve aile işlevselleğinden kardeş ilişkilerinin

etkilenme durumunu inceleyen çalışmalar mevcuttur (5,7,15,24,36).Yapılan bir çalışmada; zihinsel engelli çocuğa sahip annelerinin çocuk yetiştirme tutumları ile sağlıklı çocukların engelli kardeşlerine yönelik davranışları arasındaki ilişki incelenmiş ve aşırı koruyucu anne boyutu ile nazik olma boyutunda anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlıklı çocuk engelli kardeşine karşı aşırı koruyucu davranan anneyi bu yönde model almakta ve engelli kardeşine karşı daha nazik davranabilmektedir (5). Altuğ Özsoy ve ark.'nın (8) yaptığı bir çalışmada; zihinsel engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadığı güçlükler incelenmiş ve ailelerin sağlıklı çocuklarına yeterince gereken ilgiyi gösterdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada ailelerin %41,8'i çoğu zaman çocuğun davranışını kontrol etmede güçlük yaşadıklarını, %23,6'sı yaşadıkları aile sorunları ile ilgili konuşma ve danışmanlık ihtiyacı hissettiklerini, sağlıklı çocukların %16,5'i kardeşleriyle uyum sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hem çalışma sonucuna hem de literatüre dayanılarak annenin normal gelişim gösteren çocuğuna gereken ilgiyi göstermesinin, normal sağlıklı çocuğun engelli kardeşine karşı empatik yaklaşabildiği, birlikte vakit geçirmede etkili olabileceği ancak nazik davranması için tek başına yeterli olmadığı düşünülebilir.

Altuğ Özsoy ve ark. (8) ve Ünal ve Baran'ın (5) çalışmalarında, aile işlevlerinde sorun yaşayan ailelerde kardeşlerin birbirlerinden uzak durduklarını bulmuştur. Üstdağ ve Bumin (15) yaptıkları çalışmasında sağlıklı çocuğun, engelli kardeşine uyum ve tepkilerini belli etmediğini, ancak kardeşinden uzak durduğunu saptamıştır. Kao ve ark. (34), engelli çocukların fiziksel saldırganlık göstermesi ile kardeş ilişkilerinin etkilendiğini belirtmiştir. Engelli bir kardeşin varlığı ile sağlıklı ergenlerin günlük yaşamlarında değişikliklere yol açtığı, uyum sorunları, sosyal sorunlar ve güçlükler yaşamalarına neden olduğu görülmektedir (7,25,31,37). Literatür bilgisine bakıldığında aile işlevlerinin kardeş ilişkilerinde olumlu ve olumsuz etkisi olduğu, sağlıklı çocukların engelli kardeşinden çekindikleri ve uzak durdukları sonucuna varılabilir.

Aile içi iletişim, aile işlevlerinin sağlıklı olarak yerine getirilmesinde önem kazanmaktadır. Ancak problem çözme becerisi, aile işlevlerinin etkili bir şekilde yerine getirilmesini sağlayan maddi ve manevi sorunların çözülebilmeye becerisidir.

Problem çözme becerisi sorunun engellenmesi, ortaya çıkışı ve çözümlenmesi aşamalarının tümünde etkilidir. Çocukların davranış problemleri göstermelerinde ve kardeşler arası ilişkilerinde, anne-baba-çocuk arasındaki karşılıklı etkileşimin rolü çok önemlidir (26).Balcı ve Yılmaz'ın (27) yaptığı bir çalışmada, annelere iletişim becerileri eğitimi verilerek eğitimin ailenin işlevlerine etkisi incelenmiş ve verilen eğitimin annelerin problem çözme becerisine etki etmediği görülmüştür. Aile işlevlerinin kardeş ilişkilerine etkisinde problem çözme boyutunun anlamlı çıkmamasının literatürle paralel nitelikte olduğu düşünülebilir. Annelerin babalara oranla daha iyi iletişim becerisine sahip olduğu ve olaylara daha duygusal yaklaştığı göz önünde bulundurulacak olursa annelerin iletişim becerisinin ve duygusal tepki verebilmesinin çocukların uzak durma-çekinme boyutuna etkili olmayacağı düşünülebilir (8,26,31,38).

Aile sistemi içerisinde anne-babanın aile içi rolleri; ailenin devamlılığının sağlanması, sosyal ve ekonomik kaynaklarının kullanımı, çocuğun bakımı, fiziksel ve kişisel gelişiminin desteklenmesi, baş etme becerilerinin sağlanması, aile içi rol ve görev dağılımının adil bir şekilde dağılımı gibi durumları içermektedir (8,21,26,34,41,39,42,43). Ebeveynlerin rollerini yerine getirebilme derecesi çocuklarının gelişiminde ve davranışlarının kontrolünde daha etkin olabilme becerisiyle yakından ilişkilidir. Çocuk üzerinde olumlu etki bırakan ebeveynler duyarlı, uyarıcı, cezalandırıcı olmayan bir rol modeli benimserler. Bu rol modelinin benimsendiği ailelerde strese karşı daha az olumsuzluklar yaşanırken, problemin çözümü daha kolay gerçekleşmektedir (24,39).

Kim ve ark. (44) yaptığı çalışmada ebeveyn ilişkilerinin ve aile içindeki rollerinin yerine getirilmesi ile engelli kardeşe sahip sağlıklı ergenlerde kardeşler arası ilişkinin olumlu yönde arttığı, sağlıklı ergenin kardeşine daha empatik ve hoş görülü yaklaştığı sonucunu bulmuştur. Pears ve ark. (41) aile ilişkilerinin ve işlevselliğinin sağlıklı olduğu ailelerde ergenlerin engelli kardeşi ile ilişkilerinde daha az kardeş problemleri yaşandığını belirtmiştir.

Literatür incelendiğinde; Demircioğlu ve Tezel Şahin (26) yaptığı bir çalışmada; anne babaların görüşlerine göre aile işlevleri değerlendirilmiş ve annelerin problem çözme

becerisinin babalardan daha fazla işlevsel olduğu, iletişim becerilerinin daha yüksek ve ailenin genel fonksiyonlarını yerine getirmede daha aktif oldukları bulunmuştur. Babaların aile içi genel işlevlerinin düşük oluşunun çocukların kardeş ilişkilerine olumsuz yansıdığı düşünülebilir. Yapılan çalışmalar engelli çocuğa sahip ailelerdeki kardeş ilişkilerinin aile işlevlerinden etkilendiğini göstermektedir. Çalışmadan elde edilen bulguların literatür ile paralellik gösterdiği düşünülebilir.

Sonuç

Sağlıklı ergen ve engelli kardeşe sahip ailelerde aile işlevselliğinin ve kardeş ilişkilerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda; aile işlevselliğinin kardeş ilişkilerini etkilediği ve ebeveynlerin her ikisinde de aile işlevselliği arttıkça kardeş ilişkilerinde olumlu yönde değişimler olduğu görülmektedir. Engelli çocuk ve sağlıklı ergen arasındaki kardeşler arası iyi ilişkilerin kardeş problemlerine olumlu etki ettiği görüldü. Buna göre; kardeşine karşı nazik olma ve birliktelik- ilgili olma puanı yüksek olan sağlıklı ergenlerin kardeş problemleri daha az, kardeşine karşı uzak durma-çekinme puanı yüksek olan sağlıklı ergenlerin ise kardeş problemlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Aile işlevselliği azaldıkça kardeş problemlerinin arttığı sonucuna varıldı. Anne ve babaların iletişim ve davranış kontrolü sağlama işlevlerinin kardeşler arası fiziksel saldırganlığa etki etmediği ancak anne ve babaların roller işlevselliğinin kardeş davranışlarına tamamen etki ettiği sonucuna ulaşıldı. Babaların genel aile işlevselliği kardeş davranışlarına tamamen etki ediyorken annelerde genel aile işlevselliğinin fiziksel saldırganlık davranışlarına etki etmediği görülmüştür.

Öneriler

Engelli kardeşe sahip sağlıklı ergenlerin engelli kardeşi ile iletişimini daha iyi hale getirmek, sağlıklı ergenin engelli kardeşine karşı bakış açısını değiştirmek ve kardeş ilişkilerini arttırmak için ailelere aile işlevselliği ile ilgili eğitimler düzenlenmesi, ailelerin desteklenmesi, sağlıklı kardeş ve engelli çocukların kardeş ilişkilerini arttırmak için birlikte vakit geçirmelerinin sağlanması ve desteklenmesi önerilebilir.

Sağlıklı çocukların engelli kardeşine ilişkin duygu ve düşüncelerini yansıtabileceği aile ortamlarının, çocuk-anne-baba etkileşimini artıran sosyal ortamların ve etkin aile içi ilişkilerinin gerçekleşmesi için aile ortamlarının oluşturulması konusunda ailelerin desteklenmesi, engelli çocukların eğitim ve rehabilitasyon için gittikleri kurumlarda kardeşleri ile birlikte vakit geçirmelerinin sağlanması ve kardeş ilişkilerinde uyumun artırılması için uygun ortamların sağlanması amacıyla kurumların desteklenmesi önerilebilir.

Teşekkür

Çalışmaya katılmayı kabul eden özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde eğitim alan engelli çocuğun kardeşleri ve ailelerine, çalışmanın yürütülmesinde destek olan özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri çalışanlarına teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Karakurt P. Engelli Çocukların Annelerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi [Determination of Psychological Status of Mothers with Disabled Children]. İ.Ü.F.N. Hem. Derg [İ.Ü.F.N. Nurs J.] 2012;(20)3:200-9.
2. Aktaş E. Fiziksel Engelli Çocuk ve Ailesinin Evde Bakım Gereksinimine Işık Tutucu Araştırmaların Sistemik İncelemesi. [Systematic Analysis of the Researches that Maintain the Care Needs of Children with Physical Disabilities]. [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Marmara University], İstanbul, Türkiye, 2010.
3. Bilsin E. Engelli Çocukların Ailesine Verilen Hemşirelik Bakımının Aile Gereksinimini Karşılama Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. [The Effects of Nursing Care Given to the Family of Disabled Children on the Meeting of Family Needs]. [Yüksek Lisans Tezi]. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, [Institute of Medical Sciences, Ege University], İzmir, Türkiye, 2012.
4. Konuk Er R. Aile ve Kardeş Eğitimi Programının Engelli Çocuğa Yönelik

Tutum ve Davranışlara Etkisi [The Effect of Family and Sister Training Program on Attitudes and Behaviors of Disabled Children]. [Doktora Tezi]. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institute of Social Sciences, Selçuk University], Konya, Türkiye, 2011.

5. Ünal N, Baran G. Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinin Çocuk Yetiştirme Tutumları İle Normal Gelişim Gösteren Çocukların Zihinsel Engelli Kardeşlerine Yönelik Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [The Investigation of the Relationship Between Mothers of Mentally Handicapped Children and Their Attitudes Towards Mentally Handicapped Children]. Kefdergi e-ISSN:2147-9844 [Kastamonu Education Journal]. 2012;20(3): 783-92.
6. Doğru SS, Arslan E. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyi ile durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması [Comparison of Continuous Anxiety Level and Conditional Loss Levels of Mothers With Disabled Children]. Selçuk Ün. Sos. Bil. Ens. Der. [Selcuk University Journal of the Institute of Social Sciences]. 2008;Haziran: 544-53.
7. Ahmetoğlu E. Zihinsel Engelli Çocukların Kardeş İlişkilerinin Anne ve Kardeş Algılarına Göre Değerlendirilmesi [Evaluation of Brother Relationships of Mentally Handicapped Children according to Mother and Sister Perceptions]. [Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü [Institute of Science, Ankara University]. Ankara, Türkiye, 2004.
8. Altuğ Özsoy S, Özkahraman Ş, Çallı F. Zihinsel engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. Aile ve Toplum 2006;3(9): 69-77.
9. Feinberg Mark E, Anna R. Solmeyer, Susan M. McHale. The third rail of family systems: Sibling relationships, mental and behavioral health, and preventive intervention in childhood and adolescence. Clin Child Fam Psychol Rev. 2012; 15(1): 43-57.

10. Özşenol F, Işıkhani V, Ünay B, Aydın Hİ, Akın GE. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi [The Evaluation of Family Functions of Families with Handicapped Children]. *Gülhane Tıp Derg [Gulhane Med J]*. 2003;45(2):156-64.
11. Berçin Yıldırım G, Aksoy A. A study of the Relationships and Acknowledgement Of Non-Disabled Children With Disabled Siblings. *ESTP [Educational Sciences: Theory & Practice]*. 2008;8(3): 769-79.
12. Bowles TA. Comparison of Two Measures of Communication and The Communication Style of University Students. *Int J Appl Psychol*. 2009; 5(1): 53-66.
13. Gibson DM, Jefferson RN. The effect of Perceived Parental İnvolveıment and the Use of Growth-Fostering Relationships on Self Concept in Adolescents Participating in Gear Up. *Adolescence*. 2006;4(161): 110-25.
14. Öz SF. An adaptation, Validity and Reliability of the Lifespan Sibling Relationship Scale to the Turkish Adolescents. *Özel Eğitim Dergisi [Ankara University Faculty of Educational Sciences Journal of Special Education]*. 2015;15(1): 1-14.
15. Üstdağ EL, Bumin G. Engelli Çocuklar ve Kardeşleri İçin Uygulanan Grup Aktivitelerinin Toplumsal Katılım ve Kardeş İlişkileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Pilot Çalışma [Investigation the Effects of Group Activities on Social Participation and Sibling Relationship Applied to Disabled Children and Their Siblings: A Pilot Study]. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Derg [Journal of Occupational Therapy and Rehabilitation]*. 2014;2(3): 141-7.
16. Karaca GS, Barlas Ü, Nevin Onan N, Öz YC. 16-20 Yaş Grubu Ergenlerde Aile İşlevleri ve Kişilerarası İlişki Tarzının İncelenmesi: Bir Üniversite Örneklemi. [Investigation of the interpersonal relationship styles and family functions in 16-20 years old adolescents: a university sample]. *BSBD [Balıkesir Health Sciences Journal]*. 2013;2(3): 139-45.
17. Kalyencioğlu D, Kutlu Y. Ergenlerin Aile İşlevi Algılarına Göre Uyum Düzeyleri [Adaptation Levels of Adolescents According to Family Function Perceptions]. *FNJN [Florence Nightingale Journal of Nursing]*. 2010;18(2): 56-62.
18. Mc Hale SM, Sloan J, Simeonsson RJ. Siblings Relationships of Children With Autistic, Mentally Retarded and Nonhandicapped Brothers and Sisters. *J Autism Dev Disord*. 1986;16(4): 399-413.
19. Karadağ G. Engelli çocuğa sahip annelerin yaşadıkları güçlükler ile aileden algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(4): 315-22.
20. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı, 1.Baskı. Ankara, Özgüzelış Matbaası, 1990; 1-38.
21. Petalas MA, Hastings RP, Nash S, Hall LM, Joannidi H, Dowey A. Psychological Adjustment and Sibling Relationships in Siblings of Children With Autism Spectrum Disorders: Environmental Stressors and the Broad Autism Phenotype. *Res Autism Spectr Disord*. 2012;6(1): 546-55.
22. Yavuzer H. Ana-Baba ve Çocuk [Parents and Children]. 7.Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1994, 262-78.
23. Alkan Ersoy Ö. Özel Gereksinimi Olan Çocukların Aileleri İle Yapılan Çalışmalar. (Ed. Temel F.). *Aile Eğitimi ve Erken Çocukluk Eğitiminde Aile Katılım Çalışmaları*. Anı Yayıncılık, Ankara, 2015, 406-33.
24. Kaner S. Aile Katılımı ve İşbirliği [Family Participation and Cooperation]. (Ed: Sucuoğlu B.) *Zihin Engelliler ve Eğitimi*. Kök Yayıncılık, Ankara, 2010, 352-599.
25. Yavuz M, Coşkun İ. Normal Gelişim Gösteren Bireyin Zihinsel Engelli Kardeşiyle Vakit Geçirme Durumu [Recreation Of Normal Developing Children And Their Mentally Disabled Siblings]. *Electronic Turkish Studies*. 2014;(8): 295-313.
26. Demircioğlu H, Tezel Şahin F, Günindi Y. Anne Babaların Görüşlerine Göre Aile İşlevleri. [The Familial Functions In

- Accordance With The Parents' Views]. EÜ Eğitim Fakültesi Dergisi [Erzincan University Journal of Education Faculty]. 2011;13(1): 93-105.
27. Balcı S, Yılmaz M. Çocukları Anaokuluna Devam Eden Annelere Verilen İletişim Becerileri Eğitiminin Ailenin İşlevlerine Etkisi. [The Effect of Communication Skill Training to the level of Family Functions Given to the of the Mothers of Whose Kindergarten Children]. Türk PDR Dergisi [Turkish Psychological Counseling and Guidance: Journal]. 2016;2(14): 17-24.
 28. Mc Hale SM, Gamble WC. Sibling Relationships of Children With Disabled and Nondisabled Brothers and Sisters. *Dev Psychol.* 1989;25(3): 421-9,
 29. Er M. Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler [Child, Disease, Parents and Siblings]. *ÇSHD [Journal of Child Health and Diseases]*. 2006;49: 155-68,
 30. Ferraioli SJ, Harris SL. Effective Educational Inclusion of Students on the Autism Spectrum. *J Contemp Psychother.* 2011;41(1): 19-28.
 31. Santrock JW. Yaşam Boyu Gelişim Gelişim Psikolojisi. [Developmental Psychology of Lifelong Development]. (Çev. Ed: Yüksel G) Nobel Yayıncılık, Ankara, 2012, 348-411.
 32. Kahraman ÖG, Karadayı NS. Engelli Kardeş Sahip Olan Çocukların Engelli Kardeşleriyle Deneyimlerine İlişkin Görüşleri [Disabled Children With Disabled Brother Views on Experience of Brothers]. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi [Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal]*. 2015;2(2): 390-408.
 33. Kurtuncu M, Arslan N. The influence on group games on the relationship between children with disabilities and their healthy siblings: An experimental study. *J Pak Med Assoc.* 2018;68(3): 400-9.
 34. Kao B, Romero- Bosch L, Plante W, Lobato D. The experiences of Latino siblings of children with developmental disabilities. *Child Care Health Dev.* 2012;38(4):545-52.
 35. Shivers CM, Deisenroth LK, Taylor JL. Patterns and predictors of anxiety among siblings of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2013;43(6):1336-46.
 36. Petalas MA, Hastings RP, Nash S, Hall LM, Joannidi H, Dowey A. Psychological adjustment and sibling relationships in siblings of children with Autism Spectrum Disorders: Environmental stressors and the Broad Autism Phenotype. *Research in Autism Spectrum Disorders.* 2012;6:546-55.
 37. McHale SM, Updegraff KA, Whiteman SD. Sibling relationships and influences in childhood and adolescence. *J Marriage Fam.* 2012;74(5):913-30.
 38. Seltzer MM, Orsmond GI, Esbensen AJ. Siblings of individuals with an autism spectrum disorder: Sibling relationships and wellbeing in adolescence and adulthood. *Autism.* 2009;13(1): 59-80.
 39. Woodman A C, Mawdsley H P, Hauser-Cram P. Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Res Dev Disabil.* 2015;36: 264-76.
 40. Yavuzer H. Doğum Öncesinden Ergenlik Sonuna Çocuk Psikolojisi. [Child Psychology from Prenatal to Adolescence]. 30. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2007, 129-140.
 41. Pears KC, Kim HK, Healey CV, Yoerger K, Fisher PA.. Improving Child Self-Regulation and Parenting in Families of Pre-Kindergarten Children With Developmental Disabilities and Behavioral Difficulties. *Prevention Science.* 2015;16(2): 222-32.
 42. Coşkun Y. Ortaöğretim Öğrencilerinin Umutsuzluk Durumları ve Aile İşlevselliği İlişkisinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi [Examination of the Relationship Between Hopelessness and Family Relations on High School Students According to Some Variables]. *Maruaebd [Marmara University Atatürk Faculty of Education Educational Sciences Journal]* 2007;26(26): 11-26.
 43. Fass MN, Khoury-Kassabri M, Koot HM. Associations Between Arab Mothers'

- Self-Efficacy and Parenting Attitudes and Their Children's Externalizing and Internalizing Behaviors: Gender Differences and the Mediating Role of Corporal Punishment. *Child Indic Res.* 2017;1-19: 1369-87.
44. Kim J, McHale SM, Osgood DW, Crouter AC. Longitudinal course and family correlates of siblingrelationships from childhood through adolescence. *Child Develop.* 2006; 77: 1746-61.

Hemşire Akademisyenlerin Maneviyat/Manevi Bakım Algıları ve Manevi Bakım Yeterlilikleri Nursing Academicians' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care and Their Competence in Spiritual Care

Aslı KALKIM¹, Şafak DAĞHAN², Tülay SAĞKAL MİDİLLİ³

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşire akademisyenlerin maneviyat / manevi bakım algıları ve manevi bakım yeterliliklerini saptamak ve arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişkisel tipteki araştırma Haziran – Eylül 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemine dört üniversiteden 202 akademisyen alındı. Verilerin toplanması için hemşire akademisyenleri tanıtıcı bilgi formu, Maneviyat Ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ve Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Pearson Korelasyon Analizi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis analizi kullanıldı.

Bulgular: Akademisyenlerin yaş ortalaması 36,14±8,91 ve %96'sı kadındır. Akademisyenlerin tamamı hasta bireye manevi bakım vermenin ve hemşirelik eğitiminde manevi bakım eğitiminin gerekli olduğunu belirtmiştir. Akademisyenlerin %68,8'i ders içeriklerinde manevi bakım konusuna yer verdiklerini, %56,4'ü derslerinde manevi bakımla ilgili hemşirelik tanılarına yer verdiği ancak %44,6'sı öğrencilerinin hemşirelik bakım planını hazırlarken ilişkili tanıları kullanmadıklarını belirtmiştir. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ve Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği arasında orta derecede pozitif ilişki saptandı (r= 0,404, p< 0,001).

Doktor öğretim üyesi akademik ünvanına sahip olanların, klinik uygulamalarda hasta bireye manevi bakım verme konusunda öğrencileri yönlendirenlerin, ders içeriklerinde manevi bakım konusuna ve manevi bakıma ilişkin hemşirelik tanılarına yer verenlerin Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ve Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği madde puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu.

Sonuç: Holistik bakımın bir parçası olan manevi bakımın eğitim içeriğinin hazırlanması ve sunulmasında aktif sorumlulukları olan hemşire akademisyenlerin manevi bakıma ilişkin geniş bir bakış açısına sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Maneviyat / manevi bakım algılarında olduğu gibi bu bakımı sunma konusundaki yeterlilik algılarının geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik bakımı, Maneviyat, Manevi bakım

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to describe nursing educators' perceptions of spirituality and spiritual care and their spiritual care competence, and to determine the relationship between them.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted between Jun and September 2017. The sample was composed of 202 academicians from four universities. For data collection, the nursing academician information form, Spirituality and Spiritual Care Rating Scale, and the Spiritual Care Competency Scale were used. For data analysis, the descriptive statistics, the test of significant difference between two means, Pearson Correlation Analysis, the Mann Whitney U Test, and Kruskal Wallis Analysis were used.

Results: The mean age of the academicians was 36.14 ± 8.91 years, and 96% were female. All stated that it was necessary to give spiritual care to patient individual and to provide education in spiritual care in nursing training. According to their statements, 68.8% of the academicians included the topic of spiritual care in their course content and 56.4% included nursing diagnoses relating to spiritual care in their lessons, but 44.6% did not use the related diagnoses when preparing students' nursing care plans. A medium level positive correlation was found between item scores on two scales (r=0.404, p<0.001).

The mean two scales item scores of those with the academic status of assistant professor those who advised

Geliş Tarihi/Received: 20.08.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 09.02.2019

¹ Öğr.Gör.Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID ID: 0000-0002-7878-5640

² Prof.Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID ID: 0000-0003-3805-6416

³ Doç.Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, ORCID ID: 0000-0001-8303-0237

Sorumlu Yazar/Correspondence: Öğr.Gör.Dr. Aslı KALKIM, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, email: aslikalkim@gmail.com

students on giving spiritual care to patients during clinical practice, and those who included spiritual care and nursing diagnoses regarding spiritual care in their course content were found to be statistically significantly higher ($p<0,05$).

Conclusion: It was concluded that nurse academicians who had active responsibilities for preparing and presenting educational content on spiritual care, which is a part of holistic care, had a broad view of spiritual care. A need was felt for developing both perceptions of competence in providing this care and perceptions of spirituality and spiritual care.

Keywords: Nursing caring, Spirituality, Spiritual care

Giriş

Hemşireler, hasta bireye saygılı, onurlu ve merhametli bir şekilde davranarak güvenli, holistik ve bireysel odaklı bakımı sağlamada gerekli beceri ve yetkinliğe sahip profesyonel bir sağlık ekibi üyesidir (1). Hemşirelere bu beceri ve yetkinliği kazandıran hemşirelik eğitiminde sağlıklı/hasta bireye, ve ailesine sunulan hemşirelik bakımın holistik yaklaşımla verilmesine vurgu yapılmaktadır (2).

Hemşirelikte holistik bakımın göz ardı edilmemesi gereken en önemli unsurlarından biri de manevi bakımdır (3,4). Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği ve Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonuna İlişkin Ortak Komisyon, hemşirelik eğitiminin sorumluluklarından birinin, bakım verdiği bireyde “manevi sıkıntıyı” belirleyebilecek ve manevi bakımı sağlayacak hemşireler yetiştirmek olduğunu belirtmektedir (2).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (5), Amerikan Hemşireler Birliği (6), Amerikan Holistik Hemşireler Birliği (7), Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (8) gibi uluslararası hemşirelik kuruluşları da, hemşirelerin birey ve ailenin manevi bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirenin sorumluluklarını vurgulamışlardır. Ülkemizde ise, Türk Hemşireler Derneği, hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarının arasında birey ve ailesini holistik yaklaşımla ele alınması gerektiğini belirtirken (9), Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı raporuna göre (10), hemşirelikte lisans eğitim programları, birey, aile ve toplumun sağlık bakım gereksinimlerini karşılayacak, biyopsikososyokültürel bir başka deyişle holistik bakım yeterliliklerine sahip, hemşire mezunların yetiştirilmesini hedeflemektedir. Dolayısıyla bu bakım yeterliliği manevi yaklaşımı içermelidir (11).

Hemşireler bireyle birlikte buldukları her ortamda onların manevi gereksinimleriyle karşılaşabilirler (12). Hasta bireyin manevi gereksinimlerini karşılamak onların hastalıklarıyla baş etmesine yardımcı olmakta (11,13), iyileşmelerine katkıda bulunmakta ve bakım ile ilgili hasta bireyin doyumunu arttırmaktadır (11). Bu nedenle hasta bireyin manevi bakım gereksinimlerinin var olduğu, hemşireler tarafından manevi bakımın sunulmasının son derece önemli olduğu bilinen bir gerçektir. Ancak, yapılan çalışmalarda; hemşire adaylarının manevi bakımla ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu, manevi bakıma daha az zaman ayırdıkları ve kendilerini yetersiz buldukları görülmektedir (14-17). Ayrıca öğrenci hemşireler, hemşire akademisyenler tarafından yeterince desteklenmediklerini, manevi bakım kavramının uygulama alanında ve hemşirelik eğitim müfredatında yeterli olmadığını ve göz ardı edildiğini belirtmektedir (1,14-18).

Öğrenci hemşirelerin manevi bakımı tanımlamaları, manevi bakımın kapsamını ve hemşirelerin hasta birey ve ailelerine manevi bakım sağlamada ne kadar etkili olduğunu anlamalarında hemşirelik eğitiminin içeriğinin yeterli olması gerekmektedir (19). Hemşirelik eğitiminde maneviyat ve manevi bakımın öğretilmesi, öğrencinin kendi maneviyatını fark etmesinde, manevi bakımla ilgili becerilerinin geliştirilmesinde ve hemşirelik bakım kalitesinin iyileştirilmesinde bir fırsat olarak görülmektedir (20). Öte yandan, maneviyat ile ilgili “ne öğretilmeli?”, “öğrencilerin maneviyatla ilgili ipuçlarını tanımasına nasıl yardımcı olunmalı?”, “maneviyatı belirleme ve bakım verme stratejileri nasıl öğretilmeli?” ve “öğrencilerin öğrenme çıktıları nasıl değerlendirilmeli?” gibi sorular da eğitimcilerde kaygı yaratmaktadır (21).

Hemşire akademisyenler, eğitimde öğrencilerin manevi bakımı uygulayabilmede, manevi duyarlılığı ve manevi bakım anlayışını geliştirebilmede ve manevi bakımı nasıl sağlamaları gerektiğini öğretmede önemli rollere

sahiptir. Bu öğretimin yargılama ve yanlılık olmaksızın bireylere etik ilkelere uygun bir şekilde davranması gerekmektedir (19). Hemşirelik eğitim müfredatı içerisinde manevi bakım içeriğinin uygulayıcısı olan hemşire akademisyenlerin, manevi bakım ile ilgili bilgisinin yanı sıra kendi maneviyatlarını farkına varmaları değerlendirmeleri zorunludur. Bu bakımdan hemşire akademisyenlerin manevi bakımın sağlanmasındaki kendi farkındalıklarını geliştirmeleri ve desteklemeleri çok önemlidir (11,22,23). Dolayısıyla hemşire akademisyenlerin hemşire veya öğrenci hemşirelere manevi bakım yeterliliğini kazandırabilmesi için etkileşim, terapötik iletişim, empati, duygusal zekaya sahip olması beklenmektedir (24).

Bu araştırma ulusal ve uluslararası düzeyde hemşire akademisyenlerin maneviyat ve manevi bakım algısı ile yeterliliklerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili algılarını şekillendirebilecek, manevi bakım sunma ile ilgili yeterliliğini geliştirmede önemli sorumluluklar üstlenen hemşire akademisyenlerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili algılarının ve yeterliliklerinin belirlenmesi ile bu konudaki gereksinimlerinin giderilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu araştırma, hemşire akademisyenlerin maneviyat / manevi bakım algıları ve manevi bakım yeterlilikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın soruları

- Hemşirelik eğitiminde manevi bakıma ilişkin görüşleri nelerdir?
- Manevi bakım algıları ile manevi bakım yeterlilikleri arasında ilişki var mıdır?
- Manevi bakım algılarını ve manevi bakım yeterliliklerini etkileyen değişkenler nelerdir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi ve Örneklemi

Tanımlayıcı ve ilişkisel tipteki araştırma Haziran – Eylül 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini ülkemizde mevcut sekiz hemşirelik fakültesinde görev yapan hemşire akademisyenler (N=551) oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde

evrenin bilindiği durumlarda örneklem sayısını belirlemeye yönelik formül “ $n=N.t^2.p.q/d^2.(N-1)+t^2.p.q$ ” kullanılarak (25), %50 bilinmeyen prevelans (araştırma konusunu içeren prevelans verisi olmadığı için), 0.05 sapma ve % 95 güven aralığında ulaşılmaması gereken hemşire akademisyen sayısı 227 bulunmuştur. Amaçlı örneklem ile belirlenen ve araştırmacıların ulaşım ve zaman olanakları açısından ulaşılabilen dört üniversitede, örneklemin % 89’una ulaşarak, araştırma 202 akademisyen ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterlerini; araştırmaya katılmayı kabul eden, en az bir yıldır hemşire akademisyen olarak görev yapan, hemşirelik öğrencileriyle birlikte klinik uygulamaya çıkarak hasta bakımını gerçekleştirmiş akademisyenler oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve araştırma sürecinde görev yaptığı üniversitede bulunmayanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Yöntem ve Araçları

Verilerin toplanması için Hemşire Akademisyenleri Tanıtıcı Bilgi Formu, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ve Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Veriler; veri toplama araçları kullanılarak, akademisyenlerin görev yaptığı üniversitelerde yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Hemşire Akademisyenleri Tanıtıcı Bilgi Formu: Form araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır (11,21,26). Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma deneyimi ve akademik ünvan gibi akademisyenin sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı sekiz soru, manevi bakımla ilgili görüşleri için sekiz soru, toplam 16 soru yer almaktadır.

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MBDÖ): McShreey et al. (2002) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Ergül ve Temel (2007) tarafından yapılmıştır (27). Beşli likert tipi ölçeğin maddelerinin puanlaması “kesinlikle katılmıyorum” 1 puandan, “tamamen katılıyorum” 5 puana doğru yapılmaktadır. Ölçek toplam 17 maddeden oluşmakta, 13 madde düz, dört madde (3,4,13,16) ters şekilde puanlanmaktadır. Alınan puanın yüksek olması maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılama düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir. Ergül ve Temel (2007) tarafından ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,76 olarak

saptanmıştır (27). Bu çalışmada Cronbach alpha katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur.

Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği (MBYÖ): Leeuwen et al. (2009) tarafından geliştirilmiş, Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirliği Dağhan ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır (28). Ölçek, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi olmak üzere manevi bakımla ilişkili hemşirelik yeterliliğinin üç alanından ve toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçek “kesinlikle katılmıyorum (1) ve tamamen katılıyorum (5)” şeklinde cevaplanmakta ve 1’den 5’e doğru puanlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0,97, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu (6 madde) için 0,94, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu (15 madde) için 0,96, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu (6 madde) için 0,97 olarak bulunmuştur (28). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0,97 olarak saptanmıştır.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows 16.0) istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde dağılım, ortalama, standart sapma), iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Pearson Korelasyon Analizi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler ile elde edilen sonuçlar % 95’lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan Yazılı Onam (Evrak tarih ve sayısı: 8/04/2017-E.111359) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan akademisyenlere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

Bulgular

Hemşire Akademisyenlerin Sosyodemografik Özellikleri

Akademisyenlerin yaş ortalaması $36,14 \pm 8,91$ (min-mak: 23-65) ve %96’sı kadındır. Diğer özellikler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Hemşire akademisyenlerin sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
Yaş Ort.±SS: 36,14 ± 8,91 Min-Maks: 23-65		
Cinsiyet		
Kadın	194	96,0
Erkek	8	4,0
Medeni Durum		
Bekâr	79	39,1
Evli	123	60,9
Eğitim durumu		
Lisans	10	5,0
Yüksek lisans	61	30,2
Doktora	131	64,8
Çalışma deneyimi (hemşire)		
Deneyimi yok	18	8,9
1-5 yıl	135	66,8
6-10 yıl	27	13,4
11 yıl ve üzeri	22	10,9
Akademik unvan		
Araştırma Görevlisi	104	51,5
Öğretim Görevlisi	21	10,4
Doktor Öğretim Üyesi	42	20,8
Doçent Doktor/ Profesör	35	17,3
Doktor		
Çalışma Deneyim (Akademisyen)		
Min - Mak: 1 – 32 yıl		
1-5 yıl	86	42,5
6-10 yıl	30	14,9
11-15 yıl	25	12,4
16 yıl ve üzeri	61	30,2
Toplam	202	100

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Akademisyenlerin Hemşirelik Eğitiminde Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri

Akademisyenlerin tamamı hasta bireye manevi bakım vermenin ve hemşirelik eğitiminde manevi bakım eğitiminin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Akademisyenlerin %93,6’sı klinik uygulamalarda manevi bakım verme konusunda hemşire öğrencilerini yönlendirdiğini, %58,9’u hemşire öğrencilerin bakım verdiği hasta bireylerin manevi bakım gereksinimlerini kısmen karşılayabildiğini, %37,6’sı karşılayamadığını düşünmektedir. Karşılayamama nedenleri olarak; sıklıkla bilgi eksikliği (%81,2), fiziksel sorunlara öncelik verme (%70,8) ve klinik uygulama ortamının yetersizliği (%52,5) olarak belirtmişlerdir. Akademisyenlerin %68,8’i ders içeriklerinde manevi bakım konusuna yer verdiklerini, %56,4’ü derslerinde manevi bakımla ilgili hemşirelik tanılarının yer

verdiği ancak %44,6'sı öğrencilerinin hemşirelik bakım planını hazırlarken bu tanıları kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Akademisyenlerin hemşirelik eğitiminde manevi bakıma ilişkin görüşleri

Hemşirelik Eğitiminde Manevi bakıma ilişkin görüşler	n	%
Hasta bireye manevi bakım vermeyi gerekli görme	202	100,0
Hemşirelik eğitiminde manevi bakım eğitimini gerekli görme	202	100,0
Uygulamalarda hasta bireye manevi bakım verme konusunda hemşire öğrencilerini yönlendirme		
Evet	189	93,6
Hayır	13	6,4
Uygulamalarda hemşire öğrencilerin bakım verdiği hasta bireylerin manevi bakım gereksinimlerini karşılayabilme durumları		
Karşılayabiliyor	7	3,5
Kısmen	119	58,9
Karşılayamıyor	76	37,6
Karşılayamama nedenleri*		
Bilgi eksikliği	164	81,2
Fiziksel sorunlara öncelik verme	143	70,8
Uygulama ortamının yetersizliği	106	52,5
Hastayla olan iletişim problemi	91	45,0
Öğretim elemanı/sorumlu hemşire tarafından yönlendirilmeme	82	40,6
Özgüven yetersizliği	74	36,6
İsteksizlik	71	35,1
Zaman yetersizliği	67	33,2
Ders içeriklerinde manevi bakıma yer verme		
Evet	139	68,8
Hayır	63	31,2
Derslerde manevi bakıma ilişkin hemşirelik tanılarının yer verme		
Evet	114	56,4
Hayır	88	43,6
Öğrencilerin bakım planında manevi bakımla ilişkili tanıları kullanma durumları		
Evet	13	6,4
Kısmen	99	49,0
Hayır	90	44,6
Toplam	202	100

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hemşire Akademisyenlerin Maneviyat/Manevi Bakım Algıları ve Manevi Bakım Yeterlilikleri Arasındaki İlişki

MBDÖ ve MBYÖ sırasıyla madde puan ortalaması $4,13 \pm 0,42$ ve $3,86 \pm 0,70$ 'dir. MBDÖ ile MBYÖ arasında orta derecede pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($r=0,404$, $p<0,001$) (Tablo 3).

Maneviyat / Manevi Bakım Algılarını ve Manevi Bakım Yeterliliğini Etkileyen Değişkenler

Doktor öğretim üyesi akademik ünvanına sahip olanların (algı $\chi^2=10,575$, $p=0,014$; yeterlilik $\chi^2=10,309$, $p=0,016$), klinik uygulamalarda hasta bireye manevi bakım verme konusunda öğrencileri yönlendirenlerin (algı $Z=2,070$, $p=0,038$; yeterlilik $Z=2,841$, $p=0,004$), ders içeriklerinde manevi bakıma (algı $t=2,079$, $p=0,039$; yeterlilik $t=2,433$, $p=0,016$) ve manevi bakıma ilişkin hemşirelik tanılarının yer verenlerin (algı $t=2,200$, $p=0,029$; yeterlilik $t=0,662$, $p=0,001$) MBDÖ ve MBYÖ madde puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Tartışma

Araştırmada akademisyenlerin tümü hemşirelikte manevi bakım vermenin ve manevi bakım eğitiminin gerekli olduğunu belirtirken, çoğunluğu klinik uygulamalarda öğrencilerini manevi bakım verme konusunda desteklediğini ifade etmiştir. Her üç akademisyenden biri, ders içeriklerinde manevi bakım konusuna değinmediklerini ve %40'ı bu bakıma ilişkin hemşirelik tanılarının yer vermediklerini belirtmişlerdir. Bu bulgular akademisyenlerin öğrenciye hasta bireyin bakımını sağlamada holistik bakım verme davranışını kazandırma konusunda yeterli eğitim içeriği hazırlığının olmadığını düşündürmektedir. Literatürdeki araştırmalar, hemşirelik eğitim programları ile öğrencilerde manevi bakıma ilişkin algının geliştirilebileceğini göstermektedir (29,30). Ayrıca hemşirelik eğitiminin öğrencilerin manevi bakımdaki rollerini anlamada ve manevi bakım sağlamada hayati rolü olduğu unutulmamalıdır (21,29,31,32).

Hemşire akademisyenlerin çoğunluğu öğrencilerini manevi bakım konusunda hem teorik açıdan hem de uygulamalarda desteklediği görülürken, öğrencilerinin hemşirelik bakımında hasta bireylerin manevi bakım gereksinimlerini

Tablo 3. Maneviyat/manevi bakım algıları ile manevi bakım yeterliliği arasındaki ilişki

Ölçekler	Ort. ± SS	Algı	Yeterlilik	1	2	3
Algı	4,13 ± 0,42	-				
Yeterlilik	3,86 ± 0,70	0,404*	-			
1.Manevi Bakımın Değerlendirilmesi ve Uygulanması	3,87 ± 0,81	0,353*	0,888*	-		
2.Manevi Bakımda Profesyonellik ve Hasta Danışmanlığı	3,67 ± 0,69	0,419*	0,946*	0,775*	-	
3.Hastanın Maneviyatına Karşı Tutumu ve İletişimi	4,33 ± 0,96	0,275*	0,836*	0,678*	0,654*	-

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *p<0,001, r: Pearson's product-moment correlation

Tablo 4. Maneviyat/ manevi bakım algılarını ve yeterliliklerini etkileyen değişkenler (n=202)

Değişkenler	n	MBDÖ	Test	MBYÖ	Test
Eğitim durumu					
Lisans	10	4,06 ± 0,45	x ² = 3,788	3,83 ± 0,34	x ² = 5,365
Yüksek lisans	61	4,05 ± 0,37	p= 0,150	3,69 ± 0,78	p= 0,07
Doktora	131	4,17 ± 0,44		3,95 ± 0,67	
Çalışma deneyimi(hemşire)					
Deneyimi yok	18	4,23 ± 0,36		3,98 ± 0,08	
1-5 yıl	135	4,11 ± 0,41	x ² = 0,340	3,82 ± 0,06	x ² = 1,491
6-10 yıl	27	4,15 ± 0,39	p= 0,844	3,90 ± 0,15	p= 0,474
11 yıl ve üzeri	22	4,11 ± 0,57		4,02 ± 0,16	
Akademik unvan					
Araştırma Görevlisi ^a	104	4,06 ± 0,38	x ² = 10,575	3,81 ± 0,07	x ² = 10,309
Öğretim Görevlisi ^b	21	4,03 ± 0,49	p= 0,014*	3,59 ± 0,20	p= 0,016*
Doktor Öğretim Üyesi ^c	42	4,32 ± 0,43		4,11 ± 0,09	
Doçent Doktor – Profesör Doktor ^d	35	4,16 ± 0,40	a< c	3,91 ± 0,12	b< c
Çalışma Deneyim (Akademisyen)					
1-5 yıl	86	4,06 ± 0,39		3,87 ± 0,60	
6-10 yıl	30	4,11 ± 0,43	x ² = 4,373	3,69 ± 0,87	x ² = 1,241
11-15 yıl	25	4,21 ± 0,40	p= 0,224	4,04 ± 0,52	p= 0,743
16 yıl ve üzeri	61	4,20 ± 0,45		3,87 ± 0,81	
Hasta bireye manevi bakım verme konusunda hemşire öğrencilerini yönlendirme			Z= 2,070		Z= 2,841
Evet	189	4,14 ± 0,42	p= 0,038*	3,88 ± 0,72	p= 0,004*
Hayır	13	3,92 ± 0,30		3,60 ± 0,33	
Ders içeriklerinde manevi bakıma yer verme					
Evet	139	4,17 ± 0,42	t= 2,079	3,94 ± 0,75	t= 2,433
Hayır	63	4,04 ± 0,40	p= 0,039*	3,69 ± 0,56	p= 0,016*
Derslerde manevi bakıma ilişkin hemşirelik tanlarına yer verme					
Evet	114	4,19 ± 0,40	t= 2,200	3,88 ± 0,84	t= 0,662
Hayır	88	4,06 ± 0,44	p= 0,029*	3,84 ± 0,46	p= 0,001*

MBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği, MBYÖ: Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği
x²: Kruskal Wallis Test, Z: Mann-Whitney U, t= Bağımsız gruplarda t testi, *p<0,05

yeterli düzeyde karşılayamadıkları yönünde değerlendirme yapmışlardır. Literatürde öğrencilerle gerçekleştirilen araştırmalarda da manevi bakıma ilişkin yetersizliklere vurgu yapılmaktadır (14-17). Akademisyenler öğrencilerin bu konudaki yetersizliklerinin nedeni olarak çoğunlukla bilgi eksikliği, fiziksel sorunlara öncelik verme ve uygulama ortamının yetersizliğini ifade etmişlerdir. Literatürde hemşire öğrencilerle yapılan çalışmalarda benzer nedenler dikkati çekmektedir (15,16,33). Manevi bakımdaki yetersizlikler düşünüldüğünde, McSherry (2006) hemşirelikte maneviyat ve manevi bakım kavramının yönetim, uygulama ve eğitim alanlarında teorik olarak kaldığını, bunun ötesine gitmenin zorunlu bir gereksinim olduğunu belirtmektedir (34). Ayrıca araştırmalar hemşirelik eğitimi ve uygulaması içerisine manevi bakımı entegre etmek için etkili yöntemlerin tanımlanmasına gereksinim olduğunu göstermektedir (35,36). Literatürde sadece sınıfta öğretimin öğrencilerin manevi bakımda yeterliliğini sağlamak ve özgüvenini geliştirmek için yeterli olmadığını, simülasyon senaryoları ile öğrencilerin özgüvenlerinin ve yeterliliklerinin arttığı belirtilmektedir (18,31). Ayrıca hemşire öğrencilerin hasta bireyin manevi bakım gereksinimlerini nasıl belirleyeceğini öğretmede inovatif öğretim stratejileri de kullanılabilir (18,37). Hem sınıf içi öğrenme aktivitelerinin hem de klinik çalışmaların manevi bakım eğitiminde önemli bir yer tuttuğu unutulmamalıdır (2,21).

Hemşirelik öğrencileri akademisyenler tarafından manevi bakım konusunda farkındalıklarının desteklenmesine, cesaretlendirilmeye ve rol model olunmasına gereksinim duymaktadırlar (19). Eğitimci olarak akademisyenler öncelikle kendi manevi bakım algılarını gerçekleştirmede rollerinin yeterli düzeyde olması beklenmektedir (1,22). Araştırmada hemşire akademisyenlerin maneviyat/manevi bakıma ilişkin geniş bir bakış açısına sahip olduğu görülmüştür. Dünya’da 1980’lerden sonra hemşirelik bakımında manevi boyuta olan ilgi artarken (38,39), ülkemizde özellikle son 10 yıldır bu konu ile ilgili araştırmaların artması (12,40-42) kavrama ilişkin farkındalığın gelişmesinde etkili bir faktör olarak düşünülebilir. Manevi bakım vermek için gereksinim duyulan bilgi, beceri ve tutumlardan oluşan (37,43) manevi bakım yeterliliği, hemşire

akademisyenlerden beklenen bir yetkinliktir (1). Çalışmada akademisyenlerin bu alandaki yeterlilik algıları, maneviyat/manevi bakım algılarına göre daha düşüktür. Yeterlilik algısında bu yetkinliğin oluşmasında pek çok faktör etkili olmaktadır (44), dolayısıyla akademisyenler bu konuda kendilerini yeterli görmemektedir.

Doktor öğretim üyesi ünvanına sahip olmanın manevi bakımı algılamada ve yeterlilik algısında etkili bir değişken olduğu görülmüştür. Doktora eğitiminin kuram ve kavram içeriğinin olmasıyla holistik bakım kavramı üzerine farkındalık kazandırması ve öğretim üyelerinin hem teorik hem de uygulamada aktif rol almaları ile hem manevi bakım algılamada hem de yeterlilik yüksek olmasında etkili olduğu düşünülebilir. Diğer yönden ders içeriklerinde ve klinik uygulamalarda manevi bakım konusuna yer verenlerin kavramlara ilişkin algılarının ve yeterliliklerinin yüksek bulunması da beklendiği bir sonuçtur.

Araştırma bulguları akademisyenlerin maneviyat/manevi bakım algılarının, manevi bakım yeterlilikleri üzerinde etkili bir değişken olduğunu göstermiştir. Maneviyat / manevi bakıma ilişkin geniş bir bakış açısının olması dolayısıyla manevi bakım yeterliliği üzerine etkilidir (1). Bu bulguya paralel şekilde, Azarsa et al. (2015) tarafından hemşirelerle (n=109) yapılan diğer bir çalışmada da manevi bakım yeterliliğinin, manevi bakım algısı ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur (26). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalarda (26,17,45) da maneviyat / manevi bakıma yönelik geniş bir bakış açısına sahip olan öğrencilerin manevi bakım yeterlilik algılarının da yüksek olduğu anlaşılmıştır.

Sınırlılıklar

Araştırmacıların ulaşım ve zaman olanakları göz önüne alınarak, araştırmanın dört hemşirelik fakültesiyle sınırlandırılmış olması nedeniyle, araştırma bulguları ülkemizde bulunan tüm hemşire akademisyenlere genellenemez. Araştırma bulgularının akademisyenlerin kendi bildirimlerine dayalı olarak elde edilmiş olması ve ulaşılabilen, sınırlı sayıda hemşire akademisyen ile araştırmanın yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Diğer önemli bir sınırlılık maneviyat/manevi bakımın soyut bir konu olması, algılamadaki çeşitlilik ve hemşire

akademisyenler ile gerçekleştirilen araştırma sayısındaki yetersizliktir.

Sonuç ve Öneriler

Holistik bakımın bir parçası olan manevi bakımın eğitim içeriğinin hazırlanması ve sunulmasında aktif sorumlulukları olan hemşire akademisyenlerin manevi bakıma ilişkin geniş bir bakış açısına sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Maneviyat / manevi bakım algılarında olduğu gibi bu bakımı sunma konusundaki yeterlilik algılarının geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır.

Bu noktada akademisyenlere yönelik manevi bakıma ilişkin hizmet içi eğitim programlarının, workshopların, seminer ve sempozyumların düzenlenerek yeterliliklerinin artırılması önerilebilir. Akademisyenlerin öğrencilerin de aktif olarak katıldığı öğretim yöntemlerinin uygulanmasına (simülasyon, hasta birey ile karşılaşmaya odaklanan senaryolar ve yansıtıcı egzersizler gibi) ilişkin becerilerinin geliştirilmesi, öğrencilere bu bilginin daha etkin şekilde aktarılmasına olanak sağlayacağı için önemli bir uygulama olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Ross L, McSherry W, Giske T, Van Leeuwen R, Schep-Akkerman A, Koslander T, et al. Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Educ Today*. 2018; 67: 64-71.
2. Meyer CL. How effectively are nurse educators preparing students to provide spiritual care? *Nurse Educ*. 2003; 28: 185-90.
3. Nardi D, Rooda L. Spirituality-based nursing practice by nursing students: an exploratory study. *J Prof Nurs*. 2011; 27(4): 255-63.
4. Cooper KI, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013; 33: 1057-61.
5. ICN (2012) Code of Ethics. International Council of Nurses. [Cited: July 16, 2018]. Available from:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

6. American Nurses Association (ANA). 2016. Nurses' Roles and Responsibilities in Providing Care and Support at the End of Life. [Cited: July 16,2018]. Available from: <https://www.nursingworld.org/~4af078/globalassets/docs/ana/ethics/endoflife-positionstatement.pdf>
7. Position on the Role of Nurses in the Practice of Complementary & Integrative Health Approaches (CIHA). 2016. [Cited: July 16, 2018]. Available from: <http://www.ahna.org/Resources/Publications/PositionStatements>
8. Erdemir F. Hemşirelik el tanıları kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2012: sy: 447-455.
9. Yönetmelik. 2011. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.aspx>. Erişim tarihi: 16.07.2018.
10. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) 2014, <http://www.hemed.org.tr/images/stories/hucep-2014-pdf.pdf> Erişim tarihi: 16.07.2018.
11. Johnson PT, Cheshire M, Wood F.G, Dunn LL, Ewell PJ. Daily spiritual experiences of nurse educators and relationship to depression and health. *J Christ Nurs* 2016; 33(3): 179-83.
12. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004; 8(1); 37-45.
13. Riklikiene O, Vozgirdiene I, Karosas LM, Lazenby M. Spiritual care as perceived by Lithuanian student nurses and nurse educators: A national survey. *Nurse Educ Today*. 2016; 36: 207-13.
14. Dağhan S. Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care; an example of Turkey. *J Religion and Health*. 2018; 57(1): 420-30.
15. Sağkal Midilli T, Kalkım A, Dağhan Ş. Spiritual care related opinions and

- practices of nursing students. *International Journal of Human Sciences*. 2017;14(1):666-77.
16. Kalkım A, Sağkal Midilli T, Baysal E. An investigation of the perceptions and practices of nursing students regarding spirituality and spiritual care. *Religions*. 2016; 7(101): 1-13.
 17. Kalkım A, Sağkal Midilli T, Dağhan S. Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care and their spiritual care competencies. *J Hosp Palliat Nurs*. 2018; 20(3): 286-95.
 18. Connors J, Good P, Gollery T. Using innovative teaching strategies to improve nursing student competence and confidence in providing spiritual care. *Nurse Educ*. 2017; 42(2): 62-4.
 19. Kroning BM, Yoon D. Student perspective improves spiritual care curriculum. *J Christ Nurs*. 2017; 34(4): E53-E55.
 20. Caldeira S, Figueiredo AS, da Conceição AP, Ermel C, Mendes J, Chaves E, et al. Spirituality in the undergraduate curricula of nursing schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions* 2016; 7(134): 1-9.
 21. Cone PH, Giske T. Teaching spiritual care – a grounded theory study among undergraduate nursing educators. *Journal Clin Nurs*. 2012; 22: 1951–60.
 22. Taylor EJ, Testerman N, Hart D. Teaching spiritual care to nursing students: An integrated model. *Journal of Christian Nursing* 2014; 31(2): 94–9.
 23. Bennett V, Thompson M. Teaching spirituality to student nurses. *J Nurs Educ Pract*. 2015; 5(2): 26–33.
 24. Ku Y. What are the professional skills for spiritual nursing? *JOJ Nurse Health Care* 2017; 1(2): 001-002.
 25. Esin MN. Örneklem. Erdoğan S., Nahcivan N., Esin N, editörler. *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. s. 189.
 26. Azarsa T, Davoodi A, Khorami Markani A, Gahramanian A, Vargaeei A. Spiritual wellbeing, attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence among critical care nurses. *J Caring Sci*. 2015; 4(4): 309-20.
 27. Ergül Ş, Temel AB. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 23(1); 75-87.
 28. Dağhan S, Kalkım A, Sağkal Midilli T. Psychometric evaluation of the Turkish form of the spiritual care competence scale. *J of Religion and Health*. 2019; 58(1); 14-27.
 29. Yılmaz M, Gurler H. The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Nurs Ethics*. 2014; 21(8): 929-45.
 30. Wallace M, Campbell S, Grossman SC, Shea JM, Lange JW, Quell TT. Integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2008, 5, Art.10.
 31. Burkhart L, Schmidt W. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. *J Prof Nurs*. 2012; 28(5): 315–21.
 32. Timmins F, Murphy M, Neill F, Begley T, Sheaf G. An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. *Nurse Educ Today*. 2015; 35(1): 277-82.
 33. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res*. 2010; 23: 242–44.
 34. McSherry W. The principal components model: A model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs*. 2006; 15: 905–17.
 35. Murray R, Dunn KS. Assessing nurses' knowledge of spiritual care practices before and after an educational workshop. *J Contin Educ Nurs*. 2017; 48(3): 115-22.
 36. Lemmer CM. Reflections on teaching “spirituality in the healthcare environment”. *J Holist Nurs*. 2010; 28: 145–49.
 37. Galloway S, Hand MW. Developing and evaluating a simulation exercise to teach spiritual care to undergraduate nursing students. *Nurse Educator*. 2017; 42(4): 199-203.

38. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011; 20(11-12): 1757-67.
39. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2013; 33: 574-79.
40. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2009; 3: 41-52.
41. Çetinkaya B, Azak A, Altundağ DS. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Aust J Adv Nurs*. 2013; 31(1): 5-10.
42. Kavak F, Mankan T, Polat H, Sarıtaş SÇ, Sarıtaş S. Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(1): 21-4.
43. Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *J Clin Nurs*. 2009; 18: 2857-69.
44. Emamzadeh Ghasemi HS, Rafii F, Farahani MA, Mohammadi N. Being at peace as an important factor in acquiring teaching competency by Iranian nurse teachers: A Qualitative Study. *Glob J Health Sci*. 2014; 6(3): 109-16.
45. Ross L, Giske T, van Leeuwen R, Baldacchino D, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Educ Today*. 2016; 36: 445-51.

Yaşlılıkta Mobiliteye Bağlı Yetiyitimi ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Sorumlulukları**Mobility-Related Disability in Age and Responssibilities of the Public Health Nursing****Serap CANLI¹****ÖZ**

Dünyada yaşlı nüfus her geçen yıl artmaktadır. Yaşlılık biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleriyle değişim ve sorunların görüldüğü bir yaşam sürecidir. Bu süreçte yaşanan kronik hastalıklar ve yetiyitimi yaşam kalitesinde bozulmaya, bakım ile ilgili yetersizliklere ve ciddi boyutlara varan ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Çoğu kronik hastalığa bağlı, mobilite ile ilişkilendirilebilen yetiyitimi koruyucu önlem ve müdahaleler ile azaltılabilir. Sağlık profesyonelleri içerisinde yer alan halk sağlığı hemşirelerinin artan yaşlı nüfusun mobilite ve yetiyitimi ile ilgili sağlık sorunlarına yönelik 'Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinde' edindiği rol yadsınamaz konumdadır. Ancak en önemli sorun halk sağlığı hemşirelerinin yaşlıların yetiyitimi, mobilite sorunları ve bu sorunlara yaklaşımları konusunda yeterli bilgi birikiminin olmamasıdır. Bu çalışmada, ülkemizde yaşayan yaşlılarda yetiyitimi, mobilite ve özellikleri hakkında bilgi vermek, mobiliteye bağlı yetiyitiminin değerlendirilmesi ve geciktirilmesinde, dolayısıyla 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında halk sağlığı hemşirelerinin sorumluluklarının neler olduğu konusuna rehber oluşturarak katkı sağlayabilmek amaçlanmıştır. Halk sağlığı hemşirelerinin bu amaç doğrultusunda mobiliteye bağlı yetiyitimli yaşlı bireyleri izleyerek değerlendirmeleri ve uygun girişimleri planlamaları önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Mobilite, Yaşlı, Yetiyitimi

ABSTRACT

The elderly population is increasing every year in the world. Old age with its biological, psychological and sociological aspects is a process which has its own unique transformations and problems. Chronic diseases and disability in this process cause deterioration in quality of life, inadequacies regarding care, and economic loss at substantial levels. Disability, which are mostly due to chronic diseases and can be linked to mobility, can be reduced by protective measures and interventions. The role of public health nurses, one of the health professional group, in 'Elderly Health Services' towards health problems related to mobility and disability in the elderly population growing, is undeniable. However, most important problem is that public health nurses do not have sufficient knowledge about disability and mobility problems of elderly people and their approaches to these problems. In this study, it is aimed to provide information about the disability, mobility and characteristics of elderly people living in our country, and to contribute by presenting a guidance on the responsibilities of public health nurses in evaluating and delaying mobility-related disability thus improving the quality of life for people aged 65 and over. It is recommended that public health nurses follow up elderly people with mobility related disability and plan appropriate interventions in accordance with this purpose.

Keywords: Nursing, Mobility, Aged, Disability

Geliş Tarihi/Received: 23.01.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 04.12.2018

¹ Ankara Üniversitesi, Haymana Meslek Yüksekokulu, ORCID:0000-0002-7759-5650

Sorumlu yazar / correspondence: Serap CANLI, Öğr.Gör.Dr., Ankara Üniversitesi, Haymana MYO, Yaşlı Bakım Programı, Yenimahalle Ankara Caddesi Haymana/ANKARA, seunal@ankara.edu.tr

Giriş

Bilim ve teknolojideki gelişmeler, erken dönemde teşhis ve tedavinin sağlanması ile hastalıkların önlenmesi, bunun yanında eğitimdeki ilerlemelere paralel olarak yaşam standartları yükselmiş, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişimi ortalama ömre olumlu olarak yansyarak, yaşlı nüfusta artış olmuştur (1,2). Birleşmiş Milletler (BM)'in yayınladığı "Dünya Nüfus Tahminleri Raporu"na göre, 2017 yılı yaşlı nüfus oranı %13'e yükselmiştir. 2050 yılında Afrika hariç tüm bölgelerde bu nüfusun yüzde 25'i aşacağı öngörülmektedir (3). Ülkemiz yaşlanma ile ilgili sürecin hızlı olduğu ülkelerden biridir ve dünya ülkelerine benzer yaşlanma oranlarına sahiptir (1,2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) raporuna göre ülkemizde yaşlı nüfus oranı 2016 yılında %8,2'dir (4). TÜİK 2013-2075 nüfus projeksiyonuna göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10'un, 2050'de ise %20'nin üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir (5). 20. yüzyılın başlarından itibaren başlayan ve 21. yüzyılda daha görünür hale gelen nüfus yaşlanması çözümlenmesi gereken pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir (6). Yaşlanma ile birlikte biyolojik, fizyolojik ve psikolojik işlevlerde değişim ve gerilemeler ile vücut fonksiyonlarında ileri derecede yetersizlik ve günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasında güçlükler yaşanmaktadır (7). Yaş ilerledikçe bilişsel işlevlerde yıkım, kronik hastalıkların artışı ve yetiyitimi ile ilişkili olarak fiziksel aktiviteler yavaşlamakta, yaşam kalitesi bozulmakta (8) ve uzun süreli bakım gereksinimi doğmaktadır (9).

Yetiyitimi, vücut fonksiyonlarındaki yetersizlik (impairment), günlük yaşam ve aktiviteye katılım ile (10), ayrıca bir aktiviteyi yapabilmeye yeti kısıtlanması ya da kaybı olarak tanımlanan çok boyutlu ve oldukça karmaşık bir kavramdır (10,11). Yaşlılarda yetiyitimi bireysel ve toplumsal etmenlerden kaynaklanmakta olup; yetiyitim derecesinin belirlenmesinde vücut fonksiyonlarındaki gerilemeler ve kronik hastalıklar etkili olmaktadır. Yetiyitiminin ortaya çıkmasında, duyuşsal, bilişsel ve ruhsal sorunlar, kronik hastalıkların tedavisinin yetersiz olması, uygun olmayan beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol gibi zararlı madde kullanımı, sedanter yaşam ile sosyal desteklerden yoksun olma temel belirleyicilerdir (10). İşlevsel kayıpların meydana gelmesine yol açan yetiyitimi (12), yaşlının sadece

günlük yaşam aktivitelerini ve bağımsızlığını azaltmaz aynı zamanda yaşlının iş/toplumsal rollerinin ve sosyal ilişkilerinin de bozulmasına yol açarak yaşlıyı ve çevresini etkileyebilir (5).

Yaşlı bireylerde yetiyitiminin gelişmesine neden olan bazı kronik hastalıkların sıklığına bakıldığında hipertansiyonun %68, diyabetin %24, kan kolesterol-lipit yüksekliğinin %50,8, metabolik sendromun %48'lerde olduğu görülmektedir (13). Yaşlanma ile kronik hastalıklar ve yetiyitimi artarken aynı zamanda yetiyitimi derecesinde de artış olmaktadır. 2010 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı "Dünya Sağlık Araştırması"nda (14) 60 yaş ve üzeri kadınların %19,2'sinin, erkeklerin %12'sinin yetiyitimli olduğu, tüm yaşlıların ise %9,8'inin ağır derecede yetiyitimine sahip olduğu bildirilmiştir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre yetiyitim oranına bakıldığında, gelişmiş ülkelerde %29,5 olan bu oranın gelişmekte olan ülkelerde %43,4 olduğu belirlenmiştir. Aynı raporda kadınlarda erkeklerden altı kat daha fazla olan yetiyitiminin 2040 yılında ise yaklaşık 5 kat artacağı tahmin edilmektedir (12). Ülkemizde ise her 10 kişiden biri yetiyitimine sahiptir ve yaşlanmanın sonucu olarak yetiyitimi derecesinde artış olmaktadır (6,13).

Yetiyitimine neden olan fonksiyonel yetersizliklerin önemli bir kısmı kas gücünde azalma ve mobilite yetersizliklerinden kaynaklanmaktadır (14). Tüm dünyada 70 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin beşte biri, 85 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin ise yarısı yetiyitimi nedeniyle (yemek yeme, giyinme, banyo yapma vb. gibi) temel gereksinimlerini karşılayamamaktadır (6,14). Ülkemizde bu oran 65 yaş ve üzeri yaşlılarda %11,5'dir (14). Yine dünya genelinde yaşlıların dörtte biri herhangi bir yardım almadan dışarı çıkamazken aynı zorluklar telefon etme, parasal işlemler gibi entrümental günlük yaşam aktivitelerinde de görülmektedir (14).

Yaşlılıkta ortaya çıkan sağlık sorunları önlenbilir ya da olumlu yönde değiştirilebilir (8). Yaşlılarda yaygın olarak bulunan yetiyitimi bakım, koruyucu programlar, eğitim ve danışmanlık gibi girişimlerle ilerlemesi yavaşlatılabilen bir durumdur (15) ve bu girişimler yetiyitimi olan yaşlılarda tedaviden daha fazla ön plana çıkmaktadır (16). Bu, bir bakım disiplini olan hemşireliğin fonksiyonlarının yaşlı

hizmetlerinde ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Yaşlıların özellikle uzun süreli bakım ile koruyucu hizmetlere olan gereksinimi birinci basamak sağlık hizmetlerinin dolayısıyla halk sağlığı hemşireliğinin önemini ortaya koymaktadır. Yaşlı bireyi tüm yönleriyle değerlendirip, mobilite ile ilgili sorunları belirleme, bu sorunların çözümüne yönelik sevk ve danışmanlık hizmetlerini yerine getirmede ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlamasında halk sağlığı hemşireleri anahtar konumdadır (15,17,18).

Bu çalışma ile yaşlı bireylerde mobiliteye bağlı oluşabilecek yetiyitiminin önlenmesi ve azaltılmasına ilişkin uygun hemşirelik girişimlerinin belirlenebilmesi ve halk sağlığı hemşirelerinin mobilite sorunlarına yönelik daha etkin rol üstlenebilmesine yardımcı olunması için rehber olmak amaçlanmıştır. Çalışmanın halk sağlığı hemşireleri için yaşlılarda yetiyimi ve mobilite konularında eğitim, danışmanlık ve egzersiz gibi girişimlerde sorumluluklarının neler olduğu konusunda yol gösterici olacağı düşüncesindeyiz.

Yetiyitimi Sınıflandırması

Yetiyitimi “yaşam boyu yetiyitim” ve “ileri yaş yetiyitim” başlıkları altında ikiye ayrılabilir. “Yaşam boyu yetiyitim” ciddi bir kronik hastalıkların çocukluk ya da gençlik çağında başlayıp devam ettiğini ifade etmektedir. “İleri yaş yetiyitimi” ise bu sorunun orta ve ileri yaşlarda sonradan başladığını ifade etmektedir. İleri yaş yetiyitiminin doğal başlangıcı orta ya da ileri yaşlarda olan kronik hastalıklardır. Başlangıçta birkaç aktivite alanını sınırlandırır ancak müdahale edilmediğinde ilerleyicidir (12).

İnsanın işlevselliği ve kısıtlılıklar ile ilgili durumların tanımını sağlayan, sağlık ve sosyal bilim alanında çalışan grupların yetiyitimi konusunu farklı yönleri ile ele aldığı sınıflandırma şekli Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Diseases-ICD)’dir. DSÖ tarafından koordine edilen sistematik ve uluslararası çalışmalardan sonra 22 Mayıs 2001’de 54. Dünya Sağlık Toplantısı’nda bireylerin sağlık durumu ile çevresi arasındaki ilişkiye göre düzenlenmiş bu sınıflandırma uluslararası kullanım için onaylanmıştır. ICF’ın sağlıkla ilgili alanları: Vücut İşlevleri, Etkinlik ve Katılımdır (19).

DSÖ tarafından 2001 yılında oluşturulan bu sınıflandırma sistemi, ülkemizde ilk olarak 2006 yılında, son olarak 2013 yılında Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmeliğin hazırlanmasında esas alınmıştır (20).

Yaşlanma ve Yetiyitimi

Yaşlıların tamamının bir sağlık sorunu olmakla birlikte yaşlılık sürecinde biyopsikososyal değişiklikler ile yetiyitimi ortaya çıkabilmekte, kişi ya da çevresinden kaynaklanan çeşitli faktörler de süreci hızlandırıp yavaşlatabilmektedir (9). Hastalık Yükü Ağrı Projesi (Burden of Disease Network Project) sonuç raporuna göre yaşlıda yetiyitiminde yaş, cinsiyet, genetik gibi değiştirilemeyen risklerle birlikte, erken müdahale programları ile kontrol altına alınabilen sağlıksız beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam ile sosyal destek sistemlerinin yokluğu, kültürel ve sosyal engeller rol oynamaktadır (21).

Ülkemizde yetiyitimi ile ilgili yeterli ve güncel veri bulunmamaktadır. Ancak en kapsamlı çalışma 2002 yılında “Türkiye Özürlüler Araştırması” adı altında yapılmıştır. Araştırma-ya göre özürlü nüfus oranı %12,3’dür ve 60-69 yaş arasında %37; 70 yaş üzerinde %44 olan özürlü oranı kadınlarda fazladır. Yaşlı bireylerde görme, işitme ve ortopedik özürlü diğer yaş gruplarına göre daha fazladır (14,22). Bu araştırmanın 2006 yılında yapılan ikincil analizi sonuçlarına göre 65 yaş üstü grupta özürlü oranı %35,9 iken bu oran 85 yaş ve üzeri grupta %47,2’dir. Rapora göre hareketsiz yaşam, sağlıksız beslenme, kronik hastalık sıklığının fazla, eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, olumsuz çevresel faktörlerin bulunması ve ileri yaş ülkemiz için yetiyitiminin artışı beraberinde getiren risk faktörleridir (14,23). Ülkemizde Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması raporunda ise, 65 yaş ve üzerindeki yaşlıların %15,2’sinin herhangi bir özürlüye sahipken, aynı yaş grubunda görme özürlü olanların oranının %15,8, ortopedik özürlü olanların oranının %16,7, süregen hastalığa sahip olanların oranının %25,9 ve çoklu özürlülük oranının %26,5 olduğu bildirilmiştir (24). Yaşlanma süreci sonucu ortaya çıkabilen yetiyitimi sosyal ve ekonomik açıdan yüksek maliyetlere (9), bakım hizmetinin yetersizliğine neden olabilir (25). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yetiyitimi olan yaşlı bireylere sunulan

(yemek yedirme, ilaç uygulama, fizik tedavi gibi) bakım hizmetleri yetersiz düzeydedir (12). Oysa DSÖ yetiyitiminin yaşlanmanın doğal bir sonucu olmadığını, yaşlılarda koruma ve tedavideki gelişmelere paralel olarak erken dönemde yapılan girişimlerin yetiyitimi oranlarını azalabileceğini bildirilmektedir (25).

Yaşlı Bireylerde Mobiliteyi Etkileyen Faktörler
Yaşlanma ile birlikte gerilemenin görüldüğü alanlardan biri de sinir sisteminin kontrol ettiği, gövde, kol ve bacak hareketlerinin (26) yer aldığı aynı zamanda hareket yeteneği olarak tanımlanan mobilitedir. Mobilite denge, güç, koordinasyon ve oryantasyon gibi çok sayıda fiziksel yetiyi gerektirir (27).

Mobilite 2'ye ayrılır. Bunlardan biri bireyin seçmediği, kültürel ve sosyal farklılıklara göre değişmeyen, (yatağa yatma/kalkma, evde ve dışarıda yürüme, bir yere oturma ve bir yerden kalkma gibi) günlük yaşam aktivitelerini içeren *Temel Mobilite*, diğeri günlük ev ve bahçe işlerini yapma, toplu taşıma araçlarını kullanma ile ilgili genellikle dış mekan etkinliklerini içeren *Seçime Dayalı Mobilite*'dir (28).

Mobilite; yaş, bilişsel durum, görme, düşme korkusu, algısal ve psikolojik değişkenler, çevreyi tanıma-farkında olma, aktif olmama gibi pek çok faktörden etkilenir. Ayrıca renk, kontrast ve çevredeki nesnelere birbirine göre hareketi, ışık kalitesi, mimari yapı gibi çevresel faktörler de mobilite fonksiyonunu etkileyebilir. Yaşlılarda kronik hastalıklar ve ilişkili yetiyitimi, dejeneratif bozukluklar, uzun süreli istirahat, bazı ilaçlar, ayak sorunları, kötü motivasyon ve postür hipotansiyon mobilite sorunlarına neden olabilir (29). Yaşlı kişilerin büyük ölçüde pasif ve sınırlı davranışlar sergilemesi yönünde olan toplumsal beklenti, sosyalleşme sürecinde erkeğin daha dışa dönük ve hareketli, kadının ise daha içe dönük ve hareketsiz olması da mobilite düzeyini etkileyebilir (30).

Yapılan çalışmalarda ilerleyen yaş ile birlikte mobilitede azalma olduğu, 65 yaş üzeri bireylerde %7,7 oranında mobilite bozuklukları görülürken 80 yaş ve üzerine çıkıldığında bu oranın %35'lere yükseldiği görülmektedir. Yürüme hızı tipik olarak 63 yaşına kadar her yıl %0,2 oranında azalırken, 63 yaşından sonra yaşlı erişkinlerde her yıl %1,6 oranında azalmaktadır. Hareket kısıtlılıkları yaşlıların %25'inden fazlasını

etkiler ve büyük oranda ileride yetiyitimi ve mortalite ile sonuçlanır (30).

Mobilite ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin geliştirilmesinde, gereksinimlerine yönelik bir bakımla desteklenmeleri önemlidir. Bu nedenle yaşlı bireylerin sorun ve gereksinimlerinin saptanması ile bunlara yönelik uygun hemşirelik bakımının sağlanmasında hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır (31).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlarda, bakım ve huzurevleri ile hastaneler ve geriatri üniteleri gibi kurumlarda ya da ev ziyaretleri sırasında yaşlının yaşadığı mekanlarda yapılacak geriatik değerlendirme henüz tanımlanmamış olan problemlerin ortaya çıkarılmasında ve yüksek riskli bireylerin saptanmasında yardımcı olacaktır (32).

Mobilite ile ilgili pek çok sorun çoğunlukla yaşlı ve ailesi tarafından yaşlılığa bağlanarak önemsenmez ve özellikle sorulmadıkça bildirilmez. Hemşire bu nedenle dikkatli bir gözlem ve değerlendirme yaparak mobilite sorunlarını tespit etmelidir. Sorunun varlığı saptandıktan sonra daha ayrıntılı bir değerlendirme ile sorunun kaynağı ve yol açabileceği olası sorunlar gözden geçirilmelidir. Mobilite durumunun değerlendirilmesinde amaç aktivitelerin güvenli ve bağımsız bir biçimde yapılıp yapılamadığı ve sınırlılıklardan kaynaklanan bir komplikasyon riski olup olmadığını tespit etmektir. Ayrıntılı mobilite değerlendirmesinin; egzersiz (yoğunluk, sıklık), postür, bağımlılık, kas gücü ve koordinasyon, oturma, ayağa kalkma, dengede durma, yatar pozisyondan kalkma ve yürüme gibi bazı manevralar yönünden değerlendirmeyi içermesi gerekir (33). Bunun için çeşitli ölçekler ve testler kullanılabilir (34). Bu değerlendirmenin ardından kas-iskelet sisteminin eklem ve çevre dokularının gözlem ve palpasyonla muayenesi ile şişlik, kızarıklık, hassasiyet, ağrı, sıcaklık, asimetri ve düşme riski gibi faktörler gözden geçirilir. Düşme riski değerlendirmesinde; düşme hikayesi, fiziksel durum (baş dönmesi, görme bozukluğu, yürüme bozukluğu vs.), mental durum (anlama, hatırlama ve oryantasyon güçlüğü vs.) ve ilaç kullanım durumunun (anhipertansifler, psikotropik ilaçlar vs.) sorgulanması gerekir (33). Bireylerin ev içinde herhangi bir destek almaksızın hareket etmesinde ev içindeki bazı özelliklerin önemli bir yeri olduğu ve ev içi

özelliklerin yaşlı bireyin hareketini engellerebileceği ve mobilitesini sınırlandırabileceği düşünülerek incelenmesi (35) önerilmektedir.

Yaşlının duygularını ifade etmesini, kendi kararlarını vermesini, becerilerini sergilemesini destekleyerek, bağımsız hareket etmesine yardımcı olunmalıdır (33).

Yaşlı bireylerde mobilitenin artırılması, inaktivitenin engellenmesi, fiziksel aktivite ve egzersiz, rehabilitasyonun özünü teşkil etmektedir. Düzenli fiziksel aktivite sadece kas gücünü artırarak ve postüral dengeyi geliştirerek mobilitiyi artırmaz, düşmeleri ve kırıkları önleyerek de mobilitiyi artırmış olur (34). Artan mobilite yaşlılarda fonksiyonel bağımsızlığı geliştirir (36).

Düzenli fiziksel aktivite hemşirelik literatüründe 1960'lı yıllara kadar egzersiz olarak ifade edilmiştir. O yıllarda hastalıkları önleme davranışı olan egzersiz üzerine fazla çalışma yapılmamıştır. Ancak düzenli egzersizin faydaları hemşireler tarafından bilinmektedir. Diğer taraftan halk sağlığı ile ilgilenen hemşirelerin hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme kavramlarını sıkça kullandıkları dikkat çekmektedir. Hemşirelerin kullandığı kavramın egzersiz olmasına rağmen, fiziksel aktivite, 1900'lü yıllardan bu yana sağlığı koruyan, geliştiren ve hastalıkları önleyen davranış olarak değerlendirilmiştir (37).

Hemşireler birey, aile ve toplumun sedanter yaşam şeklini değiştirme ve fiziksel aktivite ile ilgili danışmanlık yapmada eşsiz bir konuma sahiptir (37). 2011 tarihli "Hemşirelik Yönetmeliği"nde birey ve ailenin eğitim ve danışmanlık ihtiyacının belirlenmesi ve yerine getirilmesini sağlama sorumluluğu tanımlanmıştır. Bu madde aktivite ve egzersiz yönetimine de uyarlanarak tek başına ve/veya hekimle birlikte yapabileceği işlemler arasında sayılabilir (38).

Yaşlı bireyi fiziksel aktivite ve egzersiz konusunda destekleyecek olan hemşireler, egzersiz programını düzenlerken yaşlıları 1996'da DSÖ tarafından önerilen aşağıdaki gruplara göre değerlendirmelidir:

Grup 1: Bu grupta fiziksel aktivite yapması uygun, herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan yaşlı bireyler yer alır. Fiziksel aktivitenin yaşlılar tarafından hastalıklardan korunmak için yapılması önemlidir.

Grup 2: Bu grupta kronik hastalığı bulunan, kas iskelet sistemine özgü sorunları olan, bağımsız yaşlı bireyler yer alır.

Grup 3: Bu grupta kronik hastalığı bulunan, günlük işler için başkalarının yardımına gereksinim duyan yaşlılar yer alır (39,40).

"Amerikan Diyabet Birliği" (41), DSÖ "Sağlık İçin Fiziksel Aktivitede Küresel Öneriler" (42) klavuzu, "Egzersiz Uygulanırken Göz Önünde Tutulacak Genel Prensipler"e (43) göre de egzersizi planlamalıdır. Buna göre;

- Amaçları iyi saptamalı,
- Kişinin kapasitesine uygun ve özelleştirilebilir olmasını sağlamalı,
- Şiddet, süre, sıklık, ısınma ve soğuma periyotlarını ayarlamalı,
- Kişinin sağlık durumu, istekleri, yaşam koşulları göz önüne alınmalı,
- Yaralanma ihtimaline karşı güvenlik önlemleri almalı,
- Yüksek seviyelere kademeli ilerleme ile geçilmeli,
- Hastaların ilaç kullanımına dikkat etmeleri gerektiği hatırlatılmalı,
- Ani başlayan göğüs ağrısı, çarpıntı, solunum güçlüğü olup olmadığına dikkat edilmeli,
- Teri absorbe eden uygun giysiler ve ayakkabılar giyilmesi sağlanmalı,
- Egzersizden önce yeterince ve aralıklı sıvı alınması sağlanmalı,
- Aktiviteler zevkli, kolay uygulanabilir olmalı, düzenli ve sürekli uygulanmalı,
- Aktiviteler dinlenme, gevşeme safhaları bırakacak şekilde ritmik olmalı,
- Yaşlılar egzersiz için cesaretlendirmelidir (40-42).

Mobiliteye bağlı yetiyitimi olan ya da mobilite durumu bozulma riski taşıyan yaşlılarda genel hemşirelik girişimleri kısaca; yaşlının değerlendirilmesi, hareketsizlikten kaçınmaya, beden mekaniklerini doğru kullanmaya ve uygun postürü sürdürmeye yönelik girişimler, fiziksel

aktiviteyi arttırmaya yönelik egzersiz planlama, bir işi en az enerji harcayarak yapmaya yönelik eğitim, motivasyonu geliştirmeye yönelik danışmanlık, yardımcı araçların uygun kullanımı, transfer beceri eğitim ve uygulamalarıdır. Yaşlı bireye özgü olarak seçilebilecek bu girişimler mobilite sorunlarının etkili biçimde ele alınmasında hemşireye rehber olacaktır (33). Bunların yanı sıra hemşirelerin özellikle yaşlı bakımı ile ilgili alanlarda görev alanların, yaşlı bireyleri ilgilendiren ulusal ve uluslararası tüm konularda güncel bilgiye sahibi olması (14) ve gelişmeleri takip etmesi de gereklidir (44).

Sonuç

Yaşlanma ile birlikte gerilemenin görüldüğü alanlardan biri de hareket yeteneği olarak tanımlanan mobilitedir (29). Mobilite düzeyi, yaşlı bireyin yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemli bir ölçüttür (29,30). Bu nedenle de yaşlı bireylerin düzenli aralıklarla mobilite düzeyleri değerlendirilmeli ve mobiliteye ilişkin gerekli önlemler alınmalıdır.

Yaşamın her döneminde bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde görev alan hemşireler, yaşlı birey ile yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini korumak ve aktif bir yaşam sürmelerini sağlamakta çeşitli sorumluluklar üstlenerek yer almalıdır. Yaşlı bireylerde mobiliteye bağlı yetiyitimiye yönelik yaşlı ile ev ya da kurumda karşılaşan halk sağlığı hemşireleri sorumlulukları ise şu şekilde özetlenebilir;

- Halk sağlığı hemşireleri mobiliteye bağlı sorun ve gereksinimleri belirlemek için yaşlı bireyi fiziksel, sosyal ve ruhsal yönleriyle bir bütün olarak değerlendirmelidir.
- Aktivitelerin yapılması ile ilgili sınırlılık ve engellerin olup olmadığını belirlemek için fiziksel test ve/veya aktivite değerlendirme materyalleri kullanarak ayrıntılı mobilite değerlendirmesi yapmalıdır.
- Mobilitiyi sınırlandırabileceği göz önünde bulundurularak *Ulaşılabilirlik ve Engelliler İçin Evrensel Standartlar* gibi kılavuz kaynakları kullanarak ev ya da kurumda iç mekan düzenlemesini değerlendirmelidir.

- Halk sağlığı hemşireleri yetiyitimi ile ilişkili olabilecek kronik hastalıklar konusunda gelişmeleri yakından takip etmelidir.
- Yaşlılarda mobilitiyi artırıcı egzersiz ve danışmanlık programlarına dahil olmalı, yaşlıyı bu programlara dahil etmeli ve bu konuda devamlılık sağlamalıdır.
- Halk sağlığı hemşireleri yaşlıların mobilite sorunları ve çözüm önerilerine yönelik daha fazla araştırma yapmalıdır.

Ülkemizdeki yaşlılara hizmet sunan ya da sunacak olan halk sağlığı hemşirelerinin mobilite ve yetiyitimi konusunda sahip olması gereken sorumluluklarının neler olduğunun tartışılarak farkındalık yaratılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Bahar A. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
2. Kutsal YG. Yaşlanan dünya, yaşlanan toplum, yaşlanan insan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. 2003; 24(3): 1-6.
3. BM (Birleşmiş Milletler). BM'nin Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi Dünya Nüfus Tahminleri Raporu [Erişim tarihi: 13 Aralık 2017]. Erişim adresi: <http://www.un.org.tr/tr/dunya-nufustahminleri&submit=Search>.
4. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). İstatistiklerle Yaşlı Nüfus 2016 [Erişim tarihi: 2 Aralık 2017]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı (2015-2020). ISBN: 978-975-590-520-4. Ankara: Anıl Matbaa; 2015. s. 3-30.
6. WHO (World Health Organisation). World Population Prospects The 2015 Revision [Cited: 2017 Jul 9]. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects2015revision.html>.
7. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life

- in elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health. 2008; 22(8): 323.
8. WHO (World Health Organization). Active Aging: A Policy Framework Madrid 2002 [Cited: 2017 December 08]. Available from: [https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active - Ageing-Framework .pdf](https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf).
 9. Verbrugge LM, Patrick DL. Seven chronic conditions: their impact on U.S. adult's activity levels and use of medical services. Am J Public Health. 1995; 85(2): 173-82.
 10. Keskinoglu P, Bilgiç N, Pıçakçıefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi-1 nolu sağlık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Türk Geriatri Dergisi. 2003; 6(1): 27-30.
 11. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ünal B. Ergör G, editörler. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909. Ankara: Anıl Matbaa; 2013.
 12. WHO (World Health Organization). World report on disability. WHO Library Cataloguing in Publication Data 2011 [Cited: 2017 January 26]. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
 13. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). Türkiye İstatistik Yıllığı Sağlık İstatistikleri 2013 [Erişim tarihi: 5 Ocak 2018]. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=1.
 14. Keskinoglu, P. Yaşlılık ve yetiyitimi. İçerisinde: Aslan D. Ertem M, editörler. Yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler. HASUDER. Palme Yayıncılık; 2012. s. 75-80.
 15. Staab AS, Hodges LC. Problems with mobility. In: Essentials of gerontological nursing. Lippincott, New York: Philadelphia; 1996. p. 65.
 16. Mollaoglu, M. Disability, activities of daily living and self efficacy in dialysis patients. TAF Prev Med Bull. 2011; 10(2): 181.
 17. Maslow K, Mezey M. Recognition of dementia in hospitalized older adults. Am J Nurs. 2008; 108(1): 40-9.
 18. Foster C, Porcari JP, Battista RA, Udermann B, Wright G, Lucia A. The risk in exercise training. Am J Lifestyle Med. 2008; 2(4): 279-84.
 19. WHO (World Health Organization). Çev. Kabakçı, E. Gögüs AE. WHO Library cataloguing in publication data. Bilge Matbaacılık; 2004. s. 3-4.
 20. T.C. Başbakanlık Özürlüler Dairesi Başkanlığı. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmelik [Erişim tarihi: 19 Nisan 2016]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330-4.htm>.
 21. Balzi D, Lauretani F, Barchielli A. Risk factors for disability in older persons over 3 year follow up. Age and Ageing. 2010; 39(1): 92-98.
 22. T.C. Başbakanlık Özürlüler Dairesi Başkanlığı. Türkiye Özürlüler Araştırması [Erişim tarihi: 31 Ocak 2017]. Erişim adresi: http://engelli.eyh.gov.tr/odes/odes_2015/menu=dosya&sayfa=Arastirma.
 23. TÜBİTAK (Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi [Erişim tarihi: 17 Nisan 2017]. Erişim adresi: <http://www.eyh.gov.tr/tr/8399/Turkiye-Engelliler-Arastirmasi-ileri-AnalizRaporu-Ocak2006>.
 24. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010 Raporu [Erişim tarihi: 12 Ocak 2017]. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do.metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=244.
 25. WHO (World Health Organization). Dünya sağlık raporu 21. yüzyılda yaşam herkes için bir vizyon. Cenevre: 1998. s. 62.
 26. Soyuer F, Şenol V, Elmalı F. Huzurevinde kalan 65 yaş ve üstündeki bireylerin, fiziksel aktivite, denge ve mobilite fonksiyonları. Van Tıp Dergisi. 2012; 19(3): 116-21.
 27. Me Peak LE. Psychiatric history and examination. In: Braddom, RL, editor. Physical medicine and rehabilitation. Second ed. WB Saunders Company; 2000. p. 5-11.
 28. Hong CZ, Tobis JS. Psychiatric rehabilitation and maintenance of geriatric patients. In: Lehmann JF, editor. Krusen's handbook of physical medicine and rehabilitation. 4th ed. WB Saunders; 1990.

29. Leat SJ, Lovie-Kitchin JE. Measuring mobility performance: experience gained in designing a mobility course. *Clin Exp Optom*. 2006; 89(4): 215-28.
30. Suri P, Kiely DK, Leveille SG, Frontera WR, Bean JF. Trunk muscle attributes are associated with balance and mobility in older adults: a pilot study. *PM&R*. 2009; 1(10): 916-24.
31. Kulakçı H, Emiroğlu ON. Huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha Sistemi'nin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi [İnternet]*. 2011 [Erişim tarihi: 16 Nisan 2017]; 4: [25-33 s.]. Erişim adresi: http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4579/253_3_Kulakci.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
32. Halil MG. Geriatrik medikal değerlendirme. İçinde: Arioğul S, editör. *Geriatri ve geontoloji*. Ankara: MN Medical & Nobel; 2006. s. 137-147.
33. Carpenito LJ. *Handbook of nursing diagnosis*. Hemşirelik tanıları el kitabı. 13th ed. Erdemir F. (Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010. s. 224.
34. Wieland D, Hirty V. Comprehensive geriatric assessment. *Cancer Control*. 2003; 10(6): 454-62.
35. Northridge ME, Nevitt MC, Kelsey JL, Link B. Home hazards and falls in the elderly: The role of health and functional status. *Am J Public Health*. 1995; 85(4): 509-14.
36. Hardman AE, Stensel DJ. *Exercise and aging, in physical activity and health: The evidence explained*. London: Taylor and Francis Group; 2003. p. 189-203.
37. Özcan A. *Hemşire hasta ilişkisi ve iletişim*. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Yayıncılık; 2006. s. 4-31.
38. THD (Türk Hemşireler Derneği). *Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik* [Erişim tarihi: 31 Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklikyapilmasina-dair-yonetmelik.aspx>.
39. ADA (American Diabetes Association). *What we recommend? 2015* [Cited: 2016 January 16]. Available from: <http://www.diabetes.org/food-and-fitness/types-of-activity/what-we-recommend.html>.
40. Lamb SE. *Exercise and lifestyle*. Oxford textbook of geriatric medicine. 2nd revised ed. Newyork: Oxford University Press; 2000.
41. WHO (World Health Organisation). *Global recommendations on physical activity for health*. WHO Library cataloguing in publication data. 2010. p. 6-30.
42. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. *Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine*. *JAMA*. 1995; 273: 402-407.
43. Berkman LF. The role of social relation in health promotion. *Psychosom Med*. 1995; 57(3): 245-54.
44. Philipose V, Tate J, Jacops S. *Review of nursing literature: evolution of gerontological education in nursing*. *Nurs Health Care*. 1999; 12(10): 524-30.

Çocuklarda Ekstrakorporal Membran Oksijenasyonu Uygulaması ve Hemşirelik Bakımı Application of Extracorporeal Membran Oxygenation in Children and Nursing Care

Gizem KERİMOĞLU YILDIZ¹, Birsen MUTLU²

ÖZ

Ekstrakorporal Membran Oksijenasyonu (EKMO) son dönem kardiyopulmoner yetersizlik veya kardiyak arrest geçiren bebeklerde/çocuklarda akut dolaşım desteğini sağlayabilmek amacıyla ya da solunum yetmezliğinde, geçici ve yapay bir destek olarak kullanılan kurtarıcı bir uygulamadır. EKMO kanülasyonun yapıldığı damarlara göre Venö-venöz EKMO ve Venö-arteriyel EKMO olarak uygulanmaktadır. Hastaların iyileşebilmesi için genellikle günlerce ve haftalarca EKMO ile desteklenmeleri gerekmektedir. Ancak EKMO uygulaması oldukça invazif ve kompleks bir uygulama olması nedeniyle yenidoğanlarda ve çocuklarda ciddi komplikasyonlara da neden olabilmektedir. Bu nedenle EKMO özel olarak eğitim almış sağlık çalışanları ve bir ekip tarafından uygulanmalıdır. Ekibin bir üyesi olan hemşirenin hem çocuğun yoğun bakım ortamındaki bakımının sağlanmasında hem de ailenin işleme ve sürece hazırlanmasında oldukça aktif olması gerekmektedir. EKMO hemşiresi hastanın tüm yaşamsal parametrelerini, kan gazlarını, EKMO parametrelerini, aldığı-çıkardığını ve nörolojik durumunu takip etmeli, herhangi bir komplikasyon gelişmesi riskine yönelik dikkatli olmalı, gereken durumlarda hekimi bilgilendirmelidir. Çocuğun günlük bakımını yapmalı ve uygun yöntemle beslenmesini sağlamalıdır. Dünya'da ve Türkiye'de EKMO uygulamasının yoğun bakımlarda giderek artan bir uygulama olmasına rağmen literatür incelemeleri sonucunda ülkemizde bu konuya ilişkin yapılan çalışmaların ve yayınların azlığı dikkat çekmiştir. Bu nedenle bu konuya ilişkin bilgilerin derlenerek paylaşılması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Çocuk, ekstrakorporal membran oksijenasyonu, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) is a life-saving application which is used as a temporary and artificial support in providing acute circulatory support or respiratory failure of infants/children who have had recent cardiopulmonary insufficiency or cardiac arrest. ECMO is applied as Veno-venous ECMO and Veno-arterial ECMO according to the veins of the cannulation. Patients usually need to be supported by ECMO for days and weeks to be able to recover. However, since ECMO is a highly invasive and complex procedure, it can also cause serious complications in newborns and children. Therefore, ECMO needs to be performed by a specially trained health professionals team. Nurses as members of the team should be active both in providing care for children in intensive care setting and in preparing the family for the process and the procedure. ECMO nurse needs to follow all the vital parameters, arterial blood gases, ECMO parameters, fluid intake and output and neurologic conditions of the patient and needs to be careful about the risk of any complications and inform the physician when necessary. The nurse should do daily care of the child and provide proper nutrition to the child. Despite the fact that in the world and in Turkey ECMO is an increasing application in intensive care, as a result of the literature reviews, it is noticed that the studies and publications about this subject are low in our country. Therefore, it is aimed to compile and share information about this subject.

Keywords: Child, extracorporeal membrane oxygenation, nursing care

Geliş Tarihi/Received: 22.06.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 21.01.2019

¹ Arş. Gör. Dr. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, HATAY- ORCID:0000-0002-6850-7233

² Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İSTANBUL- ORCID: 0000-0002-8708-984X

Sorumlu yazar /correspondence: Gizem KERİMOĞLU YILDIZ, Arş. Gör. Dr., Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tayfur Sökmen Kampüsü, Alahan, HATAY, gizemkrm@gmail.com

Giriş

Ekstrakorporal Membran Oksijenasyonu (EKMO); tedavisi güç, son dönem kardiyopulmoner yetersizlik veya kardiyak arrest geçiren bebeklerde/çocuklarda akut dolaşım desteğini sağlayabilmek amacıyla ya da solunum yetmezliğinde, solunum sistemi ya da dolaşım sistemine vücudun dışından, geçici ve yapay bir destek olarak kullanılan kurtarıcı bir uygulamadır (1-6). EKMO bir tedaviden çok hastaların doğal kalp ve akciğer fonksiyonları düzeline kadar yaşamsal fonksiyonlarını en iyi şekilde sürdürmesini sağlayan bir destek aracıdır (7). İyileşmenin sağlanması için hastaların günlerce EKMO ile desteklenmesi gerekebilir. Bunun yanında, EKMO hala ciddi morbidite ve mortalite ile ilişkili, invazif, kompleks ve maliyeti yüksek bir uygulamadır ve özel olarak eğitim almış sağlık çalışanları tarafından uygulanmalıdır (7,8).

Dünya’da EKMO’ nun, ilk olarak 1972’de geleneksel tıbbi tedavilerin başarısız olduğu, ancak geri dönüşü mümkün kardiyak ve/veya solunum yetersizliği olan yenidoğan ve çocuklarda kardiyopulmoner desteği sağlamak amacıyla kullanılmaya başlandığı ve kardiyak cerrahi sonrasında kullanımının son 30 yılda giderek artış gösterdiği belirtilmektedir (9-11). Dünya genelinde, birçok merkez EKMO kullanımı konusunda artık daha bağımsız hareket etmektedir. Başlangıçta EKMO adayı olmadıkları düşünülen yanık, malign hastalıklar ve travma hastaları da artık EKMO desteğiyle başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir (7). Ayrıca EKMO’nun konjenital diyafragma hernisi ve mekonyum aspirasyonu olan hastalarda sağ kalım oranlarını ciddi oranda arttırdığı belirtilirken, ülkemizde bu endikasyonlar ile EKMO yapılmış bir hasta belirtilmemiştir (12). Ülkemizde EKMO daha çok kardiyotomi ardından gelişebilen akut kalp yetersizliğinin düzeltilmesinde kullanılmaktadır (12). Dünya’da ve Türkiye’de EKMO uygulamasının yoğun bakımlarda giderek artan bir uygulama olmasına rağmen literatür incelemeleri sonucunda ülkemizde bu konuya ilişkin yapılan çalışmaların ve yayınların azlığı dikkat çekmiştir. Bu nedenle bu konuya ilişkin bilgilerin derlenerek paylaşılması amaçlanmıştır.

EKMO Kullanım Endikasyonları

EKMO tedaviden çok bir araçtır ve endikasyon olduğu durumlarda ameliyat öncesi ve sonrası tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır

(13,14). EKMO sağlığı tehdit eden birçok durumda tedavi edici bir yöntem olarak kullanılmakta olup tanının kesin olmadığı durumlarda karar verme sürecine ve iyileşmenin mümkün olmadığı durumlarda kalp transplantasyonu için zaman kazandırır. Miyokardit vb. durumlarda işlevsel bir iyileşmeye, lezyonların cerrahi onarımına ve uzun dönem mekanik desteğe olanak sağlar (14). Bu uygulamanın amacı kalbin iş yükünü azaltarak hasarlı kardiyak fonksiyonların iyileşmesine izin vermektir (8).

Genel olarak çocuklarda EKMO endikasyonları; konjenital kalp defekti ameliyatı sonrası gelişen postoperatif myokard disfonksiyonu durumunda kardiyak ve pulmoner fonksiyonların bozulması, akut respiratuvar distres sendromu, sepsiste kardiyak ya da pulmoner işlevlerin bozulması ve trakeal yaralanma durumlarıdır (9-11,15-17). Ayrıca son dönem kalp yetersizliği olan çocuklarda ve ciddi solunum yetersizliklerinde transplantasyon sürecine geçiş uygulaması olarak kullanılabilir (18). Ancak ciddi geri dönüşsüz beyin hasarı olan hastalarda, doğum kilosu 2000 gramın altında ve 34 haftadan küçük doğan, immün sistemi baskılanmış, santral sinir sisteminde kanama, iyileştirilemeyen ek bir hastalığı olan ya da 10-14 günden fazla mekanik ventilasyon alan çocuklarda kullanımının uygun olmadığı belirtilmektedir (18-20).

EKMO desteğinin kullanıldığı durumlar özet olarak 3 tıbbi başlık altında toplanabilir (21-24):

- 1) Solunum yetersizliği
- 2) Kardiyak yetersizlik
- 3) Kardiyopulmoner resistans (KPR) sonrası spontan dolaşımın sağlanamaması

EKMO Komplikasyonları

EKMO kullanımı yenidoğan ve çocuklarda oldukça avantajlı bir uygulama olmasına ve uygulama süresince hasta sürekli olarak monitörize olarak takip edilmesine rağmen oldukça invazif bir uygulama olması nedeniyle bazı olumsuz komplikasyonlara sebep olabilmektedir (18). Bu nedenle, ciddi oranda mortalite ve morbiditeye neden olabileceği de bildirilmektedir (25,26). Uygulama sırasında gelişebilecek en yaygın komplikasyonların ise sürekli heparin verilmesi nedeniyle tromboembolik olaylar, kanama, immobilizasyon,

enfeksiyon, son dönem organ yetersizliği ve serebral vasküler kanamaya bağlı nörolojik sekel riski gibi durumlar olduğu bildirilmektedir (5,7,18,26,27).

Yapılan çalışmalarda EKMO ile desteklenen çocuklarda hayatta kalma oranı yaklaşık olarak % 40 olarak belirtilirken hayatta kalanlarda nörolojik hasar gelişme riskinin ise %20 olduğu bildirilmektedir (1,28,29). Bu nedenle, EKMO desteği verilecek hastaların doğru seçilmesi oldukça önemlidir. Hastaların altta yatan hastalık süreçleri, kanama riskleri ve tüm prognozları iyice araştırıldıktan sonra değerlendirilmeye alınmalıdır. Bunun yanında EKMO desteği verilme durumu zaman içinde de değişiklik gösterebilmektedir (30). Pulmoner kanama, malignensi ve yanık durumlarında hastalar geçmişte EKMO tedavisi için uygun görülmezken artık başarılı bir şekilde EKMO ile desteklenebildikleri belirtilmektedir (31,32).

EKMO Sistemi ve Uygulama Şekilleri

EKMO sistemi, ameliyathane odasındaki kardiyopulmoner bypass paneline benzer ancak ameliyathane dışında kullanımı sağlamak için küçültülmüş ve basitleştirilmiş bir cihazdır. EKMO devresi; bir pompa, ısı değiştirici, kanüller ve hastayı makineye bağlamak için bir dizi tüplerden oluşmaktadır. Hastanın gereksinimine göre kalp ya da akciğerlere destek vermek üzere ayarlanmaktadır (14).

Günümüzde kullanılan EKMO uygulamaları kullanılan damarlara göre Veno-arteriyel (VA) ve Veno-venöz (VV) EKMO olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. VA-EKMO; bir venden alınan kanın oksijenize edildikten sonra bir arter aracılığıyla geri verilmesi, VV-EKMO ise yine bir venden alınan kanın oksijenize edildikten sonra bir başka vene pompalanması uygulamasıdır (6). Uygulamada, hastadan gelen sature olmamış venöz kandan yapay bir akciğer görevi gören oksijenatör yardımı ile karbondioksit (CO₂) uzaklaştırılır ve oksijen (O₂) verilir, sonrasında ise yapay bir kalp işlevi gören pompa yolu ile hastaya geri pompalanır (12,18).

VV-EKMO kalbin işlevselliğinin normal veya normale yakın olduğu durumlarda solunum desteği amacıyla kullanılırken, VA-EKMO kalbin işlevselliğinin de bozulduğu solunum yetersizliği veya akut kalp yetersizliğinde kullanılmaktadır (6). Konjenital kalp hastalığı olan çocuklarda

morbidite ve mortaliteye neden olan durumlar pulmoner hipertansiyon, hipoksi ve sağ kalp yetersizliğidir. Bu çocuklarda, VV- EKMO rahatlıkla tercih edilebilir. VV-EKMO, sağ ventrikül işlevselliğini düzelterek hipoksiyi ve sağ ventrikülün volüm yükünü azaltarak hastaya gerekli hemodinamik desteği sağlamaktadır (33). VA-EKMO ile VV-EKMO uygulamaları karşılaştırıldığında, VA- EKMO' da arteriyel kanülasyon yapıldığı ve arteriyel damar onarımı daha zor olduğu için ek riskler vardır (18).

Yenidoğanlarda ve 1 yaş altındaki çocuklarda sağ internal jugüler ven ve karotid arter kanülasyonu daha çok tercih edilmektedir. Bir yaşından büyük çocuklarda ise genellikle femoral arter ve ven kanülasyonu kullanılmaktadır. Bu kanülasyon şekillerinin her ikisinde de venöz drenaj ve arteriyel perfüzyon yeterli bir şekilde sağlanabilmektedir (33). EKMO desteğindeki çocukların vücut sıcaklığı düşürülmemeli ve normotermik koşullarda tutulmalıdır (34). EKMO akım hızı genellikle 80-150 ml/kg/dk civarında tutulur. Bu akım sentrifugal pompanın dakikadaki dönüş sayısının (Revolutions Per Minute- RPM) ayarlanmasıyla kontrol edilir (35).

EKMO hastaları çoğunlukla uyanıktır ve daha erken ekstübe edilmektedirler (36). VA EKMO hastaları EKMO kanüllerinin yerleştirilmesinden hemen sonra uyandırılabilirler. VV EKMO hastaları ise majör akciğer hasarları olması nedeniyle her zaman uygulamanın ilk birkaç gününde derin sedasyonda tutulurlar (37).

EKMO Uygulamasından Ayrılma

Arteriyel nabız basıncının düzelmesi, katekolamin infüzyon ihtiyacının azalması ve ekokardiyografide miyokardiyal işlevlerde düzelmenin görülmesi EKMO'dan ayrılma için gerekli göstergelerdir (38). Ayırma işlemi 48-72 saatte ve EKMO kan akımı yavaş bir şekilde azaltılarak yapılmalıdır. Son verme aşamasında EKMO akım hızı genellikle 60-250 ml/kg/dk'dan saatler içerisinde 25-40 ml/kg/dk miktarına kadar azaltılır (33). Arteriyel ve venöz hatlar klemp aracılığıyla kapatılır ve çocuğun stabilizasyonu sağlanana kadar 15-20 dakikada bir antikoagülan verilir (8,33).

Ayırma işlemine uyumun sağlanması için çocuk genellikle uyanık tutulur ve kendi solunumunu gerçekleştirmesi beklenir. Bu

yaklaşım son günlerde birçok merkezin standart protokolü olmuştur (18,39). Sedasyon politikaları merkezden merkeze değişiklik gösterebilmekle birlikte EKMO hastalarında nadiren kas gevşeticilerin kullanımına ihtiyaç duyulur (18,39). Ayırma işlemi sırasında dopamin gibi kardiyak inotrop desteği uygun doza çıkarılır ve ventilatör desteği optimize edilir (8). Koroner arterlere giden kandaki oksijen miktarı orta derecede ventilatör desteği ile artırılabilir. Ventilatör desteği için fraksiyonel oksijen miktarı % 40, solunum sayısı 16/dk, PEEP 3-5 cm H₂O ve tidal volüm 10 cc/kg olacak şekilde düzenleme yapılır (33). Altı saatlik bir hemodinamik stabilizasyon durumundan sonra çocuk EKMO kanülasyonundan ayrılır. Ancak göğüsün kapatılması daha sonra gerçekleştirilir (8).

EKMO Ekibi

EKMO uygulaması oldukça invazif olması nedeniyle sadece özel eğitilmiş sağlık personelleri tarafından yapılması uygundur (7). Mevzuata göre kalp damar cerrahisi yapılan tüm hastanelerde uygulanabilmektedir. Ancak ülkemizde bu uygulama ile ilgili bir sertifikalı eğitim programı bulunmamaktadır (35). EKMO uygulaması genellikle yoğun bakımda çalışan ve hizmet içi eğitim almış sağlık elemanları tarafından yapılmaktadır. EKMO ekibi aşağıdaki gibidir:

1. **EKMO program yöneticisi:** Yenidoğan uzmanı, yoğun bakım uzmanı, pediatri uzmanı, kardiyovasküler cerrah ve travma cerrahı olabilir.
2. **EKMO koordinatörü:** Pediatrik yoğun bakım ya da yenidoğan yoğun bakım hemşiresi, yoğun bakım deneyimi olan solunum terapisti veya EKMO deneyimi olan klinik perfüzyonist olabilir.
3. **EKMO doktoru:** Yenidoğan uzmanı ya da pediatri uzmanı olabilir.
4. **EKMO spesialisti:** Pediatrik/yenidoğan yoğun bakım hemşiresi, solunum terapisti, perfüzyonist, biyomedikal teknisyeni veya sağlık teknisyeni olabilir. EKMO uygulaması konusunda eğitim almış olması gerekmektedir (12).

Birçok merkezde yatak başı hemşireleri de EKMO uygulaması yapılan çocuklara bakım verebilmektedirler. Bu konumdaki hemşireler EKMO devrelerinden sorumlu olmamakla birlikte çocuğun vital takiplerini yapmak bu takipleri yorumlamak ve olağan dışı durumları EKMO spesialistine bildirmekle yükümlüdür (37).

EKMO ve Hemşirelik Bakımı

EKMO desteği alan çocuklar günlerce veya haftalarca yoğun bakım ortamında takip edilmektedirler. Bu nedenle EKMO konusunda eğitim almış ve özelleşmiş hemşirelerin oldukça önemli görevleri bulunmaktadır. Hemşirelerin hem çocuğun yoğun bakım ortamındaki bakımının sağlanmasında hem de ailenin işleme ve sürece hazırlanmasında oldukça aktif olmaları gerekmektedir (40).

Hemşirelerin EKMO uygulamasında sorumluluk alabilmesi için; EKMO ile ilgili göstergeleri, riskleri, EKMO' nun VV ve VA uygulama şekillerini, bu uygulamalara özgü farklı kanülasyonlardan kaynaklanabilecek riskleri, temel EKMO devrelerini, hastayı güvenli bir şekilde hareket ettirmeyi, pozisyon vermeyi bilmesi, kanülasyon bölgelerinin bakımını ve pansumanını yapabilmesi gerekmektedir (41).

EKMO uygulaması yapılacak çocukta öncelikle hemşirenin baştan ayağa fiziksel değerlendirmeyi yapması önemlidir (37). Hastanın tüm yaşamsal parametreleri (kalp atımı, ortalama arteriyel kan basıncı, ateş, saturasyon, santral venöz basınç, solunum, kan gazı, ventilatör parametreleri), fiziksel değerlendirmeleri (hipoperfüzyon belirtileri, terleme, nem seviyesi) ve aldığı-çıkardığı saatlik takip edilmeli, nörolojik durumu (refleks, bilinç, pupil büyüklüğü ve refleksi, ekstremiteler hareketleri), pansumanlar ve tüm cihazlar (İntravenöz hatlar, ventilatör, infüzyon pompaları ve EKMO ile ilgili cihazlar) aralıklı olarak takip edilmelidir (37,41).

Hemşire herhangi bir acil durumda kullanılmak üzere acil bakım malzeme takımını yatak başında hazır bulundurmalıdır. Bu malzeme takımı çocuklara uygun ölçülerde konnektörleri, makasları, tüpleri, sıvıları, trakeostomi gereçlerini, steril eldivenleri ve klemleri içermelidir (37). Hemşirenin çocuklarda gelişebilecek oksijenasyon yetersizliği, kanülün yerinden çıkması, pıhtılaşma, emboli, kanama, enfeksiyon gibi komplikasyonlar açısından hastayı yakından takip etmesi gerekmektedir. Hipovolemi, bradikardi, asidoz ve kardiyak arrest müdahalesi için gerekli tedaviler hazır bulundurulmalıdır. Tam kan sayımı, CRP, elektrolit, kalsiyum, glukoz, BUN, kreatinin takibi yapılmalı ve herhangi bir komplikasyon gelişmesi durumunda hemen ilgili hekime bilgi verilmelidir. Hekim istemine uygun olacak şekilde çocuk için 2

ünite eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma süspansiyonu hazır bulundurulmalıdır (40).

EKMO uygulaması başladıktan sonra ilk 12-24 saat içerisinde pıhtılaşmaya ilişkin komplikasyonların erken dönemde tespit edilmesi amacıyla her 2 saatte bir ACT (Activated Coagulation Time- Etkinleştirilmiş pıhtılaşma zamanı) değeri, 24 saat sonra ACT değeri stabilize edildiğinde ise 6 saatte bir aPTT (Activated Partial Protrombin Time- Parsiyel Protrombin zamanı) değeri kontrol edilmelidir. Bunun yanında heparin haricindeki IV tedavilerin EKMO dolaşımının venöz tarafından uygulanması gerekmektedir. İşlem süresince gerekli tedavilerin hekim istemine göre hazırlanıp uygulanması, uygulamadan ayrılma sürecinde de çocuğun uyandırılması için uygun prosedürlerin hazırlanması gerekmektedir (40,42).

Vücut dışından uygulanan tüm cihazlar gibi EKMO' da invazif bir işlem olduğu için enfeksiyon riski oldukça yüksektir. EKMO kanüllerinin oldukça geniş çaplı olmaları bu riski daha da arttırmaktadır. Bunun yanında kanülasyon yeri de enfeksiyon riskini arttıran etmenlerden biridir. Örneğin, femoral kanülasyonda dışkı ile temas riski vardır, santral kanülasyon ise direkt kalp üzerine uygulanmaktadır. Bu nedenle enfeksiyon belirtilerinin erken dönemde belirlenmesi oldukça önemlidir (37). Kateter pansumanı, kateterin yerinden çıkması gibi olumsuz durumları engellemek ve gelişebilecek komplikasyonların (kanama, enfeksiyon, pıhtı oluşumu, vd.) önüne geçebilmek için iki hemşire tarafından değiştirilmelidir. Kateter pansumanı değişim işlem sırasında hemşire kateter giriş yerini kontrol etmeli, enfeksiyon belirti ve bulgularını gözlemlemeli, günlük kan sayımını ve kültürünü her vardiyada kontrol etmeli ve kanül pansumanının bütünlüğünün takibini yapması gerekmektedir (37,42).

Yoğun bakım ortamında çocukların uzun süreli olarak immobil olmaları sık pozisyon değişimi gerektirmektedir. Ancak EKMO teçhizatları nedeniyle sık pozisyon değişimi yapılamayacağından havalı yatak kullanılması daha uygundur (37). Çünkü EKMO hastaları basınç yaraları açısından önemli ölçüde riskli gruptadır. Enfeksiyon ve heparin infüzyonu deri aşınmasını hızlandırmakta ya da hematoma

oluşmasını kolaylaştırabilmektedir. Özellikle kalp yetmezliği olan çocuklarda görülen ödem de basınç yaraları açısından takip edilmesi gereken bir durumdur. Ödem ve kanüllerin yarattığı basınç kolaylıkla basınç yaralarına yol açabilmektedir (37). Bası yaralarının önlenmesi için çocuk uygun durumda günde bir kez pozisyon değişikliği yapılması ya da basınç alanlarına ulaşımaya çalışılarak masaj yapılması önerilmektedir (42). Ayrıca köpük özellikli ya da hidrokoloid özellikli pansumanlar da kullanılabilir (37).

Bu dönemde çocukların beslenmesi de oldukça önemlidir. Çocuk eğer uygunsuz enteral olarak beslenmeli ve rezidü kontrolü yapılarak beslenme tolerasyonu takip edilmelidir. Ancak çocuk beslenmeyi tolere edemiyorsa total parenteral beslenme (TPN) solüsyonları ile parenteral yoldan beslenmelidir (40). EKMO uygulama sürecinde çocuğa rektal uygulama, enjeksiyon, nazogastrik tüp takılması ve nazal aspirasyon yapmaktan kaçınılmalıdır. Gereksiz orogastrik tüp takılması, üriner kateter ve endotrakeal tüp değişiminden kaçınılmalı ve idrarda, gaitada ve orogastrik tüpte kan takibi yapılmalıdır (40). Çocuğa verilecek sıvılar hipovolemi ya da sıvı yüklenmesine neden olmayacak şekilde hazırlanmalıdır. Aşırı kan kaybı kalp ameliyatları sonrası sıklıkla görülen bir durumdur, EKMO uygulaması da bu kan kaybını kötüleştirebilir. Hemşire EKMO akımındaki ani değişimlerin hipotansiyon belirtisi olduğunu ve bunun da hipovolemi ile ilişkili olabileceğini bilmelidir (37).

EKMO bakımında hemşirelerin dikkat etmesi gereken diğer bir önemli konu ise EKMO' ya bağlı gelişebilecek majör ve minör komplikasyonları değerlendirebilmektir. Tüm EKMO ekibi ve özellikle sürekli hasta başında bulunan hemşirenin erken dönemde gelişebilecek kanama, enfeksiyon ve EKMO disfonksiyonu gibi komplikasyonları ve belirtilerini bilmeleri gerekmektedir. Kanama, iç kanama ya da kafa içi kanama şeklinde olabileceği gibi kulak, burun, boğaz ya da pansuman bölgesinden de gerçekleşebilir. EKMO uygulaması süresince antikoagülan tedavi verilmesi pıhtı ve trombin oluşmasını engellemektedir. Ancak yine de hemşirelerin her vardiyada bir ışık kalemi ile EKMO devrelerini pıhtı açısından kontrol etmeleri gerekmektedir (37). Dekanülasyon nadir görülen bir durum olmasına rağmen oldukça

korkulan bir komplikasyondur. Bu nedenle her vardiyada hemşirenin tüm EKMO devrelerini ve çocukla bağlantı yerlerindeki dikişleri kontrol etmesi gerekmektedir (37).

Çocuğunun yoğun bakımda olması aileler için oldukça endişe verici iken çocuğun aynı zamanda EKMO cihazına da bağlı olması ailelerde ek bir korku ve endişe kaynağı olabilmektedir. Aileler hastalık sürecinde EKMO ihtiyacı, EKMO süresince karşılaşılabilecek durumlar ve EKMO komplikasyonları ile ilgili mutlaka bilgilendirilmelidir. Ailelere aynı zamanda EKMO sonucunda başarısız olunabileceği veya çocuklarının durumunda düzelme olduğunda EKMO desteğinden ayrılabilceği konusunda bilgi verilmelidir. Ebeveynler prognozun belirsizliği ve ölüm olasılığı nedeniyle kontrol kaybı duygusu yaşayabilirler. EKMO ekibi, yoğun bakım ekibi, sosyal hizmet uzmanları ve ilgili sağlık personelleri tarafından ebeveynlere verilecek olan dikkatli ve sabırlı destek ebeveynlerin yaşadıkları anksiyetenin azaltılmasını sağlayabilir (7).

Tablo.1 EKMO desteği alan çocuklarda bazı hemşirelik tanıları (42,43)

Hemşirelik Tanıları
Etkisiz doku perfüzyonu
Yatak içi mobilitede bozulma
Spontan ventilasyonu sürdürmede yetersizlik
Ventilatörden ayrılmaya disfonksiyonel tepki
Beslenmede dengesizlik riski: gereksiniminden az beslenme
Sıvı volüm eksikliği riski
Deri bütünlüğünde bozulma riski
Doku bütünlüğünde bozulma riski
Bakım verici rolünde zorlanma
Ebeveynlik-rol çatışması
Aile baş etmesinde yetersizlik
Enfeksiyon riski
Kanama riski

Sonuç olarak, EKMO uygulamaları son yıllarda sağlığı tehdit eden birçok durumda sıklıkla başvurulan tedavi yöntemleri arasında yer almaktadır. Ancak bu uygulamanın endikasyonları, komplikasyonları, uygulama şekilleri ve uygulayıcıların yeterlilikleri konusunda ulusal rehberlere ve standart uygulama prosedürlerine ihtiyaç vardır. EKMO uygulamalarında sorumluluk alacak hemşirelerin

bilgili, uzman ve uygulamaya ilişkin sertifikası olması gerekmektedir. Bu konuda yapılacak araştırmalar, derlemeler, bilimsel konferans ve kongreler konuya ilgi duyan ve bu alanda çalışan hemşirelerin gelişimine katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Salvin JW, Laussen PC, Thiagarajan RR. Extracorporeal membrane oxygenation for postcardiotomy mechanical cardiovascular support in children with congenital heart disease. *Paediatr Anaesth.* 2008;18:1157–1162.
2. Haines NM, Rycus PT, Zwischenberger JB, Bartlett RH, Ündar A. Extracorporeal Life Support Registry Report 2008: Neonatal and pediatric cardiac cases. *ASAIO J.* 2009; 55(1):111–116.
3. Thiagarajan RR, Barbaro RP, Rycus PT, McMullan DM, Conrad SA, Fortenberry JD, Paden ML. Extracorporeal life support organization registry international report 2016. *ASAIO J.* 2017; 63(1): 60-67.
4. Rajagopal SK, Almond CS, Laussen PC, Rycus PT, Wypij D, Thiagarajan RR. Extracorporeal membrane oxygenation for the support of infants, children, and young adults with acute myocarditis: A review of the Extracorporeal Life Support Organization registry. *Crit Care Med.* 2010; 38(2): 382-387.
5. Costello JM, O'Brien M, Wypij D, Shubert J, Salvin JW, Newburger JW, Laussen PC, et al. Quality of life of pediatric cardiac patients who previously required extracorporeal membrane oxygenation. *Pediatr Crit Care Med.* 2012; 13(4): 428–434.
6. Arslantaş MK, Cinel İ, Günerli A. Sepsis ve Ekstrakorporeal Membran Oksijenizasyonu. *J Turk Soc Intens Care.* 2013;11: 86-92.
7. Lequier L. Extracorporeal Life Support in Pediatric and Neonatal Critical Care: A Review. *J Intensive Care Med.* 2004; 19(5): 243-258.
8. Sasson L, Cohen I, Tamir A, Sternfeld AR, Berlowitz Y, Lenczner O, Hourı S. Extracorporeal Membrane Oxygenation in Pediatric Patients: Our Experience in the Last Ten Years. *IMAJ.* 2013; 15: 13–16.
9. Ravishankar C, Dominguez TE, Kreutzer J, Wernovsky G, Marino BS, Godinez R, Priestley MA, et al. Extracorporeal membrane oxygenation after stage I reconstruction for hypoplastic left heart syndrome. *Pediatr Crit Care Med.* 2006; 7(4):319-26.

10. Alsoufi B, Al-Radi OO, Gruenwald C, Lean L, Williams WG, McCrindle BW, Caldarone CA, et al. Extracorporeal life support following cardiac surgery in children: analysis of risk factors and survival in a single institution. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2009; 35(6):1004-11.
11. Kane DA, Thiagarajan RR, Wypij D, Scheurer MA, Fynn-Thompson F, Emani S, del Nido PJ, et al. Rapid-response extracorporeal membrane oxygenation to support cardiopulmonary resuscitation in children with cardiac disease. *Circulation.* 2010; 122(11 suppl 1): 241-8.
12. Haydin S, Ündar A. Yaşam destek sistemlerinin Dünya'daki gelişmeleri ve Türkiye'deki son durum. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2013; 13:580-8.
13. Allan CK, Thiagarajan RR, del Nido PJ, Roth SJ, Almodovar MC, Laussen PC. Indication for initiation of mechanical circulatory support impacts survival of infants with shunted single-ventricle circulation supported with extracorporeal membrane oxygenation. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007; 133(3): 660-7.
14. David CH, Mirabel A, Jehanno AC, Lebreton G. ECMO: Definitions and Principles. In: Mossadegh C, Combes A, editors. *Nursing Care and ECMO.* Switzerland: Springer; 2017.p. 3-7.
15. Cianchi G, Bonizzoli M, Pasquini A, Bonacchi M, Zagli G, Ciapetti M, Sani G, et al. Ventilatory and ECMO treatment of H1N1-induced severe respiratory failure: Results of an Italian referral ECMO center. *BMC Pulm Med.* 2011; 11(1): 2.
16. Doorenbos AZ, Starks H, Bourget E, McMullan DM, Lewis-Newby M, Rue TC, Lindhorst T, et al. Examining Palliative Care Team Involvement in Automatic Consultations for Children on Extracorporeal Life Support in the Pediatric Intensive Care Unit. *JPM.* 2013; 16(5): 492-495.
17. Gupta P, Gupta RD, Best D, Chu CB, Elsalloukh H, Gossett JM, Imamura M, et al. Delayed extracorporeal membrane oxygenation in children after cardiac surgery: two-institution experience. *Cardiol Young.* 2013; 25(2): 248-254.
18. Frenckner B. Extracorporeal membrane oxygenation: a breakthrough for respiratory failure. *J Intern Med.* 2015; 278(6): 586-598.
19. Indications for Pediatric Respiratory Extracorporeal Life Support. USA: Extracorporeal Life Support Organization [Updated: 2015 March; Cited: 2017 Aug 14]. Available from: https://www.else.org/Portals/0/Files/ELSO%20guidelines%20paeds%20resp_May2015.pdf
20. ELSO Guidelines for Cardiopulmonary Extracorporeal Life Support. Michigan: Extracorporeal Life Support Organization [Updated: 2017 December 4; Cited: 2018 Aug 29]. Available from: https://www.else.org/Portals/0/ELSOGuidelinesNeonatalRespiratoryFailurev1_4.pdf
21. Peek GJ, Mugford M, Tiruvoipati R, Wilson A, Allen E, Thalanany MM, Hibbert CL, et al. CESAR trial collaboration. Efficacy and economic assessment of conventional ventilatory support versus extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure (CESAR): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 2009; 374: 1351-1363.
22. Barbaro RP, Odetola FO, Kidwell KM, Paden ML, Bartlett RH, Davis MM, and Annich GM. Association of Hospital-Level Volume of Extracorporeal Membrane Oxygenation Cases and Mortality. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;191:894-901.
23. Fraser CD Jr, Jaquiss RD, Rosenthal DN, Humpl T, Canter CE, Blackstone EH, Naftel DC, et al. Prospective trial of a pediatric ventricular assist device. *N Engl J Med.* 2012; 367(6): 532-541.
24. Chen YS, Lin JW, Yu HY, Ko WJ, Jerng JS, Chang WT, Chen WJ, et al. Cardiopulmonary resuscitation with assisted extracorporeal life-support versus conventional cardiopulmonary resuscitation in adults with in-hospital cardiac arrest: an observational study and propensity analysis. *Lancet.* 2008;372(9638):554-561.
25. Murphy DA, Hockings LE, Andrews RK, Aubron C, Gardiner EE, Pellegrino VA, Davis AK. Extracorporeal membrane oxygenation-hemostatic complications. *Transfus Med Rev.* 2015; 29(2): 90-101.
26. Anton-Martin P, Thompson MT, Sheeran PD, Fischer AC, Taylor D, Thomas JA. Extubation During Pediatric Extracorporeal Membrane Oxygenation: A Single-Center Experience. *Pediatr Crit Care Med.* 2014; 15(9): 861-869.
27. Dipchand AI, Mahle WT, Tresler M, Naftel DC, Almond C, Kirklin JK, Pruitt E, et al. Extracorporeal Membrane Oxygenation as a Bridge to Pediatric Heart Transplantation. *Circ Heart Fail.* 2015; 8(5): 960-969.

28. Hamrick SE, Gremmels DB, Keet CA, Leonard CH, Connell JK, Hawgood S, Picuch RE. Neurodevelopmental outcome of infants supported with extracorporeal membrane oxygenation after cardiac surgery. *Pediatrics*. 2003; 111(6):671–675.
29. Barrett CS, Bratton SL, Salvin JW, Laussen PC, Rycus PT, Thiagarajan RR. Neurological injury after extracorporeal membrane oxygenation use to aid pediatric cardiopulmonary resuscitation. *Pediatr Crit Care Med*. 2009;10(4): 445–451.
30. Custer JR. The evolution of patient selection criteria and indications for extracorporeal life support in pediatric cardiopulmonary failure: next time, let's not eat the bones. *Organogenesis*. 2011; 7(1): 13-22.
31. Gupta M, Shanley TP, Moler FW. Extracorporeal life support for severe respiratory failure in children with immune compromised conditions. *Pediatr Crit Care Med*. 2008; 9(4): 380-5.
32. Kuo KW, Barbaro RP, Gadepalli SK, Davis MM, Bartlett RH, and Odetola FO. Should Extracorporeal Membrane Oxygenation Be Offered? An International Survey. *J Pediatr*. 2017; 182: 107-13.
33. Cingöz F, Tatar H. Çocuklarda ekstrakorporeal membran oksijenatör kullanımı. *Türk Gogus Kalp Dama*. 2008; 16(1): 50-57.
34. Aharon AS, Drinkwater DC Jr, Churchwell KB, Quisling SV, Reddy VS, Taylor M, Hix S, et al. Extracorporeal membrane oxygenation in children after repair of congenital cardiac lesion. *Ann Thorac Surg*. 2001; 72(6): 2095-102.
35. Ayık MF, Işık O, Akyüz M, Atay Y. Pediatrik kalp cerrahisinde ekstrakorporeal membran oksijenasyonu kullanımı. *Ege Tıp Dergisi*. 2014; 53(3): 173-176.
36. Linden V, Palmer K, Reinhard J, Westman R, Ehren H, Granholm T, Frenckner B. High survival in adult patients with acute respiratory distress syndrome treated by extracorporeal membrane oxygenation, minimal sedation, and pressure supported ventilation. *Intensive Care Med*. 2000; 26(11): 1630–7.
37. Mossadegh C. Monitoring the ECMO. In: Mossadegh C, Combes A, editors. *Nursing Care and ECMO*. Switzerland: Springer; 2017. p.45-69.
38. Brechot N. Weaning Process from Venous Arterial ECMO. *Nursing Care and ECMO*. In: Mossadegh C, Combes A, editors. *Nursing Care and ECMO*. Switzerland: Springer; 2017. p.93-95.
39. Buscher H, Vaidyanathan S, Al-Soufi S, Nguyen DN, Breeding J, Rycus P, Nair P. Sedation practice in veno-venous extracorporeal membrane oxygenation: an international survey. *ASAIO J*. 2013; 59(6): 636–41.
40. Verklan MT, Walden M, editors. *Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing*. E-Book: Elsevier Health Sciences. p.510-525. [Updated: 2014 May 2; Cited: 2018 Aug 14]. Available from: <https://www.elsevier.com/books/core-curriculum-for-neonatal-intensive-care-nursing/verklan/978-0-323-22590-8>
41. Fowles JA. Initial Training of Nurse. In: Mossadegh C, Combes A, editors. *Nursing Care and ECMO*. Switzerland: Springer; 2017. p.101-107.
42. Sönmez Düzkaya D, Yakut T, Bozkurt G. Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu Uygulanan Çocuğun Hemşirelik Bakımı (Olgu Analizi). *HEAD*. 2015; 12(2): 149-155.
43. Erdemir F. Editör. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005.

Subkütan Enjeksiyon Uygulamasında Güncel Yaklaşımlar

Current Approaches to Subcutaneous Injection

Nuray TURAN¹, Gülsün ÖZDEMİR AYDIN², Nurten KAYA³

ÖZ

Subkütan enjeksiyon (SC), hemşirelerin en sık uyguladığı parenteral ilaç uygulama yöntemlerinden biridir. Günümüzde bazı ilaçların hazırlanma şekillerinin değişmesi uygulamaya ilişkin yeni bilgileri öğrenmeyi gerektirmektedir. Böylece uygulamaya ilişkin sorunların azaltılması/ortadan kaldırılması hedeflenmektedir. SC enjeksiyon yöntemi ile sıklıkla insülin, heparin, bazı narkotik ve allerji ilaçları uygulanmaktadır. Ancak bu yöntemde sık karşılaşılan sorunlar; ilacın deri dışına geri sızması, hematoma ve ağrıdır. Literatürde, insülin uygulaması için ilacın volümü arttıkça sızıntı miktarının arttığı, karın bölgesine uygulamada daha az sızıntı olduğu, ilacın verilme hızının sızıntı miktarını etkilemediği, verilen ilacın hacmi arttıkça sızıntı miktarının da arttığı görülmektedir. Enjeksiyonda kullanılan iğne ucunun kalınlığı geri sızmayı etkilemezken, 45⁰'lik giriş açısı 90⁰'lik giriş açısına göre daha fazla geri sızmaya neden olmaktadır. Subkütan enjeksiyondan sonra, genellikle 10 sn. beklenmesi önerilmekte iken güncel bilgiler en az 3 sn. beklenmesi gerektiğini ifade etmektedir. Sıklıkla SC uygulanan ilaçlardan biri de heparindir. Heparin enjeksiyonları günümüzde uygulamaya hazır bulunmaktadır. Literatürde heparin enjeksiyonuna ilişkin çalışmaların düşük molekül ağırlıklı (DMAH) heparinlerle yapıldığı, araştırmaların daha çok ilacın verilme süresi, sonrasında ağrı ve ekimozun önlenmesine ilişkin olduğu görülmektedir. DMAH heparin, genellikle abdominal bölgesine uygulanmakta, uzun süreli kullanımda diğer SC enjeksiyon bölgeleri arasında rotasyon önerilmektedir. Enjeksiyon uygulama hızının 10 sn.'den fazla olduğu çalışmalarda 48 st. ve sonrasında ağrının daha az, hematoma büyüklüğünün ise değişiklik göstermediği görülmektedir. Enjeksiyon uygulaması öncesi buz uygulamasının etkili olduğu gösterilmekle birlikte ileri düzey kanıtlar mevcut değildir. Özellikle insülin ve heparin uygulamaları sırasında ise aspirasyon önerilmemektedir. Sonuç olarak SC enjeksiyon uygulamalarına ilişkin her geçen gün bilimsel araştırmalar ortaya çıkmaktadır. Bu kapsamda var olan literatür bilgilerinin güncellenerek uygulamaya aktarılması hemşirelik bakımının kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır. Bu noktadan hareketle, makalede, SC enjeksiyon uygulamasına ilişkin literatür ve araştırma bulguları incelenerek konunun önemi tartışıldı ve uygulamaya yönelik öneriler sunuldu.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik bakımı, güncel yaklaşımlar, subkütan enjeksiyon

ABSTRACT

Subcutaneous injection (SC) is one of the most common parenteral drug administration methods performed by nurses. For this reason, the change in the manner of preparation of some medicines nowadays requires learning new information about the application. Thus, it is aimed to reduce/eliminate the problems related to implementation. However, common problems in this method are drug leaking out of the skin, hematoma and pain. Insulin, heparin, some narcotics and allergy drugs are frequently administered by SC injection method. In the literature, it is seen that as the volume of the drug increases, the amount of leakage increases, the application of the drug to the abdominal region less leakage, the rate of drug administration does not affect the amount of leakage, and the volume of the drug increases. While the thickness of the tip of the needle used in the injection does not affect the backlash, the inlet angle of 45⁰ causes more backlash than the inlet angle of 90⁰. Insulin, heparin, some narcotics and allergy drugs are frequently administered by subcutaneous injection. After the subcutaneous injection, usually 10 seconds waiting period was suggested, but the current information indicates

Geliş Tarihi/Received: 30.07.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 08.01.2019

¹ Dr.Öğr.Üyesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, e-posta: nkaraman@istanbul.edu.tr, Orcid: 0000-0002-8362-3427

² Araş.Gör. Dr. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, e-posta: nurka@istanbul.edu.tr, Orcid: 0000-0003-0550-3195

³ Prof.Dr. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Orcid: 0000-0003-0414-3589

Sorumlu Yazar /Correspondence: Gülsün Özdemir Aydın, Araş.Gör. Dr. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, gulsunozdmir@nku.edu.tr.

**Bu derleme daha önce 21-22 Haziran 2018'de Paris/Fransa'da düzenlenen 6 th International Conference on Advance Nursing Practice'de poster bildiri olarak sunulmuştur.*

that at least 3 seconds should be waited. One of the drugs is heparin which is commonly applied as subcutaneous injection. Heparin injections are now available for application. Studies in the literature of heparin injections are made with low molecular weight heparins (LMWH), and studies show that the duration of the drug administration is related to prevention of pain and ecchymosis after injection. LMWH is usually applied to the abdominal region, and rotation is recommended between other subcutaneous SC injection sites for prolonged use. When the injection duration is more than 10 seconds, it is seen that the pain is less and the hematoma size does not changed after 48 hours and beyond. Although it is shown that ice application is effective before injecting, there is no advanced evidence. Especially aspiration is not recommended during insulin and heparin administration. As a result, scientific researches about SC injection applications are emerging day by day. Updating existing literature data in this context will contribute to increase the quality of nursing care. From this point, the literature and research findings related to SC injection application were discussed, and the prominence of the subject was discussed and proposals for application were presented.

Keywords: Nursing care, subcutaneous injection, current approaches

Giriş

Subkütan (SC) enjeksiyon, hemşirelerin en sık uyguladığı parenteral ilaç uygulama yöntemlerinden biridir. SC enjeksiyon, ilacın deri altındaki gevşek bağ dokusuna verilmesi işlemidir¹. Bu enjeksiyon yöntemi, SC dokunun kan damarları yönünden zengin olmaması nedeni ile yavaş emilimi istenen ilaçların verilmesi için sıklıkla tercih edilmektedir (1,2). Öte yandan teknolojik ve bilimsel gelişmeler, ilaçların içerik ve şekillerini etkilemekte, istenen etkilerin ortaya çıkabilmesi için ilaçların uygulama yöntemlerine ilişkin bilgiler her geçen gün artmakta ve değişmektedir (3,4). Bu kapsamda var olan literatür bilgileri ışığında SC enjeksiyon uygulamasına ilişkin yeni bilimsel bilgiler ortaya çıkmış ve var olan uygulamaların kanıtla dayandırılması gereksinimi doğmuştur. Böylece, güvenli enjeksiyon uygulaması için hemşirelerin var olan bilgilerini sürekli güncellemeleri gerekmektedir. Bu gerekliliği karşılamayı desteklemek amacı ile makalede, literatür doğrultusunda SC enjeksiyonda güncel uygulamalar ele alınmıştır. Makalenin içeriği ise; enjeksiyonlarda kullanılacak iğne ucu uzunluğu, verilecek ilaç miktarı, bölgenin seçimi, derinin hazırlanması, iğne ucunun giriş açısı ve ilaçların verilme süresi alt başlıklarından oluşmaktadır.

Subkütan Enjeksiyonda İğne Uzunluğu ve Çapı

İğne uzunluğunun seçimi deri altı bağ dokusuna yani SC dokuya ilacın verilebilmesi için önemlidir. Bireyin beden kitle indeksi (BKİ), subkütan dokunun kalınlığını göstermektedir. SC enjeksiyon için, genellikle normal kilolu yetişkinlerde çapı 25 G ve uzunluğu 16 mm., çocuklarda ise 12 mm. olan enjektörler kullanılmaktadır. Özellikle çocuklarda, kan akışı daha yavaş ve insülin uygulaması sonrasında

bireyin yanıtları öngörülebildiği için subkütan tabaka insülin için ideal bir bölgedir. Oysa acil durumlarda kas içine verilen insülin, kaslara giden kan akımının fazla olması ve daha hızlı sisteme geçmesi nedeni ile oldukça risklidir. Bu nedenle çocuklarda doğru iğne ucu seçilmediğinde, insülin intramüsküler (İM) yolla verilebileceğinden hipoglisemi riski daha yüksektir (5). Burada ilacın yoğunluğu arttıkça, uygulama sonrası ilacın geri sızma riskini artabileceğinden dolayı iğne uzunluğu kadar verilecek olan ilacın yoğunluğu da iğne çapı seçimini etkilemektedir (6). Günümüzde SC uygulanan birçok ilaç kullanıma hazır şekilde bulunmakla beraber, ilaç hacmi ve yoğunluğuna göre enjektörün seçimi bireyin konforunu arttırmakta, ağrıyı azaltmaktadır (7,8). Özellikle insülin enjeksiyonlarında, BKİ 25 veya altında olan erkeklerde iğne ucunun 8 mm. veya daha uzun olması ilacın kasa verilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, daha kısa iğne uçlarının (4-5 mm.) kullanılmasının ağrıyı azalttığı, kan şekeri kontrolünü sağlamada daha etkin olduğu, enjeksiyon sonrası geri sızma miktarını en aza düşürdüğü ve sonraki uygulamalar için daha fazla rotasyon alanı bıraktığı ifade edilmektedir (9,10,11). Præstmark ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmada 32 G çapındaki iğne ile yapılan insülin enjeksiyonu uygulamasının doğru giriş açısı ile uygulandığında, 31 G'ye göre daha az sızdırmaya neden olduğu görülmektedir (4).

Güncel insülin uygulamalarında, çoğunlukla kalem şeklinde kullanıma hazır insülinler kullanılmaktadır. Ancak zaman zaman insülinin hemşire tarafından hazırlanması gerekebilir. Bu durumda, verilecek ünite miktarına göre kullanılacak insülin enjektörü seçimi gerekmektedir. Örneğin; içeriği U-100 şeklindeki

insülinler, U-100 enjektör ile, içeriği U-500 şeklindeki insülin, U-500 enjektör ile uygulanmalıdır. İlacın içerik formatından farklı enjektörle hazırlanan insülin, ilaç hatalarına ve bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir (1,6). Bu komplikasyonlardan en önemlileri; kan şekerinde dalgalanma riski ve lipohiperdistrofidir. Uluslararası alanda, insülin uygulamasına ilişkin en iyi uygulama önerileri, kesin bilimsel kanıtlar olmamasına rağmen, lipohiperdistrofi ile ilişkisi nedeniyle iğnelerin yeniden kullanılmasını önermemektedir. Ancak insülin kalemlerinde iğne uçlarının tekrar tekrar kullanımı oldukça yaygındır. Ancak, Uluslararası Diyabet kuruluşları insülin kalemi iğne uçlarının sadece bir defa kullanılıp atılmasını önermektedir (12). Türkiye’de diyabetli hasta bireyler ile yapılan bir survey araştırmasında; hasta bireylerin insülin uygulaması için en uygun olan 4 mm. iğne ucunu kullandıkları görülürken ortalama 3-4 enjeksiyonda bir tek iğne ucunu değiştirdikleri görülmektedir (13).

SC yolla verilen ilaçlardan biri de düşük molekül ağırlıklı heparindir (DMAH). Heparin uygulaması İntravenöz (İV) yolla da uygulanabilmektedir. SC yolla uygulanan heparin enjeksiyonun İV tedaviye göre daha konforlu olduğu, bireyin hareket yeteneğini değiştirmedığı ve bu nedenle sağlıklı/hasta bireylerin tercih nedeni olduğu gösterilmektedir (5). Düşük moleküllü heparin, günümüzde tek kullanımlık, steril, korumalı, uygulamaya hazır enjektör içinde bulunmaktadır. Enjektör iğnelere özgü ölçü birimi olarak iğne çapı ifadesi kullanılmaktadır. En küçük çaplı iğneler, en büyük numaralarla etiketlenmiştir. Örneğin, 18 çaplı bir iğnenin çap büyüklüğü, 25 çaplı bir iğneden daha büyüktür. İğne uzunlukları ise, 10.16-76.20 mm. arasında değişmektedir (5,6). SC ilaç uygulamaları için, yaygın olarak tüberkülin ve insülin enjektörleri kullanılmaktadır. Kısa iğneler daha az ağrıya neden olmaları ve kas içine verilme riskini azalttıkları için kullanımı tercih edilmektedir.

Subkütan Enjeksiyonda Verilecek İlaç Miktarı

SC yolla verilecek ilaç miktarı, intramüsküler (İM) yolla verilen ilaç miktarından daha azdır. Bu yolla ancak düşük volümlü olanlar için 0.5-1,5/2 ml. arasında ilaç verilebileceği⁶ (6,16), diğer kaynakta ise 0,5-1 ml. ilaç verilebileceği belirtilmektedir (15). Ancak çocuklarda bu oran en fazla 0,5 ml.’dir (16). Yetişkinlerde doku içine

verilebilecek ilaç miktarının oldukça fazla olduğu görülmektedir. Verilecek ilaç miktarı, ilaç hacmi ve yoğunluğu enjeksiyon sonrası ağrı, ekimoz ve verilen ilacın geri sızması gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlar ilacın uygulandığı bölgeye göre değişiklik gösterebilmektedir. Zijlstra ve ark. (2018) çalışmasında verilen ilaç miktarı hacmi arttıkça enjeksiyon sonrası ağrının daha fazla olduğunu göstermektedir (17). Altun (2018) çalışmasında ise enjeksiyon sonrası 10 sn. bekleme ve Z tekniğini karşılaştırdığı çalışmada Z tekniği uygulamasının ağrıyı azaltmada önemli bir girişim olarak göstermektedir (18). Özellikle abdominal bölgeye ve uyluklara 0,8 ml.’nin üzerinde insülinin uygulaması sonrası geri sızma miktarının arttığı belirtilmektedir (4).

Enjeksiyon Bölgesinin Seçimi

Literatürde SC enjeksiyon uygulamalarında uygun olan bölgeler üst kolun dış yüzü, uyluğun ön yüzü, skapula altı, abdominal ve gluteal bölge olarak sıralanmaktadır (6,15). SC enjeksiyonlarda bazı ilaçların yapılmasında belli bölgeler önerilmektedir. Örneğin; DMAH uygulaması yapılacaksa öncelikli olarak, umblicusun (5 cm. çapında göbek çevresi ve göbek deliğinden geçen kemer hizası hariç) sağ veya sol tarafına yapılması önerilmektedir. İnsülinlerin uygulanmasında ise üst kolun dış yüzü, uyluğun ön yüzü, abdominal ve gluteal bölgesi önerilmektedir. Ancak insülin enjeksiyonunda rotasyonun aynı vücut bölümü arasında başlatılması gerekmektedir. Örneğin, insülin kullanan bir hasta sabah enjeksiyonunu sağ kolundan yapmışsa, bir sonraki enjeksiyon aynı kolun rotasyon alanı içindeki farklı bir bölümüne yapılmalıdır (6). Sürekli SC enjeksiyon uygulamasında aynı bölge 1 aydan daha fazla kullanılmamalıdır (13). Aynı zamanda bölge seçiminin doğru yapılması ağrı ve ilaçların geri sızdırmasını önlemek için de önemlidir. Heise ve ark. (2014) çalışmasında farklı miktarlardaki ilaçların abdominal ve uyluklara uygulanması sırasında enjeksiyon hızı, ilaç hacmine göre ağrı düzeyinin karşılaştırıldığı çalışmada uyluklara ilaç uygulaması sırasında daha fazla ağrı olduğu belirtilmektedir (7). Zijlstra ve ark. (2018) çalışmasında uyluklara uygulanan enjeksiyonda ağrının daha yüksek olduğu görülmektedir (17). Bu kapsamda bölgenin seçiminde verilecek miktarı göz önünde bulundurularak yapılması

enjeksiyona bağlı ağrının azaltılmasında önemli bir rol alacaktır.

Enjeksiyon Öncesi Derinin Hazırlanması

Enjeksiyon uygulaması öncesinde derinin temizliği son derece önemlidir. Deri yüzeyinde bulunan bakteriler yeterince temizlenmediğinde, enjeksiyon bölgesinde enfeksiyon gelişebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), enjeksiyon öncesi genel güvenlik önlemlerinin mutlaka alınması gerektiğini bildirmektedir (19). Bu genel önlemler; ellerin yıkanması, tek kullanımlık disposable enjektörlerin kullanılması, asepsi ilkelerine uyulması, enjeksiyon bölgesinin temizliği ve sonrasında oluşacak atıkların sınıflandırılması olarak ele almaktadır. Bu kapsamda, enjeksiyon uygulanacak deri bölgesinde gözle görünür bir kirlilik söz konusu ise, su ve sabunla yıkanması önerilmektedir. Klinik uygulamada, parenteral uygulamalar öncesinde genellikle alkol kullanımı yaygındır (20). Parenteral uygulamalar öncesinde izopropil alkol, etil alkol, povidon iyodin, alkollü klorheksidin glukonat gibi antiseptik solüsyonlar kullanılmaktadır. İntradermal (İD), İntravenöz (İV) yol kullanılmak istendiğinde genellikle alkol kullanılırken, SC enjeksiyon öncesi derinin temizliğinde %60-%70'lik alkol kullanımı önerilmemekte bunun yerine %10'luk povidon iyodin ile silinmesi gerektiği vurgulanmaktadır (19). Bunun nedeni alkolün vazodilatasyona neden olması ve kanamayı arttırmasıdır. Ancak insülin kalemi ile kendilerine günlük enjeksiyon uygulayan hastalar için derinin herhangi bir antiseptik solüsyon ile temizlenmesine gerek olmadığı ifade edilmektedir (21). Bir diğer makalede ise SC enjeksiyondan önce derinin alkolle veya alkollü tek kullanımlık mendil ile silinip, kuruduktan sonra uygulamanın yapılmasını önermektedir (15). Kesinlikle alkolle ıslatılmış açıkta bulunan pamuk topları ile derinin temizliği yapılmamalıdır (21).

Enjeksiyon Strasında İğnenin Dokuya Giriş Açısı ve Aspirasyon

SC enjeksiyonlarda iğnenin girişi açısı, iğnenin uzunluğuna göre 45-90° arasında değişmektedir. İğne ucunun hangi açı ile dokuya girişinin yapılacağına karar verilmesi bireyin yağ dokusu kalınlığı ve iğnenin uzunluğu ile ilişkilidir. SC enjeksiyon uygulamasında yağ dokusu parmaklar arasında kavranmakta ve bağ dokusunun yukarı doğru hareketi sağlanmaktadır. Bu doku kavrandığında 5 cm. (2 inch) ve üzerinde ise 13

mm. olan iğnenin giriş açısı 90° olması gerekmektedir. Eğer doku kavrandığında 2,5 cm (1 inch) ise çapı 25 ve uzunluğu 16 mm. olan iğne (insülin enjektörü) ile 45°'lik giriş açısı sağlanmalıdır (6,15). Ancak bu subkutan yolla uygulanan bazı birçok ilaç hazır bulunduğu için bu ilaçların kesinlikle üzerindeki kullanım koşulları dikkate alınmalıdır. Kullanıma hazır insülin kalemlerinin ucu 4-5 mm'dir ve kesinlikle 90°'lik giriş açısı ile ilaç uygulanmalıdır¹³. Bu giriş açısı ilacın doku dışına geri sızmasını ve lipohiperdistrofilerin önlenmesinde son derece önemlidir. Bu nedenle iğne uzunluğu, BKİ ve ilacın türüne göre iğne giriş açısı belirlenmelidir (22,23).

SC enjeksiyonda aspirasyon işleminin gerekliliğine dair yeterince kanıt bulunmamaktadır. Crawford ve Johnson (2012), IM ve SC enjeksiyonlarda aspirasyonun gerekliliğine dair bilimsel kanıt bulmak üzere yaptıkları çalışmada, aspirasyonun gerekliliğine dair yeterince kanıt olmadığını ifade etmektedir (24). Güncel literatür SC enjeksiyonlarda kesinlikle aspirasyon yapılmasını önermemektedir (6,15). Bunun nedeni ise deri altı bağ dokusunda büyük venlerin bulunmaması olarak gösterilmektedir. Çünkü hazır insülin kalemi ve heparin ilaçlarında bulunan iğne uçlarının uzunluğu diğer enjektörlerin iğne uçlarına göre daha kısadır. Bu nedenle, özellikle insülin ve kullanıma hazır heparin enjeksiyonlarında kesin bilgi aspirasyon işleminin gerekli olmadığı yönündedir (3,25,26).

İlacın Verilme Hızı ve Bekleme Süresi

SC yolla uygulanan ilaçlarda verilme süresi literatürde oldukça tartışmalı bir konudur. Verilmek istenen ilacın türüne göre, verilme hızı belirlenmelidir. Literatür incelendiğinde; SC enjeksiyonda ilacın verilme hızına ilişkin çalışmaların antikoagülan tedavi ile ilişkili olduğu görülmektedir (2,27-29). Bu durumun en önemli nedeni, DMAH uygulama sonrasında ağrı, ekimoz gibi bazı komplikasyonların diğer ilaç uygulamalarına göre daha fazla gelişebilmesidir. Sonuç olarak DMAH ilaç uygulamasında, ilacın doğru bir hızda verilmesi sonrasında komplikasyonlar önemli oranda azalabilmektedir. Ahmadi ve ark. (2016)'nın günde iki kez heparin uygulanan hasta bireylerde ilacın verilme süresini (10 sn. ve 30 sn.) karşılaştırdıkları çalışmalarında, 48-72 saat sonra her iki ilaç verme süresi

sonrasında, ağrı ve ekimoz oluşumunda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını göstermektedirler (28). Mohammady ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada, 20 sn. ve üzeri sürede verme süresinin ağrı ve ekimoz oluşumunu engelleyeceğini ifade etmektedir (29). İlacın verilme süresi ve ilaç hacmi ile ağrı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada ise, ilacın verilme süresine göre ağrının değişmediği ancak verilen ilaç miktarı arttıkça ağrının da arttığı ifade edilmektedir (7).

SC enjeksiyon sonrası ilacın, deri dışına sızmasını önlemek amacı ile ilacın verildikten sonra bekleme süresi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sayısı son yıllarda artış göstermiştir. İlgili literatürde özellikle son yıllarda bekleme süresinin azaldığını göstermektedir. 1990'lı yıllarda bekleme süresi 30-60 sn., 2000'li yılların başında 20 sn., 2010-2012 arasında 10 sn. beklenmesi ifade edilmektedir (30-32). Bu yıllardan sonraki çalışmalarda ise; 10 sn ve daha az bekleme süresi ve ilacın verildiği bölgeye göre doku üzerine geri sızma miktarını etkilemediği ifade edilmektedir (33-36). Bu nedenle, ilacın geri sızmasını önlemek için uygulama sonrası 3 sn., 6 sn., ve 10 sn. arasında bekleme süreleri arasında sızma miktarı arasında anlamlı fark olmadığı ifade edilmektedir (4). Bu bilgiler doğrultusunda uygun iğne ucu ve doğru giriş açısı kullanıldığında; ilacı tümü ile verdikten sonra iğneyi çıkarmadan önce 10 sn.'den daha az beklenebileceği sonucuna varılabilir. Bu enjeksiyon uygulamalarından sonra kesinlikle masaj uygulanmamalı, sadece steril gazlı bez ile hafif basınç yapılmalıdır (37).

Sonuç ve Öneriler

SC enjeksiyon yönetimi hemşirelerin uyguladığı en sık ilaç verme yollarından biridir. SC enjeksiyonlarda uygun iğne ucunun seçimi, dokunun iyi kavranarak yüksekliğinin belirlenmesi, doku kalınlığı 5cm. ve üzerinde ise 90° ile girişi yapılması, DMAH uygulanacaksa öncelikli olarak abdominal bölgenin seçilmesi, insülin uygulamasında kolların öncelikli olarak seçilmesi gerekmektedir. SC ilaç uygulamalarında aspirasyon işleminin kesinlikle yapılmaması gerekmektedir. Sonuç olarak SC enjeksiyon uygulamalarına ilişkin her geçen gün yeni bilimsel araştırmalar ortaya çıkmaktadır. Bu kapsamda var olan literatür bilgilerinin güncellenerek uygulamaya aktarılması hemşirelik bakımının kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Kaya N, Palloş A. Hemşirelik Bilim ve Sanatı, In. Atabek Aştı T, Karadağ A. editörler. Parenteral İlaç Uygulamaları, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012, s. 762-809.
2. Yılmaz DU, Korhan EA, Hakverdioğlu G, Dikmen Y, Düzgün G, Erem A. İki farklı bölgeye uygulanan subkutan enjeksiyonun ağrı ve ekimoz oluşumuna etkisi. İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2016; 1(3): 15-20
3. Kaya A, Sargın M, Kulaksızoğlu M, Olgun N, Deyneli O, Dağdelen S, Hatun Ş, Siva ZO. Türkiye İnsülin Enjeksiyon Teknikleri ve Tedavileri Kılavuzu. 2018.
4. Præstmark KA, Stallknecht B, Jensen ML, Sparre T, Madsen NB, Kildegaard J. Injection technique and pen needle design affect leakage from skin after subcutaneous injections. JDST. 2016; 10 (4): 914-22.
5. Lim STJ, Hui YCA, Lim PK, Lim CCE, Chia YY, Vasanwala R F. Ultrasound-guided measurement of skin and subcutaneous tissue thickness in children with diabetes and recommendations for giving insulin injections. Journal of Clinical & Translational Endocrinology. 2018; 12: 26-35.
6. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM Fundamentals of Nursing. In. Medication Administration, 9th ed. St Louis: Elsevier Inc; 2017, p.647-49.
7. Heise T, Nosek L, Dellweg S, Zijlstra E, Præstmark KA, Kildegaard J, et al. Impact of injection speed and volume on perceived pain during subcutaneous injections into the abdomen and thigh: a single-centre, randomized controlled trial. Diabetes, Obesity and Metabolism. 2014; 16(10): 971-76.
8. Berteau C, Filipe-Santos O, Wang T, Rojas HE, Granger C, Schwarzenbach F. Evaluation of the impact of viscosity, injection volume, and injection flow rate on subcutaneous injection tolerance. Medical Devices (Auckland, NZ).2015; 8: 473.
9. Diggle D. Are you FIT for purpose? The importance of getting injection technique right. J Diabetes Nurs. 2014; 18: 50.
10. Gibney MA, Arce CA, Byron KJ, Hirsch L. Skin and subcutaneous adipose layer thickness

- in adults with diabetes at sites used for insulin injections: implications for needle length recommendations. *Current Medical Research & Opinion*. 2010; 26(6): 1519-30.
11. Hirsch L, Byron K, Gibney, M. Intramuscular risk at insulin injection sites—measurement of the distance from skin to muscle and rationale for shorter-length needles for subcutaneous insulin therapy. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2014; 6(12): 1-7.
 12. Zabaleta-Del-Olmo, E, Vlachos B, Jodar-Fernández L, Urpí-Fernández AM, Lumillo-Gutiérrez I, Agudo-Ugena J, et al. Safety of the reuse of needles for subcutaneous insulin injection: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 60: 121-32.
 13. Dagdelen S, Deyneli O, Olgun N, Siva ZO, Sargin M, Hatun S, et al. Turkish insulin injection technique study: population characteristics of Turkish patients with diabetes who inject insulin and details of their injection practices as assessed by survey questionnaire. *Diabetes Therapy*. 2018; 1-17.
 14. Healthline. What is a subcutaneous injection? [Internet]. [Cited: 10.07.2018]. Available from: <https://www.healthline.com/health/subcutaneous-injection#types-of-medications>, Erişim tarihi: 10.07.2018.
 15. Berman AT, Snyder C, Frandsen G. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing*, UK: Global Edition. Pearson Education; 2016, p.791-796.
 16. Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children 10th ed*. St. Louis: Mosby Company; 2015, p.919.
 17. Zijlstra E, Jahnke J, Fischer A, Kapitza C, Forst T.. Impact of injection speed, volume, and site on pain sensation. *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2018; 12(1): 163-168.
 18. Altun İ. May the Z-Tracking Technique to Prevent Any Leakage in Insulin Injection Be an Alternative to the 10-Second Waiting Technique?. *Journal of diabetes science and technology* 2018; 12(2): 537-538.
 19. World Health Organization. (2010). WHO best practices for injections and related procedures toolkit. [Internet]. [Cited: 09.07.2018]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44298/9789241599252_eng.pdf;jsessionid=A1D9218ACF434488AA3BBB04E59E0BF0?sequence=1.
 20. Khawaja RA, Sikandar R, Qureshi R, Jareno RJM. Routine skin preparation with 70% isopropyl alcohol swab: Is it necessary before an injection? Quasi study. *JLUMHS*. 2013; 12(2): 109.
 21. Hutin Y, Hauri A, Chiarello L, Catlin M, Stilwell B, Ghebrehiwet T, Garner J. Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; 81: 491-500.
 22. Bartz L, Klein C, Seifert A, Herget I, Ostgathe C, Stiel S. Subcutaneous administration of drugs in palliative care: results of a systematic observational study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014; 48(4): 540-47.
 23. Jin J F, Zhu LL, Chen M, Xu HM, Wang HF, Feng XQ, ...and Zhou Q. The optimal choice of medication administration route regarding intravenous, intramuscular, and subcutaneous injection. *Patient Preference and Adherence*. 2015; 9: 923.
 24. Crawford CL, Johnson JA. To aspirate or not: an integrative review of the evidence. *Nursing*. 2012; 42(3): 20-5.
 25. Sepah Y, Samad L, Altaf A, Halim MS, Rajagopalan N, Khan AJ. Aspiration in injections: Should we continue or abandon the practice?. *F1000 Research* 2014; 3: 157.
 26. Avşar G, Kaşıkçı M. Assessment of four different methods in subcutaneous heparin applications with regard to causing bruise and pain. *Int J Nurs Pract*. 2013; 19(4): 402-8.
 27. Visvanathan V. Slow vs. fast subcutaneous heparin injections for prevention of pain and bruising. *The American Journal of Nursing*. 2015; 115(12):27.
 28. Ahmadi M, Ahmadi R, Saadati Z, Mehrpour O. The effect of extended injection of subcutaneous heparin on pain intensity and bruising incidence. *Electronic Physician*. 2016; 8(7): 2650.
 29. Mohammady M, Janani L, Akbari SA, Nedjat S. Slow versus fast subcutaneous heparin injections for prevention of bruising and site-pain intensity (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 2: 1-6.

Emzirme Başarısında Emzirme Sandalyesinin Yeri Place of Breastfeeding Chair in Breastfeeding Success

Tuğçe SÖNMEZ¹, Hava ÖZKAN²

ÖZ Emzirme üreme kadar önemli bir yetenek olup, emzirme deneyiminin hem anne hem de bebek açısından en erken dönemde yaşanması önemlidir. Yenidoğanın beslenmesinde ideal bir besin olan ve olumlu etkileri yaşam boyu devam eden anne sütü ile beslenme her çocuğun en doğal hakkıdır. Emzirme, anne ve bebek için ekonomik, sağlığı geliştirici ve hastalıkları önleyici bir aktivite olarak kabul edilir. Başarılı emzirme, anne ve bebeğin gereksinimlerinin karşılıklı olarak tamamlanması ile sonuçlanan interaktif bir süreçtir. Emzirmeye başlamada birkaç saatlik gecikmenin ortaya çıkması bile, başarısızlığı beraberinde getirebilir.

Uygun teknikte, sıklıkta ve sürede emzirmek, ilk altı ay anne sütü dışında hiçbir sıvı ya da besin vermemek ve iki yaşın sonuna kadar da tamamlayıcı besinlerle birlikte emzirmeyi sürdürmek ideal beslenmenin temel koşullarıdır. Bu koşullara ek olarak annenin pozisyonu, rahatı, konforu ile bebeğin durumu emzirmedeki başarıyı etkileyebilir. Emzirme esnasında annenin kendini rahat pozisyona almasını sağlamak ve emzirmeyi desteklemek için bazı araç-gereçler (emzirme sandalyesi, yastık, havlu, vb.) kullanılabilirler. Annelerin rahat pozisyon almasını sağlamak ve emzirme başarısını arttırmak amacıyla yola çıkarak emzirme sandalyesi, kadınlar için en iyi desteği sağlayarak gereksinimlerini karşılayabilir. Emzirme sandalyesi; emzirme ile ilgili problemlerin bütüncül ve kapsamlı değerlendirilmesi için gerekli bir araç olarak, emzirme sürecinde olan kadınlara önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Anne sütü, başarılı emzirme, emzirme, emzirme sandalyesi

ABSTRACT Breastfeeding is a significant ability as much as reproduction and the experience of breastfeeding is important to start at the earliest period for mother and infant. Being an ideal nutrient for nutrition of newborn and having lifelong positive effects, breastfeeding is a god-given right of every child. A successful breastfeeding is an interactive process resulting with mutual completion of mother's and infant's needs. Even a delay of a couple hours in breastfeeding may bring failure.

Breastfeeding with appropriate technique, frequency, and time, breastfeeding during the first six months and then maintaining to breastfeed with supplements by 2 years of age are essential requirements of ideal nutrition. In addition to these conditions; position, well-being, and comfort of mother and condition of infant may affect the success in breastfeeding.

A number of equipments (breastfeeding pillow, breastfeeding chair, etc.) can be used in order to provide mother to take a comfortable position during breastfeeding and support breastfeeding. Breastfeeding chair can meet the needs of women by providing the best support for women in order to ensure that mothers enjoy comfortable position and increase breastfeeding success. Breastfeeding chair; as a necessary tool for holistic and comprehensive assessment of breastfeeding problems, it can be recommended to women in breastfeeding.

Keywords: Breast milk, successful breastfeeding, breastfeeding, breastfeeding chair

Geliş Tarihi/Received: 06.08.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 06.03.2019

¹ Arş. Gör. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum, ORCID: 0000-0001-9495-526X

² Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum, ORCID: 0000-0001-7314-0934

Sorumlu yazar /correspondence: Doç. Dr. Hava Özkan, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, e-mail: havaorhan67@hotmail.com

*Bu çalışma, 18th ISPOG CONGRESS International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology and 20th Congress of The Psychosomatic Sego Section, 12-14 Mayıs 2016 İspanya'da poster sunumu olarak sunulmuştur.

Giriş

Emzirme anne olmanın, insanlık tarihi kadar eski ve en önemli davranışdır. Bu davranış tüm dünyada kültürden kültüre bazı farklılıklar gösterse de, günümüze kadar devam eden bir uygulamadır (1). Orta Doğu'daki bazı ilkel el yapımı çanaklarda Babil'in Ishtar ve Mısır'ın İsis gibi tanrıçalarının emzirirken resmedildiği görülmektedir. Bu bulgular o dönemlerde emzirmeye verilen önemi ortaya koymaktadır (2). İslam'a göre ise çocuğun doğumdan hemen sonra emzirilmesi gerektiği, annelerin istemesi durumunda 2 yıl emzirebilecekleri, çocukları için sütanne istemeleri durumunda bunu yapabilecekleri açıklanmıştır (3).

Sütannelik günümüze kadar neredeyse kesintisiz olarak devam eden bir uygulama olup, Avrupa'da daha çok seçkin kesim tarafından kullanılmıştır. 17. yy. da kolostrumla besleme korkusu nedeniyle Avrupa'da anne sütü kullanımı azalmış ve sütannelik yaygınlaşmıştır (2).

Günümüzde de anne sütünün yenidoğanın/bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişimini sağlayan en önemli besin olduğu pek çok bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır (4-7). Bu nedenle emzirmenin doğumdan hemen sonra başlanarak iki yaşa kadar kesintiye uğratılmadan devam edilmesi gerektiği önemle vurgulanmaktadır.

Bu derlemenin amacı; başarılı emzirmenin desteklenmesinde emzirme sandalyesi kullanımının önemini vurgulamaktır.

Emzirmenin Önemi

Emzirme, anne ve bebek için sağlığı geliştirici, hastalıkları önleyici ekonomik bir aktivitedir (8). Anne sütü, bebekte gelişebilecek (diyare, solunum yolu enfeksiyonları, astım, orta kulak iltihabı gibi) sağlık problemlerinin görülme sıklığını ve şiddetini azaltmaktadır. Emzirmenin anne bebek arasındaki bağı arttırdığı ve anne sütü alan bebeklerde bilişsel gelişimin daha iyi olduğu bilinmektedir (9,10).

Emzirme, üreme kadar önemli bir yetenektir ve emzirme deneyiminin hem anne hem de bebek açısından en erken dönemde yaşanması gerekmektedir. Emzirmeye başlamada birkaç saatlik gecikmenin ortaya çıkması bile, başarısızlığı beraberinde getirebilir. Annenin emzirmeye ilişkin tutumu, doğum şekli ve yenidoğanın durumu, bazı geleneksel

uygulamalar, sağlık kuruluşlarının politikaları, ebe/hemşirenin tutum ve davranışları, bölgeler arasındaki farklılıklar gibi özellikler emzirmeye erken başlanmasını etkileyen faktörler arasında sayılabilir (11).

Günümüzde pek çok ulusal ve uluslararası kuruluş emzirmeyi desteklemektedir. Özellikle Amerikan Pediatri Birliği ilk 6 ay sadece anne sütü önermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), her bebeğin doğumdan sonraki ilk yarım saat ile bir saat içinde emzirmeye başlanmasını, ilk 6 aya kadar sadece anne sütü ile beslenmesini önermektedir (12,13). Araştırmalar bundan sonraki dönemde de tamamlayıcı besinlerle birlikte olmak koşulu ile en az 2 yaşına kadar anne sütü ile beslemenin devam ettirilmesinin önemini vurgulamıştır (14-16).

Emzirmenin desteklenmesi ve özendirilmesi amacıyla 1981 yılında DSÖ; anne sütü muadillerini pazarlamasıyla ilgili uluslararası bir yasayı yürürlüğe koymuştur. Türkiye, UNICEF ve DSÖ'nün önerileri ile geliştirilen bu yasayı 1981 yılında imzalamıştır. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı ile UNICEF'in emzirmeyi yaygınlaştırma ve büyümenin izlenmesi konusundaki projesi 1987 yılında başlatılmıştır (17).

Literatürde bebeklerin sadece anne sütü ile beslenme durumu "tam emzirme" olarak tanımlanmaktadır (18). Tam emzirme bebeğin vitamin, ilaç tedavisi gibi ürünlerin dışında herhangi ek bir ürün (su, meyve suyu, çay, anne sütü dışında farklı sütler vs.) almama durumu olarak ifade edilmektedir (19). Anne sütünün yanında bebeğe minimal düzeyde su gibi ek ürün verilmesi "yüksek düzeyde emzirme", bebeğin beslenmesinin yaklaşık %50'si anne sütü, %50'si ek gıda ile karşılanıyorsa "kısmi emzirme", eğer besin gereksinimi %10'dan daha az anne sütünden karşılanıyorsa "minimal emzirme" olarak tanımlanır (18,19).

Emzirme Tekniği

Emzirmenin doğru bir şekilde gerçekleşmesi için bebekte bazı reflekslerin varlığı ve emzirme tekniğinin yanı sıra, annenin ve bebeğin pozisyonu da çok önemlidir. Sağlıklı bebekler arama, emme ve yutma refleksleri ile doğmaktadır ve bu refleksler doğumu izleyen ilk 15-30 dk. oldukça aktif durumdadırlar (5). Dolayısıyla anne

ve bebek uygunsuz doğum sonu 1. Evre (1. Reaktif Dönem) denilen bu sürede ilk emzirmenin başlatılması çok önemlidir (18,20).

Emzirmenin devamının sağlanması için annenin rahat ve emzirme tekniğine uygun pozisyonu belirlemesi önemlidir. Anne beşik tutuşu, futbol tutuşu, çapraz beşik tutuşu, yatarak emzirme ve Avustralya tutuşu pozisyonlarından birini tercih edebilir. Annenin emzirirken "C" tekniği ile memeyi tutması sağlanmalıdır. Bu teknik meme yapısının korunmasını sağlamaktadır (Şekil 1-2) (18,20).

Yenidoğan desteklenerek uygun pozisyon verilmelidir. Anne hangi pozisyonu kullanırsa kullansın yüz ile gövdesi bebeğe dönük ve bebeğin başı ile gövdesi aynı hizada olmalı, bebeğin tüm vücudu desteklenmelidir. Bebeğin arama refleksi uyarılarak ağzını tam açması ve areolanın tamamına yakınına ağzı içine alması sağlanmalıdır. Anne ve yenidoğanın rahatının sağlanması için destekleyici olarak yastık ve havlular kullanılabilir. (18,20).



Beşik Tutuşu



Çapraz Beşik Tutuşu



Futbol Tutuşu



Yatarak Emzirme



Avustralya tutuşu



C-teknikiği

Şekil 1-2: Emzirme Pozisyonları. (Kaynak: http://www.meleklermekani.com/threads/bebegini_zi-emzirme-pozisyonlari.158189/)

Emzirmede Yeterlilik

Annenin kendi kendine edindiği emzirmede yeterlilik durumunu etkileyen faktörler; annenin emzirmeyi seçip seçmemesine, emzirme yöntemlerini bilip bilmemesine, bunun için ne kadar süre harcayacağına ve emzirmedeki zorluklara duygusal olarak nasıl yanıt vereceğine bağlıdır. Annelerin emzirme konusunda edindikleri bilgileri davranışa dönüştürmede kendilerine güvenmeleri oldukça önemlidir. Öz-yeterliliği yüksek olan anneler karşılaştıkları zorluklarla baş etmede kendilerini cesaretlendirmekte ve olumlu düşünerek olayları çözmeye çalışmaktadırlar (21).

Birçok anne özellikle ilk bebeğini, emzirmeye başlarken yardıma gereksinim duymaktadır. Emzirmeye iyi bir başlangıç, annenin emzirmeyi devam ettirmedeki kararlılığını etkilemektedir. Bununla birlikte bu dönemde, emzirmede karşılaşılan güçlükler anksiyeteye yol açarak annelerin kendilerine olan güvenini kaybetmesine ve dolayısıyla emzirmenin azalmasına yol açabilir.

Başarılı Emzirme ve Başarılı Emzirmeyi Destekleyen Araçlar

Başarılı emzirme, anne ve bebeğin gereksinimlerinin karşılıklı olarak tamamlanması ile sonuçlanan interaktif bir süreçtir (22).

Emzirmeye başlama ve devam ettirmeyi etkileyen değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler vardır. Değiştirilebilir faktörler arasında;

- ✓ annenin emzirme isteği,
- ✓ eşi ve çevresindeki insanların desteği,
- ✓ emzirme bilgisi
- ✓ emzirmeye ilişkin annenin öz yeterlilik algısı gibi daha soyut faktörler yer almaktadır.

Ebe/hemşirenin emzirme başarısını gerçekten artırabilmesi için bu faktörleri göz önünde bulundurarak bunları değiştirmeye ve iyileştirmeye yönelik çözümler bulması gerekmektedir (21,23).

Değiştirilemez faktörler arasında ise;

- ✓ emziren annenin yaşı,
- ✓ medeni durumu,
- ✓ eğitim durumu,
- ✓ sosyoekonomik durumu gibi anneye özgü olan sosyodemografik özelliklerdir (12).

Değiştirilemeyen faktörlerin varlığı çok önemlidir ve duruma göre ebe/hemşirenin sağlayacağı desteği kolaylaştırmakta ya da zorlaştırmaktadır (21).

Tüm bu faktörlerin yanı sıra başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için annelerin gebelik sırasında ve doğumu izleyen dönemde, bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmaları, dengeli beslenmeleri ve doğru teknikle anne sütü verebilmeleri konusunda eğitim almaları gerekmektedir. Ancak alınan eğitimin davranış değişikliğine dönüşebilmesi için, annenin emzirme davranışa yönelik tutumu ve onun emzirme davranışını olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek sosyal etkenler de göz önünde bulundurulmalıdır (24).

Bebek/çocuk izlemleri sırasında da emzirme danışmanlığının yapılması ve sık karşılaşılan emzirme sorunlarının hızlı ve doğru bir şekilde çözümlenmesi önemlidir. Başarılı bir şekilde bebeğini emziren anneler de bu davranışları açısından desteklenmelidirler.

DSÖ ve UNICEF 1992’de emzirmeyi dünya çapında artırmak için “Bebek Dostu Hastaneler” uygulamasını başlatarak “başarılı emzirme için on bir temel adım” belirlemiştir (25,26).

Başarılı emzirmenin bulgularını araştıran çalışmalar incelendiğinde; bir araştırmada emzirme sonrası göğüslerde kalan süt miktarının başarılı emziren annelerde daha az olduğu ve göğüsün süt depolama kapasitesini ultrasonografi ile ölçen bir diğer çalışmada da bu bulgunun desteklendiği görülmüştür (27,28). Bebeğin emdiği süt miktarını göstermek için yapılan emzirme öncesi ve sonrası bebeğin tartılması anne için stres verici bir uygulama olması, tartıda sıklıkla bir yanlışlık olabilmesi ve yeterli bilgi sağlanamaması nedeniyle kullanımı artık önerilmemektedir.

Emzirmede başarısızlık yaşanmasının aslında en önemli nedeni emzirmeye başlayamamadır. Bunun çok azı fizyopatolojik nedenlerdir (29). Bu nedenle emzirme başarısının sağlanması için annenin gerekli konforunun sağlanması gerekmektedir. Bazı insanlar emzirmedeki başarısızlıklarının en ciddi nedenlerinden birinin yanlış pozisyon olduğuna inanmaktadırlar (30). Bu nedenle emzirme daha konforlu, keyifli ve kolay hale getirilmelidir. Bu amaçla üretilen araçlar emziren kadınlar için

pratik, yaratıcı ve memnun edici olmalıdır. Başarı emzirmeyi desteklemede; emzirme yastığı, emzirme minderi, emzirme önlüğü ve emzirme sandalyesi kullanılması önerilen araçlardır (31).

Emzirme Sandalyesi ve Gelişim Süreci

Emzirme sandalyesi; emzirme sırasında kadına en iyi ergonomik desteği sağlayarak, emzirmeye yönelik gereksinimlerini karşılayan, problemlerin bütüncül ve kapsamlı değerlendirilmesini sağlayan gerekli ve günümüzde gelişim sürecinde olan bir üründür (32).

1996’da, Royal College of Midwives ile Community Practitioners’ ve Health Visitors Association’dan oluşan çalışma grubu; evdeki veya kurumlardaki mobilya tasarımlarının emzirme sırasında kadının vücuduna veya postürüne uygun olmadığını belirtmiş ve bu durumu emzirme uygulamasını zorlaştıran faktörlerden biri olarak açıklamıştır. (31).

Chloe Fisher’e göre başarılı emzirme için; annenin sırtını veya kolunu desteklemeli ya da memeye rahat ulaşmasını sağlamak üzere annenin bebeğini daha yukarıya kaldırmak için başka yastıklar kullanması gerekebilir. Bebek anneye doğru şekilde tutununca, anne sırtını ve omuzlarını sandalye arkasına doğru gevşetebilir. Bir ayak taburesi de kullanılabilir. Modern mobilyalar iyi bir emzirme postürü için uygun değildir. Genelde çok yumuşaklardır ve kısıtlayıcı kol dayama yerlerine ve/veya arkaya doğru eğime sahiptirler. Hastane yatakları ve sırt dayanakları da annenin fazla eğimli şekilde geriye yaslanmasını sağladığından uygun değildir (33).

Günlük yaşamın temel aksesuarı olarak geliştirilen sandalye; ev, okul, çalışma alanları ve sinema gibi pek çok alanlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Çoğu batı topluluklarında, sandalyede emzirme sırasında annenin için dik pozisyonda oturması önerilmektedir. Emziren kadının ev ve ev dışı ortamlarda daha konforlu ve başarılı bir emzirme sağlaması amacıyla yeni sandalye tasarımları oluşturulmaya başlanmıştır. Günümüz modern emzirme sandalyesine örnek resim-1 de gösterilmiştir.

Emzirme başarısını artırma amacıyla tasarlanan bir sandalye için sadece fiziksel ve psikolojik faktörler değil aynı zamanda diğer gerekli düşünceler ve özellikler de dikkate alınmalıdır. Bunlar;

- Rahatlık bireye göre değişen bir kavramdır: bir kadın rahatken diğeri rahatsız olabilir.
- Birçok sandalye, özellikle rahat bir şekilde emzirme gereksinimi duyan kadınların çoğu için büyük olabilir.
- Bazı sandalyelerin çeşitli boyları vardır.
- 1950 ve 1960'larda üretilen sandalyeler emzirmek için ergonomik olarak uygun olmakla birlikte, bu amaç için özelleştirilmemiştir.
- Yeni bir emzirme sandalyesi yapılan araştırmalar ışığında iyi dizayn edilebilir ve emzirmek için ergonomik olarak uygunluğu açısından araştırmalar yürütülür.
- Endüstriyel işbirliği yeni tasarımın gelişme sürecinde ve konu ile ilgili olarak çalışan tasarımcıların eğitimsel sürecinde olumlu etkiye sahip olabilir.
- Sandalyeler tasarlanırken kullanıcıyı dışlamak yanlış yorumlamayı ve hata riskini artırır.



Resim 1: Modern Emzirme Sandalyesi (Kaynak:<https://www.google.com/search?q=emzirme+sandalyesi&source>)

Emzirme Sandalyenin Ergonomik ve Antropometrik Ölçümleri

Ölçümleri yaparken öncelikle amaç, kadınların ayakta ve otururken boylarını ölçmektir. Oturdukları zaman bacaklarının antropometrik ölçümleri (kalçadan dize kadar mesafe-popliteal uzunluk ve dizden ayak bileğine kadar olan

mesafe-popliteal yükseklik) yapılarak emzirme sandalyesinin yeni ergonomik kriterlerinin belirlenmesinde önemlidir. Ortalama boydaki bir kadın için emzirme sandalyesinin ideal oturma yüksekliği 36 cm'dir. Sırtın koltukla arasındaki açı 950 olmalıdır. Koltuk açısının fazlasıyla dik olması, kullanıcının ayağa kalkmasını etkileyecektir ve sırtın vertikal yapısından dolayı hemen rahatsızlık meydana gelecektir. Koltuğun yüksekliği, kadının popliteal yüksekliği ile eşit veya fazlaysa uylukların alt tarafında basınç hissedilecektir ve kucak açısı yatay olmayacaktır. Emzirme sandalyelerinin daha keyifli olabilmesi için yatay bir kucak kaçınılmazdır. Sırt dayanağının yüksekliği çok önemli değildir ve zeminden 100 ile 150 cm yüksekte olabilir. Ancak lomber desteğin pozisyonu önemlidir ve koltuğun tepesinden 20-30 cm mesafede olmalıdır (30).

Tüm bunların yanında yenidoğanın boyu ve kilosu da önemlidir. Ergonomik testlerde önerilen vücut boyutları dikkate alınmalıdır. Emzirme enerjik bir harekettir dolayısıyla bebek hareket eder ve anne bebeğin hareketlerine yanıt verdiği için, en ergonomik şekilde uygun pozisyona karar vermek zordur. Minderler uygun pozisyon açalarına ulaşmada bir çözüm olabilirler. Fakat bir sandalye aşırı yüksekse yarar sağlamayacak ve doğru emzirme pozisyonunu sağlamada başarılı olunamayacaktır. Croney (1980) bir koltuk aşırı şekilde alçaksa kadının doğru pozisyona adapte olmasına engel olacağını ileri sürmüş ve tüm postural yararların kaybolacağını ifade etmiştir. Bu durumda sadece koltuğun fonksiyonları kaybolmayacak aynı zamanda emzirme davranışları da olumsuz etkilenecektir. Bu nedenle bir emzirme sandalyesi bilinen diğer birçok sandalyeden daha alçak olsa da boyutları bir araba koltuğundaki gibi fonksiyonel olmalı ve ona uygunu dizayn edilmelidir (31).

Sonuç

Yenidoğanın beslenmesinde ideal bir besin olan ve olumlu etkileri yaşam boyu devam eden anne sütü ile beslenme her çocuğun en doğal hakkıdır. Uygun teknikte, sıklıkta ve sürede emzirmek, ilk altı ay anne sütü dışında hiçbir sıvı ya da katı gıda vermemek ve iki yaşın sonuna kadar tamamlayıcı besinlerle birlikte emzirmeyi sürdürmek ideal beslenmenin temel koşullarıdır. Emzirmeyi devam ettirmede annenin pozisyonu, rahatı, konforu ile

bebeğin durumunu ve emzirmedeki başarıyı etkileyebilir.

Kadının emzirme esnasında kendini rahat pozisyonunda hissetmesi, emzirme başarısını artırabilir. Hastanelerde, evlerde, işyerlerinde vb. birçok mekanda kadınların rahat bir şekilde emzirmelerini sağlayacak araçlar olmadığı görülmektedir. Bu yüzden emzirme sırasında rahat pozisyon almasını sağlamak ve emzirmeyi desteklemek için emzirme sandalyesi annelere ve emzirme dostu tüm yerlere olumlu bir alternatif olarak önerilebilir.

Kaynaklar

1. Yurdakök M. İnsan ve anne sütü: doğa, kültür ve tarihi. *Katkı Ped. Derg.*1991;12(5-6):495-509.
2. Coates MM, Riordan J. Tides in Breastfeeding Practice. Riordan J. (editor). Breastfeeding and human lactation. Third edition. USA. Jones and Bartlett Publishers Inc. 2005. p.3-29.
3. Ünal A. Allah kelamı Kuran-ı Kerim'in açıklamalı meali. Define Yayınları. 2007.p.124-5.
4. Gökçay G. Breastfeeding and child cognitive development. *Child: Care, Health and Development* 2010;36(4):591.
5. Karabekiroğlu K, Akbaş S, Taşdemir G. Anne sütü alma süresi erken çocukluk dönemi psikiyatrik sorunları için özgül bir risk faktörü müdür? *Turkish J Pediatr Dis* 2009;3(3):24-33.
6. Leventakou V, Roumeliotaki T, Koutra K, Vassilaki M, Mantzouranis E, Bitsios P, et al. Breastfeeding duration and cognitive, language and motor development at 18 months of age: Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *J Epidemiol Community Health* 2013;0:1-8.
7. Heikkilä K, Sacker A, Kelly Y, Renfrew M, Quigley M. Breast feeding and child behaviour in the millennium cohort study. *Arch Dis Child* 2011;96:635-42.
8. Gölbaşı Z, Koç G. Kadınların Postpartum İlk 6 Aylık Süredeki Emzirme Davranışları ve Prenatal Dönemdeki Emzirme Tutumunun Emzirme Davranışları Üzerindeki Etkisi. *HUHEMFAD-JOHUFON*. 2008:16-31.
9. Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları, *STED*. 2006;15(9):158-163.
10. Vefilulucay D, Terzioğlu F. Annelerin doğum sonrası dönemde emzirmeye ilişkin bilgilerinin saptanması. *Sağlık ve Toplum Derg.* 2005;15(2):81-90.
11. Öztürk H, Demir Ü. Erken devrede emzirmenin anne-bebek sağlığı açısından yararları. *Anadolu Hem Sağ Bil Derg.* 2001; 4: 2.
12. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002; 31:12-32.
13. Dai X, Dennis CL. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Chinese. *JMWH.* 2003;48(5):350-6.
14. Aidam AB, Escamilna RP, Lartey A. Lactation counseling increases exclusive breastfeeding rates in Ghana. *J Nutr.* 2006:1691-4.
15. Wutke K, Dennis CL. The reliability and validity of the Polish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: Translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud.* 2007;44:1439-46.
16. Gür E. Anne sütü ile beslenme. *Türk Ped Arş.* 2007;42:11-5.
17. Gökçay G, Baslo G. Anne sütü ile beslenmede kanıta dayalı uygulamalar: yetersiz anne sütü, çalışan anne, ilaçlar ve hastalıklar. *J Child.* 2002; 2:139-43.
18. Littleton YL, Engeberston JC. Maternity nursing care. Cengage Delmar Learning. New York; 2005.p.959-64.
19. Mannel W, Martens S, Walker B. Core curriculum for lactation consultant practice. 2 nd, Jones and Bartlett Publishers. USA; 2008.p.195-233.
20. Murray SS, Mckinney ES, Gorrie TM. Foundation of maternal-newborn nursing. WB Saunders Company. USA; 2002.p.120-3.
21. Aluş M, Okumuş H. Başarılı Emzirme İçin Kuram ve Modele Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir, *HEMAR-G* 2008;30(3): 51-58.
22. Hauck Y, Reinbold J. Criteria for Successful Breastfeeding: Mothers Perceptions. *ACM* 1996;9(1): 21-27
23. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, XIII baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2016.p. 573
24. Işık Koç, Tezcan S. Gebelerin emzirmeye ilişkin tutumu ve etkileyen faktörler. *HUHEMFAD-JOHUFON*. 2005;12(1):1-13.

25. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, İnanç N, Aykut M, Günay O, Öztürk A, Çıtıl R, Çiçek B, Ongan D, Tuna Ş. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda anne sütü alma durumu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg. 2009; 52: 176-182.
26. Emzirmede 11 Adım. Erişim adresi: <http://www.acipayamdh.saglik.gov.tr/TR,51751/emzirmede-11-adim.html> Erişim tarihi:03.08.2018.
27. Daly SE, Kent JC, Huynh DQ, et al. The determination of short-term breast volume changes and the rate of synthesis of human milk using computerized breast measurement. *Exp Physiol.* 1992; 77(1): 79-87.
28. Matthews MK. Mothers' satisfaction with their neonates' breastfeeding behaviors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1991; 20(1): 49-55.
29. Yurdakök M. Anne Sütü ile Beslenme. Yurdakök M, Erdem G, editör. Neonotoloji Prematürüte. Ankara: Türk Neonotoloji Derneği; 2004.p.119-124.
30. Inch S, Law S, Wallace L, Hills R. Confusion around breastfeeding terms 'positioning' and 'attachment', *BJM* 2013;11(3):148.
31. Kurul Ş. Yeni emzirme sandalyesi: araştırma, tasarlama ve geliştirme. Oran Turan N, Can Öztürk H, editör. Ebelik uygulamaları için teori. 1. Baskı. Ankara: Alter yayıncılık; 2017. p.155-173.
32. Jones SL, Kendall S. The research, design and development of a new breastfeeding chair. *Theory for midwifery practice.* Second edition, ed. Rosamund Bryar&Marlene Sinclair; 2011.p.139-157
33. Fisher C. The royal college of midwives: successful breastfeeding. Londonlongman. 1991.

Emzirmenin Değerlendirmesi Evaluation of Breastfeeding

Gülümser DOLGUN¹, Sevil İNAL¹, Leyla ERDİM¹, Sevda KORKUT²

ÖZ

Anne sütü, bebeğin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun besin olarak kabul edilmektedir. Anne sütü ile beslenmenin etkin şekilde sürdürülebilmesi için, emzirmenin sağlık profesyonelleri tarafından uygun şekilde desteklenmesi gereklidir. Annelerin emzirme durumunun değerlendirilmesi, etkin emzirmenin sağlanmasının en önemli aşamalarından biridir. Emzirmenin etkinliğinin değerlendirilebilmesi için geçerliği güvenilirliği yapılmış bir ölçüm aracının kullanılması gerekmektedir. Bu makale ile Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, Türkiye ya da yurt dışında yayınlanmış, emzirme değerlendirme ölçeklerinin gözden geçirilmesi ve ilgili sağlık profesyonellerinin emzirmenin değerlendirilmesine yönelik ölçekler hakkında farkındalığının artırılması ve kullanımının yaygınlaşmasının sağlanması amaçlanmıştır. Makalenin başta ebe ve hemşireler olmak üzere emzirme danışmanlığı yapan sağlık profesyonellerine, emzirmenin etkinliğini değerlendirmede kullanılabilecek ölçüm araçları konusunda, yol gösterici olabileceği düşünüldü.

Anahtar kelimeler: Emzirmenin değerlendirilmesi, ölçek

ABSTRACT

Breast milk is accepted as the most suitable food for the healthy growth and development of infants. In order to get breast milk maintained effectively, the breastfeeding should be appropriately supported by health professionals. Evaluation of the breastfeeding status of the mothers, is one of the most important stages of providing effective breastfeeding. In order to the efficacy of the breastfeeding to be assessed that is necessary to use a measurement tool which has reliability of its validity. In this article, Turkish validity and reliability studies have been done, published Turkey or abroad, aimed to reviewing the breastfeeding assessment scale and to increase the awareness of the scale for assessing breastfeeding their respective health professionals and ensuring the widespread use of. It is thought that article' may be a guide to health professionals who are breastfeeding consultants, especially midwives and nurses, and measurement tools that can be used to evaluate the effectiveness of the breastfeeding.

Keywords: Evaluation of breastfeeding, scale

Geliş Tarihi/Received: 25.08.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 12.02.2019

¹Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0003-2988-9280

¹Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-3260-1770

¹Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-7604-8022

² Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0003-0927-5206

Sorumlu yazar /correspondence: Arş. Gör., Sevda Korkut, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı, Zuhuratbaba Mahallesi, Doktor Tefik Sağlam Cd. No.25, 34147 Bakırköy/İstanbul, e-mail: korkutsevda@hotmail.com

Giriş

Emzirme, bebeklerin beslenme, büyüme ve sağlığı için ideal bir yöntemdir (1). Anne sütü; yenidoğanın optimum büyüme ve gelişmesi için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek ve sindirimi kolay doğal bir besindir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) bebeklerin doğumdan itibaren ilk altı ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmesini ve emzirmenin tamamlayıcı beslenme ile birlikte iki yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir (3). Buna rağmen dünya çapında çocukların sadece % 39'unun dört ay boyunca emzirildiği ve ilk altı ay emzirme oranlarının daha da düşük olduğu bildirilmiştir (4,5).

Anne sütünün bebeğe etkili bir şekilde verilebilmesi için doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirmenin başlatılması ve etkili şekilde sürdürülmesi çok önemlidir (2,6,7). Scott ve ark. (8) yaptıkları bir araştırmada, doğumdan sonraki ilk bir ayda emzirme güçlüğü çeken annelerin, 6 aydan önce sadece anne sütü ile emzirmeyi, 12 aydan önce ise emzirmeyi tamamen bırakma riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Öte yandan, çalışmalar postpartum dönemde alınan desteğin emzirme süresini arttırdığını göstermiştir (9). Bu nedenle doğum sonu dönemlerde emzirmenin rutin olarak değerlendirilmesi ve emzirme güçlüğüne belirlenmesi gerekmektedir.

Emzirme, Türkiye'de oldukça yaygın bir uygulama olmasına rağmen ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı istenilen düzeyde değildir. Üstelik ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı 2008'de yüzde 42 iken (10), 2013 yılında %30'a gerilemiştir (11). Bebeklerdeki "sadece anne sütü" alma süresi iki aydan azdır. Bunun yanı sıra, doğumdan sonraki ilk bir saat içinde bebeklerin yarısı, ilk bir gün içinde ise %30'u emzirilmemektedir (11). Görüldüğü gibi ülkemizdeki en önemli sorun anne sütüne başlamak değil, "ilk altı ay sadece anne sütü" ile beslenmenin sürdürülmesidir. Literatürde emzirmenin erken bırakma nedenleri arasında en sık görülen problemin annenin çocuğunu yeterince besleyememesinden duyduğu kaygı ve bu konuda kendine duyduğu güvensizlik olduğu gösterilmektedir (12,13).

Emzirmenin etkili şekilde başlatılıp sürdürülebilmesinde sağlık profesyonelleri ta-

rafından verilen emzirme danışmanlığının rolü büyüktür. Başta ebe ve hemşireler olmak üzere ilgili sağlık profesyonelleri tarafından, annelerin emzirme yeterliliklerinin değerlendirilmesi anne ve bebeğin gereksinimleri doğrultusunda güçlendirilmesi, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır (14).

Emzirmenin desteklenebilmesi için öncelikle emzirmenin yeterliliğinin güvenilir bir araçla değerlendirilmesi gerekmektedir (15). Annelerin sütünün yetersiz olduğuna ilişkin kaygılarını gidermek ve emzirmeyi etkin şekilde değerlendirebilmek için geçerliliği kanıtlanmış, kullanımı kolay ölçüm araçları kullanılarak emzirmenin etkinliğinin değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Emzirme yeterliliğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı kullanılarak belirlenmesi, emzirme konusunda yapılacak eğitimlerde yol gösterici olması açısından da önemlidir (16). Emzirme öğrenilebilen bir süreçtir. Bebeklerin anne sütünden en iyi şekilde yararlanabilmesi için uygun emzirme tekniğinin bilinmesi ve uygulanması çok önemlidir (17). Bir şeyin iyi, kötü, yeterli ya da yetersiz olduğu konusunda bir sonuca varmak ve değerlendirme yapabilmek için o şeyin öncelikle geçerliliği ve güvenilirliği olan bir ölçüm aracı ile ölçümünün yapılması gereklidir (18). Ebelik/Hemşirelik bakımının bir parçası olan emzirme yeterliliğinin, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği olan bir ölçek ile değerlendirilmesi; ebeveyn eğitimi yönlendirmek, emzirme tekniğini değerlendirmek, sorunları erken tanımak ve müdahalelere rehberlik etmek için gereklidir. Bu makale ile Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, Türkiye ya da yurt dışında yayınlanmış, emzirme değerlendirme ölçeklerinin gözden geçirilmesi ve ilgili sağlık profesyonellerinin emzirmenin değerlendirilmesine yönelik ölçekler hakkında farkındalığının artırılması ve kullanımının yaygınlaşmasının sağlanması amaçlanmıştır.

Emzirme değerlendirme ölçekleri

Yapılan literatür incelemesinde, emzirmenin etkinliğinin değerlendirmesine yönelik olarak geliştirilmiş Türkçe bir ölçeğe rastlanmamıştır. Ancak yurt dışında geliştirilmiş ve Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmış bazı ölçekler mevcuttur. Bu ölçekler: Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH) (19), Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ) (16), Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT)'dir (20). Anne

Bebek Değerlendirme (MBA)/Emzirme Tanılama ölçüm aracı MBA gibi isimler ile anılan (The Mother Baby Assessment Tool) (21), Türkçe çalışmalarda kullanılmış fakat geçerlilik ve güvenilirliği olmadığı için bu makalede değerlendirilmemiştir.

Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH) (LATCH Assesment Tool): LATCH 1993 yılında Deborah Jensen ve Sheilla Wallace tarafından geliştirilmiştir (22). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak 1997 yılında Demirhan ve Pek tarafından bir Yüksek Lisans Tez çalışmasında yapılmış fakat bu çalışma yayımlanmamıştır (23). İkinci geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Yenal ve Okumuş tarafından 2003 yılında yapılmıştır (19). Ölçeğin uygulanmasında anne emzirme sırasında ebe/hemşire tarafından gözlenmekte ve kriterler doğrultusunda anne ve bebek değerlendirilerek form doldurulmaktadır. Ölçeğin uygulama süresi 5-10 dakikadır. Aracın orjinal şeklinin Cronbah alfa değeri 0.93 bulunurken, Türkçe uyarlama çalışmasında 0.95 bulunmuştur. Ölçüm aracı beş değerlendirme maddesinden/kriterinden oluşmaktadır. LATCH, bu maddelerin İngilizce karşılığının ilk harflerinin birleşimini oluşturur ve maddeler şu şekilde sıralanmıştır:

L: Memeyi tutma (Latch on breast)

A: Bebeğin yutma hareketinin görülmesi (Audible swallowing)

T: Meme ucunun tipi (Type of nipple)

C: Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı(Comfort bresat/nipple)

H: Bebeği tutuş pozisyonu (Hold)

Ölçeğin puanlaması: Her madde 0-2 puan arası değerlendirilmektedir. Araçtan alınabilen en yüksek toplam puan 10 olup, yüksek puan yüksek emzirme başarısı anlamına gelmektedir.

Ölçeğin avantajları: İlk Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ölçek olması nedeniyle Türkçe birçok araştırmada kullanılmış olması ve LATCH ölçüm aracı ile değerlendirme yaparken emzirmenin herhangi bir anında gözlem yapmanın mümkün olması ölçeğin önemli bir avantajıdır. Değerlendirme yapabilmek için emzirmeyi baştan sona kadar gözlemek gerekli değildir. Ayrıca emzirme ile ilgi hem anne hem de bebeği birlikte değerlendirmesi ileriye dönük dokümantasyon için de elverişlidir. Etkin emzirmeyi etkileyen anneye ait meme ucu tipi ve problemleri LATCH ölçüm aracı ile değerlendirilebilmektedir.

Ölçeğin sınırlılıkları: LATCH ölçeğinde, memedeki rahatlığı değerlendiren kısaca C olarak belirtilen Comford; alt maddesinin değerlendirmesinde, 1 ile 2 arasında üçüncü bir bölüm olması ihtiyacı vardır. Mevcut şekli ile aradaki durumları değerlendirecek özellikte değildir. Yani memenin ucunda yara olmasa da memeler çok dolgun ve sert olabilir ve anne acıdığını ifade edebilir. Kısaca L olarak ifade edilen memeyi tutma / Latch on breast alt maddesi de yine aynı şekilde; 1 ile 2 arasında yine bir ara değerlendirmeye gereksinim göstermektedir. Örneğin bebek memeyi tam ve doğru kavırıyor olsa da çok kısa emiyor olabilir. Özellikle yeni doğmuş bebeklerde bu oldukça sık rastlanan bir durumdur. Ayrıca LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm aracı gözleme dayalı bir form olduğundan 2 gözlemci tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir (19,22).

Emzirme Değerlendirme Ölçeği (IBFAT) (The Infant Breastfeeding Assesment Tool (IBFAT)): Mary Kay Matthews tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (24). Ölçek sağlıklı ve term doğan bebeklerde, ilk 4 ila 5 gün içinde geçici beslenme zorluklarını belirlemek için geliştirilen bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çelik ve Demirci (20) tarafından yapılmış ve bu çalışmada Cronbach alpha katsayısı, 0,92 hesaplanmıştır. Ölçek altı sorudan oluşmakta ve değerlendirme anneler tarafından yapılmaktadır. Puanlaması, annelerin sorulara yanıtı temel alınarak yapılmaktadır. Ölçekte bulunan ilk soru bebeğin beslenmeye başlama durumu ile ilgilidir (derin uykulu, uykulu, sakin-uyanık, ağlıyor). Son soruda ise anneler beslenme sırasında hissettiklerini (Çok memnunum, memnunum, pek memnun değilim, memnun değilim) şeklinde belirtmeleri istenmektedir. Bu iki soru puanlamaya dahil edilmemekte ve ayrı değerlendirilmektedir.

IBFAT'ın maddeleri aşağıda verilmiştir:

Bebeği emzirmek için aldığınızda nasıldı? (puanlama dışı)

1) Derin uykuda idi (gözleri kapalı, solunum dışında gözlenebilen hareketi yok)

2) Uykuluydu

3) Sessiz ve uyanıktı

4) Ağlıyordu

Bebeği emmeye başlatmak için, sizin ya da hemşirenin ne yapması gerekti? Beslenmeye hazır olma veya uyandırabilirlik (Signaling): Gözlemci

veya anne tarafından bebeğin emmeye başlama durumu değerlendirilmektedir.

- 1) Sadece memeye getirmek yeterliydi, başka bir çaba gerekmedi (3 puan)
- 2) Üzerini açma, sıvazlama veya gazını çıkartma gibi hafif uyarı vermek gerekti (2 puan)
- 3) Üzerini açma, bebeği oturtma, emzirme boyunca vücudunu ve kollarını kuvvetlice ovmak gerekti (1 puan)
- 4) Uyandırılmadı (0 puan)

Arama (Rooting): Bebek memenin yanına getirildiğinde, meme başı bebeğin yanağına değdirildiğinde ne yaptı?

- 1) Bir kerede meme başını ağzına aldı (3 puan)
- 2) Meme başını ağzına alması için biraz uyarmak, yönlendirmek gerekti (2 puan)
- 3) Yardıma rağmen çok zor yakaladı (1 puan)
- 4) Meme başını ağzına almaya çalışmadı (0 puan)

Yakalama (Latch-on): Gözlemci veya anne, bebek memeye yerleştirildiğinde, meme başını ağzına alması ve emmeye başlaması ne kadar sürdü?

- 1) Hemen emmeye başladı (0-3 dakika) (3 puan)
- 2) 3-10 dakika sürdü (2 puan)
- 3) 10 dakikadan fazla sürdü (1 puan)
- 4) Emmedi (Meme başını almadı) (0 puan)

Emme paterni (Sucking): Anneden bu emzirmede bebeğin emme şeklini en iyi tanımlayan cümlelerin hangisi olduğunu belirlemesi istenmektedir.

- 1) Bebek emmedi (0 puan)
- 2) İyi emmedi; emmesi zayıftı, kısa sürelerle biraz emmeye çabaladı (1 puan)
- 3) İyi emdi; aralıklı olarak emdi, ama biraz cesaretlendirmek gerekti (2 puan)
- 4) Çok iyi emdi; her iki memeyi de emdi veya bir defada sürekli emdi (3 puan)

Bu emzirmede bebeğin beslenmesi hakkında ne hissediyorsunuz? (puanlama dışı)

- 1) Çok memnunum
- 2) Memnunum
- 3) Pek memnun değilim
- 4) Memnun değilim.

Ölçeğin puanlaması: Anne, listelenen davranışsal açıklamaları kullanarak her soruyu puanlar. Ölçeğin değerlendirmesinde 6 sorudan sadece 4 tanesi toplam skorda yer alır; uyandırabilirlik, arama, yakalama ve bebeğin emme davranışları ile olan dört madde ile ilgilidir. Her soru 0-3 puan arasında değerlendirilir. Toplam en yüksek puan 12'dir. Eğer bebek bütün etkili beslenme davranışlarını taşıyorsa genel toplam 12 puan alır. Etkili beslenen bebeklerde puan aralığı 10-12

puandır. Teşvik edildiğinde oldukça başarılı emen bebeklere puan aralığı 7-9 puandır ve beslenme orta etkili kabul edilmektedir. Uyarı ile beslenmeye başlamayan, aramayan veya kısa periyotlar ile emen bebeklere ise 0-6 puan aralığında değerlendirilmektedir.

Ölçeğin avantajları: Bu araç ile diğerlerinden farklı olarak emzirmede anne memnuniyeti, konforu değerlendirilebilmektedir.

Ölçeğin sınırlılıkları: Emzirmenin önemli kriterlerinden yutma ve pozisyon IBFAT haricinde, tüm değerlendirme araçlarında bebeklerde duyulabilir yutmanın olması aranmaktadır. Emzirme anne-bebek birlikteliğini gösterir IBFAT ise öncelikle bebeğe odaklanmaktadır. Ayrıca değerlendirmenin bir sağlık personeli tarafından değil annenin kendisi tarafından yapılması da olumsuz olarak değerlendirilmektedir (20,24).

Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği (BEDÖ)

[Bristol Breastfeeding Assessment Tool (BBAT)]: BEDÖ Jenny Ingram tarafından 2014

yılında geliştirilmiştir (17). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dolgun ve ark. (16) tarafından yapılmıştır. Ölçek, doğum sonrası dönemde sık karşılaşılan emzirme sorunlarını ve yeterliliğini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Anne emzirme sırasında ebe/hemşire tarafından gözlenir ve kriterler doğrultusunda anne ve bebek değerlendirilerek form doldurulur. Ölçeğin uygulama süresi 5-10 dakikadır. Aracın orjinal şeklinin Cronbah alfa değeri 0.68 bulunurken, Türkçe uyarlama çalışmasında 0.77 bulunmuştur.

Ölçüm aracı "pozisyon verme", "tutma", "emme" ve "yutma" olmak üzere 4 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir (Tablo 1).

Pozisyon verme /Tutuş: Bebek iyice desteklenmeli, annenin bedenine yaslanmalı, yan yatırılmalı ve boynu bükülmemelidir. Burnu meme ucunun karşısında olmalı, anne bebeği tutarken kendine güvenmelidir. Bunların tamamını tavsiyeye ihtiyaç duymadan başarmak iyi olarak puanlanmıştır.

Tutma/Kavrama: Bebek memeyi iyi tutmalı/kavramalı, ağzı genişçe açık olmalı, hızlıca kavrayarak, ağzına yeterli miktarda meme dokusu almalı ve beslenme süresince iyice kavramalıdır. Tüm bunları başarmak 2 olarak puanlandırılmıştır.

Emme: İki memede de etkin emme döngüsü sağlanabilmeli (ilk başta hızlı emme ve sonra yavaş ve duraklamalı emme), emmeyi bebek bitirmelidir. Etkin bir emme örüntüsü oluşturulabiliyorsa iki puan verilmektedir.

Yutma/Yutkunma: Duyulabilir, düzenli yumuşak yutma olması ve şapırdatma sesinin olmaması 2 puan ile puanlandırılmıştır.

Ölçeğin puanlaması: Her bir madde 0-2 puan arası puanlanmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan 8'dir. Düşük puanlar emzirmenin etkin olmadığını, yüksek puan ise emzirmenin etkin olduğunu göstermektedir (Tablo 1).

Ölçeğin avantajları: Dört maddeden oluşan bu ölçek, kısa sürede uygulanabilmesi nedeniyle oldukça pratik bir ölçüm aracıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından emzirmenin objektif parametrelerle değerlendirilebilmesine olanak sağlamak ve beş dakika gibi kısa bir sürede

uygulanabilmektedir. Değerlendirme yapabilmek için bir emzirmeyi baştan sona kadar gözlemek gerekli değildir, emzirmenin herhangi bir anında gözlem yapılabilir. Ayrıca ölçeğin bebeğe ait emzirme sorunlarından biri olan bebeklerdeki dil bağı problemlerini de belirlemede etkili olduğu belirtilmektedir (16,17).

Ölçeğin sınırlılıkları: Ölçek gözleme dayalı bir form olduğundan 2 gözlemci tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Diğer Ölçüm Araçları

Emzirme Gözlem Formu: Ülkemizde DSÖ ve UNICEF tarafından 1992 yılında yayınlanan "Emzirme Gözlem Formu" emzirme anını değerlendirmekte yaygın olarak kullanılmaktadır. Form T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından da kullanılması önerilen standart ve evrensel bir formdur. Bir ölçek ya da formun klinik olarak yararlı olması için geçerlik ve güvenilirliğinin sağlamış olması gerekir. Emzirme Gözlem

Tablo 1: Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği ve Puanlaması

	0 Zayıf	1 Orta	2 İyi	Puan
MADDELER	Hiçbir ölçüt sağlanamamış veya çok az ölçüt sağlanmıştır	Bazı ölçütler sağlanmıştır	Tüm ölçütler sağlanmıştır	
POZİSYON VERME /TUTUŞ Bebek iyi desteklenmiştir; Annenin bedenine yaslanmış/bitişiktir; Yan yatar pozisyonundadır/ boynu kıvrılmamıştır; Burnu meme ucu hizasındadır; Anne bebeği kucaklama/tutma becerisine sahiptir	Pozisyon verme konusunda konuşulması gereklidir	Pozisyon verme konusunda hala bazı öneriler gereklidir	Pozisyon verme konusunda öneri gerekli değildir	
(Memeyi) TUTMA/KAVRAMA Arama Refleksi vardır; Ağız geniş şekilde açılmıştır; Bebek yeterli miktarda meme dokusunu ağzına çabucak almayı başarmıştır; Bebek beslenme boyunca memeye iyi kavramış/tutmuştur	Bebek memeyi tutamamakta /kavrayamamakta ya da yetersiz olarak tutmakta/kavramaktadır Hiçbir ölçüt sağlanamamış veya çok az ölçüt sağlanmıştır (Memeyi) Tutmak/kavramakla ilgili konuşmak gereklidir	Bazı ölçütler sağlanmıştır (Memeyi) Tutmakla/kavramakla ilgili bazı öneriler gereklidir	Tüm ölçütler sağlanmıştır (Memeyi) Tutmakla/kavramakla ilgili öneri gereklidir	
EMME Her iki memede de etkili emme döngüsü sağlanabilmektedir (başlangıçta hızlı daha sonra duraklamalarla yavaş emme);	Etkili emme yoktur; emme döngüsü yoktur	Biraz etkili emme vardır; tatmin edici emme yoktur; memeyi bir tutup bir bırakmaktadır	Etkili emme döngüsü sağlanmaktadır	

Bebek beslenmeyi kendisi sonlandırmaktadır				
YUTMA/YUTKUNMA Duyulabilir, düzenli yumuşak yutkunma vardır. Ağızda şapırdatma sesi yoktur	Yutma/yutkunma sesi duyulmamaktadır. Ağızda şapırdatma sesi duyulmaktadır	Ara sıra yutma/ yutkunma (sesleri) duyulmaktadır. Bazı yutmalar /yutkunmalar gürültülü ya da şırıltılıdır	Düzenli duyulabilen, sessiz yutma/yutkunma vardır	

Dolgun G., İnal S., Erdim L., Korkut S. Reliability and validity of the Bristol Breastfeeding Assessment Tool in the Turkish population. Midwifery 2018;57, 47–53

Formu'nun literatürde yapılmış geçerlik, güvenilirlik çalışmasına rastlanmamış ve puanlama sistemi de yoktur. Formun ölçümde kullanılan kriterler altı tanedir ve alt maddeleri vardır. Değerlendirilmesi gözlenen kriterlerin "emzirmenin iyi gittiği" ve "olası sorun belirtileri" olmak üzere iki bölümde işaretlenmekte, gözlenmeyenler kriterler boş bırakılmaktadır.

Ölçümde kullanılan kriterler; Annenin vücut pozisyonu, bebeğin davranışı, duygusal bağlanma, anatomi, emme ve emzirme için harcanan zamandır (25).

Emzirme Yeterlilik Ölçeği: Bu ölçek Dennis ve Faux (26) tarafından emzirme yeterliliğini ölçmek için geliştirilmiş 33 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Ekşioglu ve Çeber (27) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin 2 alt boyutu vardır: Teknik boyut: Başarılı emzirme için gerekli olan özel prensiplerin tanımlanması ve annelerin emzirme becerilerinin belirlenmesine yöneliktir. Kişisel düşüncelere boyutu: Annenin emzirmeye ilişkin inanış ve davranışlarını içeren maddelere yöneliktir. Annelerin emzirme yeterlilikleri, 5 puanlık likert ölçeğine göre değerlendirilmiştir. Ölçekte toplam puan arttıkça emzirme yeterliliği de artmaktadır. En düşük puan 33, en yüksek puan 165'tir. Bu ölçek annelerin emzirme konusunda kendisini ne kadar yeterli ve rahat hissettiğini belirlemeye yönelik öz bildirim dayalı bir ölçektir. Ölçeğin 33 maddeden oluşması nedeniyle uygulaması zaman alıcı olabilmektedir. Ölçek, sağlık profesyonelinin gözlemine dayalı değerlendirmesi değil, annelerin kendi geri bildirimleri esas alındığı için emzirme yeterliliğini değerlendirme konusunda sağlık profesyonelinin değerlendirmesini kapsamamaktadır. Ayrıca emzirme sırasında bebeğin, memeye yerleşimi, pozisyonu, emme ve yutma becerisi gibi somut göstergelerden ziyade annenin emzirme

konusunda kendisini yeterli hissedip hissetmediğine odaklanmaktadır.

Daha sonra yine Dennis tarafından 2003 yılında 14 maddelik Emzirme Öz-Yeterliliği Kısa Formu geliştirilmiştir (28). Ölçeğinin, Türkçe geçerliliği Aluş-Tokat ve Okumuş (29) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek de emzirmeyi değil annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeylerini yani emzirme sürecinde karşılaşacağı zorluklar ile baş edebilme yeteneğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçüm aracı olduğu için bu makale kapsamı içinde değerlendirilmemiştir.

Bebeği Aldığı Süt Miktarının Değerlendirilmesi İçin Bir Araç: İmdat: Yiğit ve Aslan (30) tarafından Türkçe olarak geliştirilen bir formdur. Form bebeğin aldığı anne süt miktarını dolayısı ile emzirmenin etkinliğini değerlendirir fakat bu aracın da geçerlilik ve güvenilirliği yapılmadığı için burada yer verilmemiştir.

Arslan-Özkan (31) tarafından Türkçe olarak geliştirilmiş olan "Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği" geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Fakat ölçek, emzirmenin farklı yönlerine odaklandığı ve emzirmeyi değerlendirmede için bu makalede yer verilmemiştir. Ölçek annelerin emzirme davranışlarını yönlendiren tutumları çeşitli boyutlarını değerlendirmekte, 5'li likert tipinde ve 46 maddeden oluşmaktadır.

Sonuç

Doğum sonu dönemde emzirmenin değerlendirilmesi anne ve yenidoğan bakımın önemli bir bölümüdür. Emzirmenin değerlendirmesi bize anne ve yenidoğanın yardıma ihtiyacı olup olmadığını anlamamıza ve herhangi bir sorun varsa erken dönemde belirleyebilmemize ve çözüm yolları geliştirebilmemize olanak sağlar.

Bebeklerin emme becerisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş az sayıda ölçme ve değerlendirme aracı vardır. Bu

araçlardan bazılarının Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Emzirmenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerden Bristol Emzirme Değerlendirme Ölçeği'nin kullanım kolaylığı ve emzirmenin etkinliğini değerlendirme başarısının yüksek olması, bunun yanı sıra dil bağı kısa olması nedeniyle etkili ememeyen bebeklerin belirlenebilmesine olanak sağlaması gibi sahip olduğu avantajlar nedeniyle emzirmeyi değerlendirmede öncelikli olarak tercih edilmesi önerilebilir. Başta ebe ve hemşireler olmak üzere, emzirmeyi değerlendiren sağlık profesyonellerinin, geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış uygun bir gerekir ise birden fazla ölçüm araçlarının kullanarak emzirmeyi değerlendirmesi yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Infant And Young Child Nutrition; Global Strategy For Infant And Young Child Feeding, 2002, Tech. Rep. EB 109/12
2. Kramer, M.S, Kakuma R. Optimal Duration Of Exclusive Breastfeeding. The Cochrane Library. 2012; 1–12.
3. Victora C.G, Bahl R, Barros A.J, França G.V, Horton S, Krasevec J, Rollins N.C. Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect. The Lancet. 2016; (387), 475–490.
4. World Health Organization. Global Strategy: Breastfeeding Critical For Child Survival. CDC & FDA. 2004; 18:9-10
5. World Health Organization (WHO). Indicators For Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Part 1 Definitions. 2008.
6. UNICEF. Infant and Young Child Feeding. 2004
7. World Health Organization (WHO). Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity And Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. 2018.
8. Scott JA, Binns C, Oddy W. Predictors Of Breastfeeding Duration: Evidence From A Cohort Study. Pediatrics. 2006; 117(4):e646-55
9. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, Dodgson JE, Abiona TC, Heinig MJ. Clinical Lactation Practice: 20 Years of Evidence. JHL. 2005; 21(3):245-58
10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2009. Ankara, Türkiye. pp. 144-145.
11. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014, Ankara, Türkiye. pp. 157-174.
12. Akgün T. Anne Sütü ile Beslenme Durumu ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler [Breastfeeding Status and Factors Affecting This Condition]. Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2006, İstanbul
13. Akyüz A, Kaya T, Şenel N. Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi [Determination of Breastfeeding Behaviors of Mothers and Influencing Factors]. TSK [TAF]. 2007; 6(5)15-19.
14. Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and Human Lactation. (4th ed.). Toronto: Jones and Bartlett Publishers, 2010; 754-765.
15. Gözükara F. Emzirmenin Başarılmasında Anahtar Faktör: Baba Desteğinin Sağlanması ve Hemşirenin Rollerini [Key Factor for Achievement of Breastfeeding: Providing Father Support and Roles of Nurses]. Harran Univ Tıp Fak Derg. [J Harran Univ Med Fac]. 2014; 11(3).
16. Dolgun G, İnal S, Erdim L, Korkut S. Reliability and Validity of the Bristol Breastfeeding Assessment Tool in the Turkish population. Midwifery. 2018;57, 47–53
17. Ingram J, Johnson D, Copeland M, Churchill C, Taylor H. The Development of a New Breastfeeding Assessment Tool and the Relationship With Breastfeeding Selfefficacy. Midwifery. 2015; 31, 132–137
18. Akbaş G, Korkmaz L. Ölçek uyarlaması (Adaptasyon) [Scale adaptation (Adaptation)]. TPD [TJP]. 2007; 13,15–17.
19. Yenil K, Okumuş H. Latch Emzirme Tanılama Aracının Güvenirliğini İnceleyen Bir Çalışma [A study

- examining the reliability of the Latch breastfeeding assessment tool]. HEMAR-G. 2003; 1: 38-44.
20. Çelik N, Demirci H. Emzirme Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi [Investigation of Turkish Validity and Reliability of Breastfeeding Assessment Scale]. CBÜ-SBED. 2017; 4.4: 1033-1038.
 21. Riordan J.M, Koehn M. Reliability and Validity Testing of Three Breastfeeding Assesment Tools. JOGNN 1997. 26(2):181-187.
 22. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: Breastfeeding Charting System and Documentation Tool. JOGNN. 1994; 23(1): 27-32.
 23. Demirhan F. Sakarya ilinde emzirmenin değerlendirilmesi (Assessment of breastfeeding in the province of Sakarya). Thesis, University of Marmara, 1997, Istanbul.
 24. Mattews M. Devoloping an Instrument yo Assess Infant Breasfeeding Behavior in Early Neonatal Period. Midwifery. 1988; 4:154-65.
 25. Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. Emzirme Gözlem Formu. 2015.
 26. Dennis C.L, Faux S. Development and Psychometric Testing Of The Breastfeeding Self- Efficacy Scale. RINAH. 1999, 22.5: 399-409.
 27. Ekşioğlu A, Çeber E. Translation and Validation of the Breast-feeding Self-efficacy Scale into Turkish, Midwifery. 2011;27e246-e253
 28. Dennis C.L. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of The Short Form. JOGNN. 2003, 32.6: 734-744.
 29. Aluş-Tokat M, Okumuş H. Translation And Psychometric Assessment Of The Breast-Feeding Self-Efficacy Scale-Short Form Among Pregnant and Postnatal Women in Turkey. Midwifery. 2010; 26:101-108.
 30. Yiğit F, Aslan H. Bebeği Aldığı Süt Miktarının Değerlendirilmesi İçin Bir Araç: İmdat [Imdat: A tool for assessing the level of maternal milk intake]. ZKTB. 2008; 39(2);77-84
 31. Aslan-Özkan H. Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği [Breastfeeding Attitudes of The Evaluation Scale] KASHED [JOWHEN]. 2015 2(1): 53-58.

Sağlığı Geliştirme Programlarının İşte Var Olamama (Presenteeism) Üzerindeki Etkisine Yönelik Alanyazın İncelemesi

The Impact of Health Promotion Programs on Presenteeism: A Review of the Literature

Dilek ŞAHİN¹

ÖZ

İşte var olamama (presenteeism) genelde verimliliğin düşmesine neden olabilecek hastalık, yaralanma, anksiyete vb. durumlara rağmen çalışmak için işe gelinmesi olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalar bu durumun devamsızlıktan daha fazla verimlilik kayıplarına yol açtığını saptamıştır. Sağlığı geliştirme programı ise bir işyerinin sunduğu sağlık, güvenlik ve sağlıklı yaşam etkinliklerinin tamamıdır. Bu makalenin amacı, sağlık nedenlerine bağlı ortaya çıkan işte var olamamanın önlenmesine yönelik sürdürülmüş olan sağlığı geliştirme programlarının etkililiğinin incelenmesidir. Bu çalışma alanyazın taramasına dayalı olarak hazırlanmıştır. Elektronik veri tabanlarında yapılan tarama sonucunda, araştırmanın amaç ve kriterlerine uygun 16 araştırmaya ulaşılmıştır. Elde edilen bulgularda işte var olamama durumuna bağlı verimsizliğin sağlığı geliştirme programları ile azaltılabileceğine ve bu programlara yapılan yatırımların çalışanların verimliliğini artırarak kuruma maddi getiri sağladığına dair bulgulara ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İşte Var Olamama, Sağlığı Geliştirme Programı

ABSTRACT

Presenteeism is defined as, the practice of coming to work despite illness, injury, anxiety, etc. often resulting in reduced productivity. Health promotion programs are all health, safety and wellness activities offered by a workplace. The aim of this research is to examine the effectiveness of health promotion programs that have been carried out to prevent sickness presenteeism. This study was based on the scanning of the literature. Sixteen studies have been reached for the purpose of research in electronic databases. Findings show that the inefficiency associated with presenteeism can be reduced by health promotion programs, and that investments in these programs increase the productivity of employees and provide financial return to the institution.

Keywords: Health Promotion Program, Presenteeism

Geliş Tarihi/Received: 04.09.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 15.01.2019

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID: 0000-0003-0865-7763

Sorumlu yazar /correspondence: Dilek ŞAHİN, Dr. Öğr. Üyesi Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Konuralp Yerleşkesi, Merkez/Düzce, Turkey, dileksahin@duzce.edu.tr

2. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu'nda sözel olarak sunulmuş bildirinin genişletilmiş halidir, 18-20 Mayıs 2017.

Giriş

İş hayatında emeklilik yaşının uzamasıyla birlikte işyerlerinde daha yaşlı bir işgücü nüfusunun oluşması, artan rekabet koşullarıyla çalışanların verimliliğinin daha fazla sorgulanması, kronik hastalıkların yaygınlaşması, modern yaşamın getirdiği stres ve buna bağlı hastalıkların artması gibi nedenlerle çalışanların sağlığı gün geçtikçe daha çok önemsenmektedir. İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin tedbirlerin alınması yanında toplumsal ve örgütsel bir öncelik olarak çalışan sağlığının geliştirilmesi ve buna bağlı verimlilik artışları önemli hale gelmektedir. Bu kapsamda iş yerlerindeki sağlığı geliştirme programları ve bunların hastalığa bağlı işte var olamama (presenteeism) durumları üzerindeki etkisi ele alınacaktır.

İşte Var Olamama (Presenteeism) ve Sonuçları

İşte var olamama insan kaynaklarının verimliliğini arttırmada önemli bir olgu olarak daha sık tartışılmaya başlamıştır. Araştırmalar işte var olamamanın yaygınlığının tahminlerden fazla olduğuna işaret etmektedir (1). İşte var olamamaya ilişkin alan yazında geniş bir tanım önerisi bulunmaktadır. En yaygın kullanımı ise genellikle düşük verimlilik ile sonuçlanan hastalık, yaralanma, anksiyete gibi bir takım durumlara sahip olunmasına rağmen çalışmak için işe gelmesidir (2).

Sağlık sorunu bulunan kişilerin hiç ara vermeden çalışmaya devam etmeleri nedeniyle karşılaşılan sorunlar her geçen gün daha fazla ortaya çıkmaktadır. Umann ve Guido (2012) bir araştırmalarında işte var olamamadan dolayı hemşirelerin %75'nin verimlilik kaybı indeksini %4.84'ün üzerinde belirlemiştir (3). Davis ve Collins (2005) çalışmasında Amerika Birleşik Devletlerindeki çalışanların sağlık problemlerine rağmen işe gittiklerini ortaya koymuştur (4). Benzer bir başka araştırma Warren ve White-Means (2011) tarafından yapılmıştır (5). Bu araştırmada, hemşireler ve eczacıların işte var olamamadan kaynaklı verimlikte ortalama %13,2'lik bir kayıp yaşadığı ve işte var olamama oranının %52,65 olduğu belirlenmiştir.

Tennessee Üniversitesi Tıp Fakültesi ile bir ilaç firması, migren hastalığı ile ilgili olarak 509 kişi üzerinde bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu araştırmada yoğun migren ağrısına maruz kalan

çalışanların %62'sinin verimliliklerinde %25 oranında azalma olmasına rağmen çalışmaya devam ettikleri bulunmuştur (6). Ayrıca, işte var olamama işyeri güvenliğini de tehdit etmekte, olası hata oranlarını da arttırabilmektedir (7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her bir çalışanın 1 günü sağlık koşulları nedeniyle devamsız, işteki 2.4 günü performans kaybından (işte var olamamadan) dolayı verimsiz olarak belirlenmiştir (5). Örgütsel bakış açısıyla, Hemp 2004 yılındaki çalışmasında sadece Amerika Birleşik Devletlerinde 150 milyar dolar olarak tahmin edilen işte var olamama ile mücadelenin, rekabet avantajında önemli bir kaynak olduğunu ifade etmektedir (8).

Rankin'e (2010) göre depresyonun maliyeti, Amerika Birleşik Devletlerinde bir yılda 83 milyar dolardır. Bunun yaklaşık üçte ikisi düşük verimlilik ve devamsızlıktan kaynaklanmaktadır. Depresyona maruz kalan kişiler, işlerini yapmakta ve odaklanmakta zorluk yaşadıklarını belirtmektedir. Bu kaçınılmaz olarak işverenler için yüksek maliyetlere dönüşmektedir. İşverenler ise depresyon tarama programlarını yatırım karlılığından emin olmadıkları için onaylamamaktadır (6).

Duke Üniversitesindeki araştırmacıların 2006 ve 2008 yıllarını kapsayan araştırma sonuçlarına göre obezlikten zarar gören çalışanların örgüte yaklaşık maliyeti kadınlar için 16.900 dolar ve erkekler için 15.500 dolar olarak belirlenmiştir. Ek olarak, tam zamanlı çalışan obezlerde, işte var olamama işverenler için 73,1 milyar dolar üzerinde önemli bir maliyete neden olmuştur. Çalışanlar bir hastalıktan dolayı kendilerini kötü hissettiklerinde işte olmayı tercih etme eğilimi ortaya koymaktadır. Bu durum ise sağlıklı çalışanlar için de risk oluşturmaktadır. Sağlığını yitirmiş bir çalışan diğerlerine de hastalığı bulaştırarak işletmede kar kaybına sebep olabilmektedir (6).

İşte var olamama için fazla kilo, kötü beslenme, egzersiz yapmama, yüksek stres, yönetici ve çalışma arkadaşlarıyla olumsuz ilişkilerin potansiyel risk faktörü oluşturduğu ve bu risk faktörleri ve işte var olamama için işyeri sağlığı geliştirme programlarının olumlu etki yapabileceği belirlenmiştir (9). İşyerlerinde sağlığı

geliştirme için yapılan faaliyetlerin çalışanların sağlığına olumlu etkisinin bulunduğu böylelikle de işte var olamamanın azalacağı ve kişilerin kendilerini daha iyi hissedebilecekleri düşünülebilir.

İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları

Sağlığı koruma ve geliştirme, sağlık açısından olumlu yaşam biçimlerinin ve toplumsal, ekonomik, çevresel ve kişisel faktörlerin geliştirilmesini kapsayan geniş bir kavramdır (10). Sağlığı geliştirme programları fiziksel ve ruhsal sağlığı geliştirmek, sağlık risklerini azaltmak ve işyeri sağlığını arttırmak için tasarlanmaktadır (11, 12). Sağlığı geliştirme programları üç aşamada ele alınmaktadır. Birinci aşama, bireyin davranışının farkında olmasını sağlama; ikinci aşama, davranış değişimi ve üçüncü aşama kazanılan davranışın sürdürülebileceği destekleyici çevrenin oluşturulmasıdır (12). Sağlığı geliştirme programları planlanırken önemli paydaşların katılımı sağlanmalı, zaman, para ve diğer kaynaklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte programlara ilişkin veri toplama ve yorumlama, sağlığı geliştirme ile ilgili yaklaşımlar, teoriler ve modeller dikkate alınarak karar verilmeli ve planlama araçları kullanılmalıdır (11).

İş yerlerinde sağlığı geliştirme faaliyetleri özellikle sağlıklı olmak için uygun davranış biçimlerini geliştirme ve sürdürmeyi hedefleyerek tıbbi maliyetleri önlemeyi ve verimliliği arttırmayı hedeflemektedir (13-15). İşyerinde sağlığı geliştirme programları; işe ilişkin sağlık tehlikelerinden korunma yolları, kaza ve yaralanmaların önlenmesi, fiziksel egzersiz, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, tütün, alkol ve madde kullanımının önlenmesi, stresle baş etme yolları, şiddetin önlenmesi gibi farklı özelliklere sahip bir takım konuları kapsayabilir. Programların temel amacı; çalışanların işyeri ortamında sağlıklarını olumsuz olarak etkileyen biyolojik, fiziksel ve sosyal etkenleri ortadan kaldırmak, çalışanları sağlıklarını nasıl koruyacakları konusunda eğitmek ve onları olumlu sağlık davranışlarına yönlendirmektir (10).

Kronik hastalıklardaki artış, yaşlanmakta olan iş gücü, çalışanların sağlıklı çalışma hayatını uzatmanın toplumsal ve örgütsel bir öncelik olması sağlığı geliştirme aktivitelerini önemli kılmaktadır (15). İşyerlerinde çalışanların

organize bir topluluk olması, çalışanlara ulaşma kolaylığı, çalışan kişilerin günün önemli bir bölümünü işte geçirmesi, aynı işyerinde çalışan kişilerin akran özellikleri ve grup dinamiklerinin daha kolay oluşturulabilmesi gibi özellikler, işyerlerini sağlığı geliştirme etkinlikleri açısından elverişli kılmaktadır (10). Uygulandığı işyerlerinde ise üretkenliğin ve çalışan memnuniyetinin arttığı, sağlık bakım giderlerinin azaldığını gösteren sonuçlar elde edilmiştir (12, 16, 17). Öte yandan, iş yeri sağlığı geliştirme programları dünyada hızla ve az miktarda kamu sektörü yatırımlıyla gelişen nispeten genç bir alan olduğu dolayısıyla, programların farklı boyutlarının uzun dönemli etkililiği ile ilgili yeterli veriye sahip olunmadığı yönünde eleştiriler de getirilmektedir (17, 18).

İşte var olamama, gün geçtikçe işletmeler açısından önemi anlaşılan ve verimlilik kayıpları ile gündeme gelen bir konu olmuştur. Sağlığı geliştirme programlarının ise işte var olamamaya bağlı ortaya çıkan verimliliği azaltmada önemli bir rol oynadığına ilişkin bir takım araştırma sonuçları mevcuttur. Bu araştırmanın amacı, sağlık nedenlerine bağlı ortaya çıkan işte var olmamanın önlenmesine yönelik sürdürülmüş olan sağlığı geliştirme programlarının etkililiğinin incelenmesidir. Bu genel amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

1. Sağlığı geliştirme programları işte var olamamayı azaltmada etkili midir?
2. İşte var olmamayı önleme ve azaltma çalışmalarında ne tür sağlığı geliştirme programları kullanılmaktadır?
3. İşte var olmamayı önleme ve azaltmada etkisi bulunmayan sağlığı geliştirme programları bulunmakta mıdır?

Yöntem

İşte var olamama iş ikliminin değişmesiyle ampirik olarak yazında 1990'lar ve sonrasında ortaya çıkmaya başlamıştır (19). Bu sebepten dolayı konuya ilişkin tarama, 1990-2018 yılları arasındaki alanyazın araştırmasına dayalı olarak hazırlanmıştır. Araştırma 2018 Ağustos ayı içerisinde SobiAt Atif Dizini, Wiley Online, İdealonline Süreli Yayın, Cochrane Library, Clinical Key, Türkiye Klinikleri, EBSCOHOST, MEDLINE, ASOS INDEX veri tabanları

taranarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Ulusal Tez Merkezi ve Google Akademik arama motoru da taranmıştır. Anahtar kelimeler olarak “İşte var olamamama (preseenteism), sağlığı geliştirme programı (health promotion programme), verimlilik (productivity)” kullanılmıştır. Tarama, İngilizce ve Türkçe olarak ayrı ayrı yapılmıştır. Ancak alan yazında sağlığı geliştirme programlarının işte var olamamaya etkisine ilişkin Türkçe yapılan çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmada ilk önce, sağlığı geliştirme programını içeren tüm makaleler değerlendirmeye alınmıştır. Bu kategoriye hem müdahale hem de gözlemsel çalışmalar dahil edilmiştir. Daha sonra uygulanan sağlığı geliştirme programlarına yönelik işte var olamama ve sağlığa bağlı iş yeri verimliliğini içeren çalışmalar seçilmiştir. Ölçütlere uyan toplam 16 çalışmanın araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Her bir araştırmaya ilişkin araştırmanın yapıldığı ülke, katılımcıları, sağlığı geliştirme programı, süresi, işte var olamamaya ilişkin veri toplama aracı ve uygulamanın sonuçları hakkında bilgi toplanmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Tarama ölçütleri sonucunda ulaşılan araştırmaların detayları Tablo 1’de sunulmuştur (20-35). Tabloda araştırmalar tarih sırasına göre sıralanmıştır. İşte var olamamaya ilişkin alan yazın 1990 yılından sonra ortaya çıkmaya başlamış (19) ve sağlığı geliştirme programları ile ilişkilendirilmesi 2000’li yılları bulduğu gözlemlenmiştir.

Araştırmalar farklı ülkelerde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların 7’si (%43,75) Amerika Birleşik Devletlerinde, 6’sı (%37,75) Avrupa Birliği ülkelerinde (Finlandiya, Birleşik Krallık, İsveç, Danimarka), 2’si (%12,15) Kanada’da ve 1’i (%6,25) Japonya’da yapılmıştır.

Çalışmalarda araştırma grupları, evde yaşlı ve hasta bakım çalışanları (kadın çalışanlar), çamaşırhane çalışanları (kadın çalışanlar), finans sektörü çalışanları, gıda, ev ve kişisel bakım çalışanları, kamu sektöründeki kadın çalışanlar, tanılan ruh sağlığı sorunu olan çalışanlar, ameliyathane personeli, otel çalışanları, sağlığı geliştirme programlarına katılanlar, 2009-2010 Kanada Halk Sağlık Araştırmasına dahil edilenler, diyabetli çalışanlar, Virginia’daki 28 farklı iş yeri, iletişim sektörü ve sağlık çalışanları olarak

belirlenmiştir. Araştırma gruplarının daha çok hizmet sektöründe çalışanlar arasından seçildiği gözlemlenmektedir. İşte var olamama birçok meslek için var olmasına rağmen, hizmet sektöründe özellikle eğitim, sosyal yardım ve sağlık sektöründe daha yüksek bulunmaktadır. İnsanların temel ihtiyaçlarıyla ilgili bakım sağlayan mesleklerde, işte olmayla ilgili daha güçlü bir gereklilik hissedilmektedir (1).

Araştırma grupları özellikle kadın çalışanlardan oluşmaktadır. Kadın çalışanlar daha az egzersize vakit ayırmaktadır ve kadınların fiziksel iş gereklerinin yüksek olduğu işlerde kas gücüne dayalı yeterlilikleri daha düşüktür (33). Dolayısıyla söz konusu alanlarda iş yapabilirliklerinin düşük olması (32), işte var olamamanın yaygın görülmesini artırmaktadır (19, 36). Migren ve depresyon gibi işte var olamamayı arttıran hastalıklar da kadın çalışanlarda daha sık görülmektedir (8). Buna bağlı olarak da söz konusu araştırmalar ağırlıklı olarak kadın çalışanlar üzerinde sürdürülmüş olabilir.

Çalışmada ortaya çıkan bir diğer sonuç, sık rastlanan ve verimlilik kaybına neden olan aşırı kilo, kronik ağrı, uyku bozukluğu, depresyon ve diyabete ilişkin sorun yaşayan personelin belirlenip daha çok bunlara yönelik programların oluşturulmasıdır. Bununla birlikte geniş örneklem gruplarını (ulusal sağlık taramalarına ve tüm sağlığı geliştirme programlarına katılanları) içeren araştırmalar da mevcuttur ve bu araştırmalarda sadece sağlık sorunu yaşayan değil tüm çalışanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmalarda, sağlığı geliştirme programları ile ilgili stres yönetimi, uyku düzenini iyileştirme, kas ağrılarını giderme, dengeli beslenme, diyabet, kilo kontrolü, ruh sağlığının ve fiziksel aktivitenin geliştirilmesi ile ilgili müdahalelerin gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Müdahalelerde fiziksel aktivitenin geliştirilmesi, kilo kontrolü ve ruh sağlığına iyileştirmesine yönelik müdahaleler en sık başvurulan uygulamalardır.

Psikolojik hastalıkların iş verimliliğine etkisi son dönemlerde artan bir ivme ile tartışılmaktadır. Devamsızlık ve işte var olamamaya ilişkin kayıplar farklı araştırmalarda hesaplanmaktadır. Psikolojik hastalıklar arasında sık görülen depresyon ve bipolar rahatsızlıklar ise

Tablo 1. Sağlık Geliştirme Programlarının İşte Var Olamama (Presenteeism) Üzerindeki Etkisine Yönelik Araştırmalar

Yazar/Yıl/Yer	Katılımcı Sayısı	Örneklem/ Çalışma Grubu	Cinsiyet	Müdahale Programı	Süre	İşte Var Olamamada Veri Toplama Aracı	İşte Var Olamamaya Etkisi
Pohjonen ve Ranta (2001)-Finlandiya	Müdahale Grubu: 50 Kontrol Grubu: 37	Evde yaşlı ve hasta bakım çalışanları	Kadın	Fiziksel aktivitenin geliştirilmesi (Haftada iki kez 9 ay boyunca)	1 yıl 5 yıl	İş kabiliyeti indeksi	Etkili (5 yıllık periyotta kontrol grubunun çalışma kabiliyeti müdahale grubuna göre yaklaşık üç kat azaldı)
Nurminen vd. (2002)-Finlandiya	Müdahale Grubu: 133 Kontrol Grubu: 127	Çamaşırhane çalışanları	Kadın	Fiziksel aktivitenin geliştirilmesi (Haftada 1 kez 8 ay boyunca)	3 ay 8 ay 12 ay ve 15 ay	İkili iş kabiliyeti indeksi	Etkili (12 aylık sürede “iyi” ve “mükemmel” iş kabiliyeti, 8 aylık sürede iş kabiliyetindeki sağlıklı ilişkili prognozlar müdahale grubunda daha iyi olarak değerlendirildi)
Burton vd. (2005)-ABD	Fitness Merkezini Kullananlar: 854 Fitness Merkezini Kullanmayanlar:4543	Finans sektörü çalışanları	Karma	Fiziksel aktivitenin geliştirilmesi	-	Çalışma Kısıtlılığı Anketi (Work Limitations Questionnaire-WLQ)	Etkili
Mills vd. (2007)-Birleşik Krallık	Müdahale grubu=266 Kontrol grubu= 1242	Gıda, ev ve kişisel bakım çalışanları	Karma	Çok bileşenli sağlık geliştirme programı (stres yönetimi, uyku düzenini iyileştirme, dengeli beslenme, fiziksel aktivite)	12 ay	Sağlık ve İş Performansı Ölçeği (Health and Productivity Questionnaire-HPQ)	Etkili
Larsson vd (2008) - İsveç	Öz-yerliliğe ilişkin müdahale grubu=21 Ergonomik eğitim müdahale grubu=21	Kamu sektöründeki çalışanlar	Kadın	Kas Ağrısı Müdahale Programı	10 hafta 9 ay	Araştırma ekibince geliştirilen ölçme aracı.	Her iki grup için etkili
Hargrave vd (2008) - ABD	155	Tanılanmış ruh sağlığı sorunu olan çalışanlar	Karma	Çalışan Destek Programı-Ruh Sağlığı	10 hafta	Araştırma ekibince geliştirilen ölçme aracı.	Etkili (1 haftada verimlilikte 6.36 saatlik artış-Program için harcanan 1 dolar için 5.17 ile 6.47 \$ geri dönüş)

Loeppke vd. (2008)- ABD	543	Sağlık risk değerlendirme düşük, orta ve yüksek olanlar DIRECTV çalışanları (iletişim sektörü)	Karma	Yaşam tarzı yönetim programı	24 ay	Sağlık ve İş Performansı Ölçeği	Etkili
Watson vd. (2009)- Kanada	26	Ameliyathane personeli	Karma	İş yeri stresinin azaltılması	12 ay	Stanford Presenteeism Ölçeği (SPS-6)	Etkili (1 yıl öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı değişim, p = 0.35)
Meenan vd. (2010) - ABD	1. Yıl katılımcı= 3612 2. Yıl katılımcı= 3346	Otel çalışanları	Karma	Kilo Kontrolü	12 ay 24 ay	Araştırma ekibince geliştirilen ölçme aracı.	Etkili (ikinci yıl daha yüksek maliyet ve verimlilik etkisi)
Silberman vd. (2011)- ABD	43 035	Sağlığı geliştirme programlarına katılanlar	Karma	Aşırı kilo, kronik ağrı, uyku bozukluğu ve depresyona ilişkin programlar	1 ay 3 ay 6 ay	İş Verimliliği ve Fiziksel Yetersizlik Anketi (Work Productivity and Activity Impairment questionnaire-WPAI)	Etkili (1. aydan itibaren dört alan-aşırı kilo, kronik ağrı, uyku bozukluğu ve depresyon- için etkili)
Furukawa vd. (2012)- Japonya	118 (depresyon riski bulunan çalışan)	Depresyon riski bulunan imalat sektörü çalışanları	Karma	Ruh Sağlığı	4 ay	Sağlık ve İş Performansı Ölçeği	Etkisiz
Bustillos ve Trigoso (2013) - Kanada	1 615	2009-2010 Kanada Halk Sağlık Araştırması'nın alt örneği	Karma	İşyerinde Var Olan Sağlık Geliştirme Programları	12 ay	Araştırma ekibince geliştirilen ölçme aracı.	Etkisiz
Bevis, (2014)- ABD	73	Diyabetli çalışanlar	Karma	Diyabet hastalığının seyrinin takibi ve hasta eğitimleri	12 ay	Stanford Presenteeism Ölçeği (SPS-6)	Etkili
Harden vd. (2015)- ABD	1 030	Virginia'daki 28 iş yeri	Karma	Kilo Kontrolü	12 ay	Sağlık ve İş Performansı Ölçeği	Etkisiz
Johnson vd. (2015)- ABD	40	Sağlık çalışanları	Karma	Ruh Sağlığı (Direnc Eğitimi)- Var olan veya tekrarlayan depresyon	2 ay	İş Verimliliği ve Fiziksel Yetersizlik Anketi	Etkili
Christensen vd. (2016)- Danimarka	348	Yaşlı bakım çalışanları	Kadın	Mesleki Kas Ağrısını Azaltma Müdahalesi	12 ay	Sağlık ve İş Performansı Ölçeği ve İşin Miktarı ve Kalitesi Ölçeği	Etkili

işte var olmama ile en fazla ilişkilendirilen hastalıklardandır. Depresif çalışanların diğer çalışanlara göre 4 kat verimlilik kaybı yaşadığı idea edilmektedir (26). Öte yandan, işyerlerinde fiziksel hareketsizlik ve obezite düşük verimlilik, yüksek devamsızlık, işçi ödemeleri ve tıbbi masraflar ile ilişkilendirilmekte ve bu sorunların giderilmesine ilişkin yapılan harcamalar işverenlere pozitif bir yatırım getirisi sağlamaktadır (25, 30). Obezite ve aşırı kilolu olmaya bağlı hastalıklar ve ölüm oranlarının yüksek ve hızla artıyor olması da bu alanda müdahaleleri öncelikli hale getirmektedir. Aynı zamanda düzenli egzersizin sağlığı geliştirme ve korumada etkili olduğu bilinmektedir (21, 32, 33). Bu sebepten dolayı işyerlerinde fiziksel aktivitenin geliştirilmesi, kilo kontrolü ve dengeli beslenmeye ilişkin sağlığı geliştirme programlarına ihtiyaç duyulmasına ve çalışmaların bu alanda yoğunlaşmasına zemin hazırladığı söylenebilir.

Araştırmalarda uygulanan müdahale ve değerlendirme sürelerinin değiştiği görülmektedir. Uygulamaların etkisinin on hafta gibi kısa bir süreyi kapsayan değerlendirmelerle gerçekleştirildiği çalışmalar yanı sıra (26) 5 yıl devam eden çalışmalar (33) da bulunmaktadır. Bununla birlikte 15 ay (32), 9 ay (28), 6 ay (34), 4 ay (24), 2 ay (27) ve 2 yıl (29, 30) süren çalışmalarda mevcuttur. Ancak genel olarak araştırmaların 12 ay civarında olduğu görülmektedir (20, 22, 23, 25, 31, 35). İşte var olamamayı ölçmek için yapılan araştırmaların 5'inde (%31,25) Sağlık ve İş Performansı Ölçeği (Health and Productivity Questionnaire-HPQ), 4'ünde (%25) araştırmacıların kendi geliştirdikleri ölçme aracı, 2'sinde (%12,05) İş kabiliyeti indeksi, 2'sinde (%12,05) Stanford Presenteeism Ölçeği (SPS-6), 2'sinde (%12,05) İş Verimliliği ve Fiziksel Yetersizlik Anketi (Work Productivity and Activity Impairment questionnaire-WPAI) ve 1'inde (%6,25) Çalışma Kısıtlılığı Anketi (Work Limitations Questionnaire-WLQ) kullanılmıştır. İşte var olamamayı belirlemek için araştırmalarda kullanılan ölçme yöntemleri alan yazında da sıkça kullanılmaktadır (37).

Çalışmaya dahil edilen 16 araştırmadan 13'ünde (%81,25) (20, 21, 23, 26-35) sağlığı geliştirme programlarının işte var olamamayı

azaltmada etkili olduğu belirlenmiş, 3 (%14,29) araştırmada (22, 24, 25) ise bu etki belirlenememiştir. İşte var olamama, sağlıkla ve sağlığı geliştirme programları ile ilişkilendirilse de örgütsel faktörler de bu kavram üzerinde etkili olmaktadır. Watson Wyatt Worldwide ve Sağlıktaki Ulusal İş Grubu (The National Business Group on Health) tarafından hazırlanan bir raporda, sağlık ve verimlilik yönetim programlarının sağlık bakım maliyetinin ve devamsızlığın azaltılmasına karşın, birçok işverenin zorunlu uzun çalışma baskısı, iş-hayat dengesindeki eksiklikleri ve işi kaybetme korkusunu hafifletecek süreçleri geliştirmede başarısız olduğunu belirtilmektedir (6).

Sonuç ve Öneriler

Araştırmalardan elde edilen kanıtlar işte var olamamanın hem verimlilik hem de maliyetler açısından mücadele edilmesi gereken bir sorun olduğunu göstermektedir. İşletmeler bu sorunun üstesinden gelebilmek ve rekabet avantajı yakalayabilmek için işyeri sağlığı geliştirme programları ile çalışanların sağlığını korumalarına, geliştirmelerine ve tedavilerine katkı sağlamalıdır. Bunun yanında çalışanların sağlığı ve iyiliği ile ilgili olmak örgütlerde pozitif duygu ikliminin oluşturulmasına da katkı sağlayabilmektedir. Bununla birlikte işte var olamama aşırı iş yükü ve iş stresine verilen bir tepki olduğu için çalışanlara aynı zamanda iş ve aile hayatındaki dengeyi sağlayacak bir ortam oluşturulması gerekmektedir. Sadece sağlık hizmeti verilmesi veya sağlığı geliştirme programları sorunun çözümünde yeterli olmayabilmektedir (2).

Sağlık programlarına katılan çalışanlarda kronik hastalıkların önlenilebileceği için uzun vadeli maliyet tasarrufuna sahip oldukları da düşünülmektedir. Araştırmalardan elde edilen bulgulardan bir diğeri ise sağlığı geliştirme programlarına katılanların sağlık risk faktörü puanlarının iyileştiği ve hasta gün sayısının azaldığıdır (14). Araştırma kapsamında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Sağlığı geliştirme programlarının işte var olamama ile ilişkilendirilmesi 2000'li yıllardan sonra ağırlık kazanmaya başlamıştır. Bu alandaki çalışmaların nispeten yeni olduğu söylenebilir.

- Sağlığı geliştirme programlarının işte var olmama ile ilişkisine yönelik araştırmalar en çok Amerika Birleşik Devletlerinde ve Avrupa Birliği ülkelerinde yapılmıştır.
- Araştırmaların çoğu hizmet sektörü çalışanlarına yönelik gerçekleştirilmiştir.
- Ortalama olarak araştırmaların 12 ay civarında olduğu görülmektedir.
- Fiziksel aktivitenin geliştirilmesi, kilo kontrolü ve ruh sağlığına iyileştirmesine yönelik müdahaleler en sık başvurulan uygulamalardır.
- Sağlığı geliştirme programları işte var olamamayı azaltmada etkilidir.

Araştırmanın sınırlılıklarından ilki, tarama için konulan ölçütlere bağlı olarak, çalışmada sadece işte var olamama ile ilişkilendirilen sağlığı geliştirme programlarının ele alınmasıdır. Diğer bir sınırlılık ise araştırmanın ulaşılabilen elektronik veri tabanları üzerinden yapılmasıdır. Ulaşılamayan veri tabanları veya basılı diğer kaynaklarında kullanılması daha fazla araştırmaya erişimi sağlayabilecektir.

Kaynaklar

1. Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Lindh T, Aronsson G, Josephson M. Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *Int Arch Occup Environ Health*. 2009; 82(10): 1179-90.
2. Middaugh DJ. Presenteeism: sick and tired at work. *Dermatology Nursing*. 2007; 19(2): 172.
3. Umann J, Guido Lda, Grazziano EdS. Presenteeism in hospital nurses. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012; 20(1): 159-66.
4. Davis K, Collins SR, Doty MM, Ho A, Holmgren AL. Health and productivity among US workers. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2005; 856: 1-10.
5. Warren CL, White-Means SI, Wicks MN, Chang CF, Gourley D, Rice M. Cost burden of the presenteeism health outcome: diverse workforce of nurses and pharmacists. *J Occup Environ Med*. 2011; 53(1): 90-9.
6. Prater T, Smith K. Underlying factors contributing to presenteeism and absenteeism. *Journal of Business & Economics Research*. 2011; 9(6): 1.
7. Baker-McClearn D, Greasley K, Dale J, Griffith F. Absence management and presenteeism: The pressures on employees to attend work and the impact of attendance on performance. *Hum Resour Manag J*. 2010; 20(3): 311-28.
8. Johns G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *J Organ Behav*. 2010; 31(4): 519-42.
9. Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*. 2011; 11(1): 395.
10. Yıldız AN, Karadağ Çaman Ö, Esin N. İşyerinde sağlığı geliştirme programları Ankara: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu; 2012.
11. Fertman CI. Workplace health promotion programs: planning, implementation, and evaluation. United States of America: John Wiley & Sons; 2015.
12. Esin MN, Bulduk S. İşyeri sağlığı geliştirme programları: İş sağlığı hemşireliği uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2004; 13(53): 39-50.
13. Musich S, Hook D, Baaner S, Spooner M, Edington DW. The association of corporate work environment factors, health risks, and medical conditions with presenteeism among Australian employees. *Am J Health Promot*. 2006; 21(2): 127-36.
14. Rhodes S, Collins S. The organizational impact of presenteeism. *Radiol Manage*. 2015; 37(5): 27-32; quiz 33-4.
15. Yamamoto S, Loerbroks A, Terris DD. Measuring the effect of workplace health promotion interventions on "presenteeism": A potential role for biomarkers. *Prev Med*. 2009; 48(5): 471-2.
16. Goetzel RZ, Tabrizi M, Henke RM, Benevent R, Brockbank CvS, Stinson K, et al. Estimating the return on investment from a health risk management program offered to small Colorado-based employers. *J Occup Environ Med*. 2014; 56(5): 554.

17. Grossmeier J, Terry PE, Cipriotti A, Burtaine JE. Best practices in evaluating worksite health promotion programs. *Am J Health Promot.* 2010; 24(3): TAHP1-9, ii.
18. Goetzel RZ, Schoenman JA, Chapman LS, Anderson DR, Ozminowski RJ, Lindsay GM. Strategies for strengthening the evidence base for employee health promotion programs. *Am J Health Promot.* 2011; 26(1): TAHP1-6, iii.
19. Böckerman P, Laukkanen E. Presenteeism in Finland: Determinants by gender and the sector of economy. *Ege Academic Review.* 2009; 9(3): 1007-1016.
20. Bevis CC, Nogle JM, Forges B, Chen PC, Sievers D, Lucas KR, et al. Diabetes wellness care: a successful employer-endorsed program for employees. *J Occup Environ Med.* 2014; 56(10): 1052-1061.
21. Burton WN, McCalister KT, Chen C-Y, Edington DW. The association of health status, worksite fitness center participation, and two measures of productivity. *J Occup Environ Med.* 2005; 47(4): 343-351.
22. Bustillos AS, Trigoso OO. Access to health programs at the workplace and the reduction of work presenteeism: a population-based cross-sectional study. *J Occup Environ Med.* 2013; 55(11): 1318-22.
23. Christensen JR, Bredahl TVG, Hadrévi J, Sjøgaard G, Sjøgaard K. Background, design and conceptual model of the cluster randomized multiple-component workplace study: FRamed Intervention to Decrease Occupational Muscle pain-“FRIDOM”. *BMC Public Health.* 2016; 16(1): 1116.
24. Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N, Kadota M, Sasaki M, Sekiya Y, et al. Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PloS One.* 2012; 7(4): e35330.
25. Harden SM, You W, Almeida FA, Hill JL, Linnan LA, Allen KC, et al. Does successful weight loss in an internet-based worksite weight loss program improve employee presenteeism and absenteeism? *Health Educ Behav.* 2015; 42(6): 769-74.
26. Hargrave GE, Hiatt D, Alexander R, Shaffer IA. EAP treatment impact on presenteeism and absenteeism: Implications for return on investment. *J Workplace Behav Health.* 2008; 23(3): 283-293.
27. Johnson JR, Emmons HC, Rivard RL, Griffin KH, Dusek JA. Resilience training: a pilot study of a mindfulness-based program with depressed healthcare professionals. *Explore (NY).* 2015; 11(6): 433-444.
28. Larsson A, Karlqvist L, Gard G. Effects of work ability and health promoting interventions for women with musculoskeletal symptoms: a 9-month prospective study. *BMC musculoskelet Disord.* 2008; 9(1): 105.
29. Loeppke R, Nicholson S, Taitel M, Sweeney M, Haufle V, Kessler RC. The impact of an integrated population health enhancement and disease management program on employee health risk, health conditions, and productivity. *Popul Health Manag.* 2008; 11(6): 287-296.
30. Meenan RT, Vogt TM, Williams AE, Stevens VJ, Albright CL, Nigg C. Economic evaluation of a worksite obesity prevention and intervention trial among hotel workers in Hawaii. *J Occup Environ Med.* 2010; 52 (Suppl 1): 8-13.
31. Mills PR, Kessler RC, Cooper J, Sullivan S. Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. *Am J Health Promot.* 2007; 22(1): 45-53.
32. Nurminen E, Malmivaara A, Ilmarinen J, Ylöstalo P, Mutanen P, Ahonen G, et al. Effectiveness of a worksite exercise program with respect to perceived work ability and sick leaves among women with physical work. *Scand J Work Environ Health.* 2002; 28(1): 85-93.
33. Pohjonen T, Ranta R. Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: five-year follow-up. *Prev Med.* 2001; 32(6): 465-475.
34. Silberman J, Schwartz S, Giuseffi DL, Wang C, Nevedal D, Bedrosian R. Reductions in employee productivity impairment observed after implementation of Web-based worksite

health promotion programs. *J Occup Environ Med.* 2011; 53(12): 1404-1412.

35. Watson DT, Long WJ, Yen D, Pichora DR. Health promotion program: a resident well-being study. *Iowa Orthop J.* 2009; 83-87.

36. Aronsson G, Gustafsson K. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *J Occup Environ Med.* 2005; 47(9): 958-966.

37. Schultz AB, Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J Occup Rehabil.* 2007; 17(3): 547-579.

Sağlık Profesyonellerinin Eğitiminde Simülasyona Dayalı Mesleklerarası Eğitim Simulation-Based Interprofessional Education in Health Professional Education

Fatma USLU ŞAHAN¹, Füsun TERZİOĞLU²

ÖZ Mesleklerarası eğitim, sağlık profesyonellerinin lisans eğitiminde farklı meslek grupları arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri daha iyi kavramalarına ve onların kendi profesyonel kimliklerini oluşturmalarına katkı sağlayan bir yaklaşımdır. Mesleklerarası eğitim dünyada sağlık alanında eğitim veren saygın üniversitelerin eğitim müfredatlarına entegre edilmiştir. Türkiye’de ise henüz lisans müfredat programlarında yer almamaktadır. Ancak, Türkiye’de sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin, mesleklerarası eğitim programları ile mesleki bilgi ve becerilerinin, yeterliliklerinin, diğer mesleklere olan farkındalıklarının artırılarak ekip olarak çalışabilme becerisi kazanabilecekleri öngörülmektedir. Literatürde mesleklerarası eğitimin etkinliğinin artırılması için yenilikçi bir yöntem olan simülasyonun kullanılması önerilmektedir. Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim, öğrencilerin teorik bilgileri ile uygulamaları arasındaki boşluğu gidermekte, iletişim becerilerini ve mesleklerarası ekip çalışması becerilerini geliştirmektedir. Ayrıca bu yaklaşım farklı meslekler arasında köprüler oluşturmakta, etkili bir ekip işbirliğini sağlayarak diğer mesleklerin rollerinin anlaşılmasına ve bilgi kazanımının sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Bu derlemede mesleklerarası eğitimin önemi, mesleklerarası eğitimde kazandırılması gereken yeterlilikler ve bu yeterliliklerin kazandırılmasında ve geliştirilmesinde yenilikçi bir yaklaşım olarak simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim yönteminin kullanılmasına ilişkin yöntemler tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Mesleklerarası eğitim, sağlık profesyonelleri, simülasyon

ABSTRACT Interprofessional education is an approach that helps health professionals better understand the differences and similarities among different professional groups in their undergraduate education and to create their own professional identities. Interprofessional education has been integrated into the educational curricula of respected universities that provide health education in the world. In Turkey it is not included in the undergraduate curriculum. However, students getting health education in Turkey, is expected to earn the skills working as a team, increasing professional knowledge and skills, competences and awareness of other professions with interprofessional education programs. In the literature, it is suggested to use simulation, which is an innovative method for increasing the effectiveness of interprofessional education. Simulation-based interprofessional education improves communication and interprofessional teamwork skills and to eliminate the gap between theoretical knowledge and practice of the students'. In addition, this approach bridges the different professions and contributes to the understanding of the roles of other professions and the acquisition of knowledge by providing effective team collaboration. In this review, the importance of interprofessional education, the qualifications to be gained in interprofessional education, and the methods of using simulation-based interprofessional education as an innovative approach to gaining and developing these qualifications have been discussed.

Keywords: Health professionals interprofessional education, simulation

Geliş Tarihi/Received:

¹ Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0001-6451-296X

² Atılım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-8457-0048

Sorumlu yazar /correspondence: Fatma USLU ŞAHAN, Arş. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Adnan Saygun Caddesi D-Blokları 1. Kat 06100-Samanpazarı / ANKARA, fatma.uslu@hacettepe.edu.tr

*Bu derleme Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından desteklenen “Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi” (Proje No:117S900) başlıklı proje ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından 2 Ağustos 2018 tarihinde kabul edilen “Mesleklerarası Simülasyon Eğitiminin Jinekolojik Onkolojide Palyatif Bakım Yeterliliklerinin Kazandırılmasına Etkisi” başlıklı doktora tez çalışmasından elde edilen literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmıştır.

Giriş

Günümüzde sağlık profesyonelleri arasında iletişim sorunlarının azaltılması ve sağlık bakım hizmeti sunarken oluşabilecek hataların önüne geçilmesi açısından mesleklerarası işbirliğinin ve mesleklerarası eğitimin önemi ön plana çıkmıştır (1–6). Mesleklerarası eğitim, “sosyal hizmet ve sağlık alanlarında, iki ya da daha fazla sayıda uzmanın/öğrencinin birlikte ve birbirleriyle etkileşimli bir şekilde çalışmalarına yönelik öğrenim biçimi” olarak tanımlanmaktadır (1,6). Mesleklerarası eğitim hasta odaklı, kaliteli ve güvenli bir bakımın sağlanabilmesi için bir araç kabul edilmekte, sağlık bakım hizmetlerinin odak noktası olarak görülmektedir (1,2,4,7). Literatürde mesleklerarası eğitimin ve işbirliğinin güvenli, etkili ve hasta merkezli bakımı ve sonuçları sağlamak için gerekli olduğu (7–9) ve farklı kültür ve disiplinler ile harmanlanarak sürekli öğrenmeyi ve devamlılığı esas alan bir uygulama olduğu belirtilmektedir (10,11).

Son yıllarda sağlık profesyonellerinin eğitiminde, eğitim müfredatının uygulamalı hale getirilmesine katkı sağlayan ve ekip eğitiminde etkili bir öğrenme metodu olan simülasyonun mesleklerarası eğitimde kullanımının önemi artmıştır (2,11–13). Mesleklerarası eğitimde simülasyon kullanımı sağlık ekibinin birçok disiplinden gelen her seviyedeki öğrencinin ekip içerisindeki rollerini daha iyi anlamasını ve uygulamalarını ve becerilerini bireysel ve ekip olarak geliştirmesini sağlamaktadır (14–20). Bu derlemede Türkiye’de konu ile ilgili yapılacak çalışmalara yol göstermesi amacıyla mesleklerarası eğitimin önemi, mesleklerarası eğitimde kazandırılması gereken yeterlilikler ve bu yeterliliklerin kazandırılmasında ve geliştirilmesinde yenilikçi bir yaklaşım olarak simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim yönteminin kullanılmasına ilişkin yöntemler tartışılmıştır.

Mesleklerarası Eğitim

Mesleklerarası eğitim, sağlık profesyonellerinin kendi uzmanlık alanlarında edindikleri bilgileri, mesleklerarası bir yaklaşımla analiz edip, bunların mesleklerarası ekip tarafından kavranmasına ve bu bilgilerin birleştirilerek entegre edilmesine zemin hazırlamaktadır (3,4,10,12). Bu şekilde oluşan ekip ile sorunlar, tek bir disiplinden oluşan

ekiplerden daha etkili biçimde çözülebilmektedir (2,3,6).

Literatürde mesleklerarası eğitimin ve işbirliğinin güvenli, etkili ve hasta merkezli bakımı sağlamak için gerekli olduğu vurgulanmaktadır (7–9,21). Prelock ve ark. (2017) mesleklerarası işbirliğine yönelik eğitim sonrasında öğrencilerin mesleklerarası eğitimin etkisini ve değerini daha iyi anladıklarını ifade etmişlerdir (22). Fineberg ve ark. (2004) çalışmasında öğrenciler mesleklerarası eğitim ile birbirleri ile açık, dürüst, yansıtıcı ve destekleyici bir ortamda tanışmaktan memnuniyet duyduklarını, kişilerarası etkileşimden fayda gördüklerini, birbirlerini değerli birer kaynak olarak görerek öğrenme fırsatı bulduklarını belirtmişlerdir (23). Mesleklerarası işbirliğinin sağlanabilmesi için öncelikle lisans eğitiminde mesleklerarası eğitimlere başlanmalı ve bu eğitimler mezuniyet sonrasında devam etmelidir. Literatürde sağlık profesyonellerinin eğitim programlarına, daha güvenli ve daha iyi hasta merkezli bakımı sağlayabilmek için birlikte çalışabilmek üzere hazırlanan mesleklerarası eğitim programlarının müfredata entegre edilmesi önerilmektedir (8,23–27).

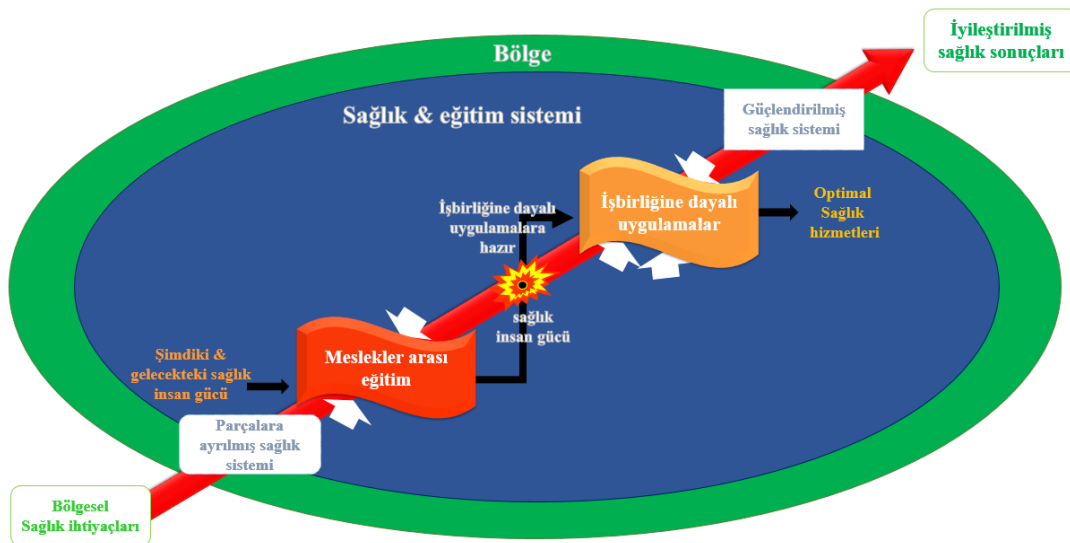
Mesleklerarası Eğitimin Uluslararası Gelişim Süreci ve Türkiye İçin Önemi

Mesleklerarası eğitim yeni bir kavram olmamakla birlikte, sağlık hizmeti sunumunda daha iyi sonuç alabilme, işbirliği içerisinde çalışma ve öğrenme gereksinimlerinin artması ile ortaya çıkmıştır (3,28). Sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi gibi konularda Amerika Ekonomik Fırsat Ofisi (The Amerikan Office of Economic Opportunity) tarafından finanse edilen ekip seminerleri 1960’lı yıllarda başlatılmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda mesleklerarası ekiplerin rolü ve tıbbi hataların azaltılması konularında küresel gelişmeler 1970’li yıllarda olmuştur (28). İlk kez bir tıp enstitüsünde “Sağlık Ekibi için Eğitim” başlıklı bir konferans düzenlenmiş (1972), bu konferansta sağlık mesleklerinin eğitim programları arasında sürekli ilişkilerin olması, fakülteler ve öğrenciler için sağlık bilimlerinde mesleki eğitim eğiliminin desteklenmesi gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (28,29). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1978 yılında mesleklerarası eğitimin temel sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez ve değerli bir parçası olduğunu

belirtmiştir. Mesleklerarası eğitim alanında diğer bir önemli adım, 1987 yılında mesleklerarası eğitim uygulamalarına destek vermek amacıyla kurulan Mesleklerarası Eğitim Geliştirme Merkezi (The Center for the Advancement of Interprofessional Education) olmuştur. Mesleklerarası Eğitim Geliştirme Merkezi fakülteler ve öğrenciler için işbirliğine dayalı uygulamaların ve daha iyi hasta sonuçlarına ulaşabilmek için, birlikte öğrenmenin ve çalışmanın önemini savunmaktadır. Hasta odaklı bakım ve sağlık hizmetlerinde işbirliğini ilerletmek, mesleklerarası yaklaşımın ve hasta merkezli bakımın sağlık hizmeti sunumuna entegre edilmesine yönelik sağlık politikalarına, sağlık hizmeti sunan ekiplere ve organizasyonlara bilgi ve kaynak sağlamak amacıyla 1990 yılında Kanada Mesleklerarası Sağlık Ortaklığı (The Canadian Interprofessional Health Collaborative) oluşturulmuştur (29). İşbirliğine dayalı ekiplerin oluşturulması, mesleklerarası eğitim, sistem yapılarının desteklenmesine yönelik uygulamada, eğitimde ve politikada yer alan uzmanlardan oluşan DSÖ çalışma grubu 2006 yılında oluşturulmuştur (30). İşbirliğine dayalı öğrenme ve uygulama, ekip çalışması için mesleklerarası eğitimin önemini savunan birçok dernek 2009 yılından itibaren kurulmuştur. DSÖ 2010 yılında mesleklerarası eğitimin küresel olarak statüsünü belirlemek amacıyla, politikacıların profesyonel mesleki eğitim ve işbirliği uygulamalarının

başarılı bir şekilde sağlanması için eylem planı oluşturmalarını ve mesleklerarası eğitimi kendi sağlık eğitimleri içerisine entegre etmelerini önermiştir. DSÖ “Mesleki Eğitim ve İşbirliği Uygulamalarına Dair Eylem Çerçevesi (2010)” oluşturmuştur. Bu çerçevede, dünya çapındaki mesleklerarası profesyonel işbirliğinin mevcut durumunu vurgulamakta, başarılı işbirlikçi ekip çalışmasını şekillendiren mekanizmaları tanımlamakta ve politika yapıcılarının kendi yerel sağlık sistemleri içinde uygulayabilecekleri bir dizi eylem ögesini özetlemektedir. Çerçevenin amacı, sağlık politikacılarına mesleklerarası eğitim ve işbirlikçi uygulama öğelerini uygulamalarına yardımcı olacak stratejiler ve fikirler sağlamaktır (Şekil 1) (24). Aynı yıl Amerika Tıp Enstitüsü (The American Institute of Medicine) sağlık eğitim programlarına mesleklerarası eğitimin entegre edilmesi gerektiğini ve mesleklerarası ekip eğitimine olabildiğince erken dönemde başlaması gerektiğini belirtmiştir (29). Amerikan Hemşireler Derneği (The American Nurse Association) 2010 yılında hemşireler arasında işbirliğinin artırılması için hemşirelik standartlarını revize etmiş ve mesleklerarası işbirliği ve bilgi alışverişini arttıran, farklı mesleklerin birbirlerini anlamasını kolaylaştıran mesleklerarası ekiplerin önemini vurgulamıştır (31).

Mesleklerarası eğitimin gelişim süreci incelendiğinde, Türkiye’de sağlık



Şekil 1. Mesleki Eğitim ve İşbirliği Uygulamalarına Dair Eylem Çerçevesi (24)

profesyonellerinin lisans müfredatlarının oluşturulmasında etkili olan eğitimcilerin, gelecekte birlikte çalışacak öğrencileri bir araya getirebilecek uygulamaya dayalı eğitim programları geliştirmeleri gerekmektedir (10). Uluslararası gelişmelere paralel olarak ilerleyebilmek için, müfredat çalışmalarının günümüz gereksinimlerine ve mesleklerarası eğitimde kazandırılması gereken yeterliliklere uygun olarak planlanması gerekmektedir. Mesleklerarası eğitimi içeren müfredat programları öğrencilerin sürekli gelişmesine ve öğrenmesine olanak sağlamalı ve geri bildirimleri alınarak geliştirilebilmelidir.

Mesleklerarası Eğitimin Hedefleri

Mesleklerarası eğitimin temel hedefi, sağlık profesyonellerinin mesleki bilgi, beceri ve deneyimlerini paylaşma, beraber çalıştıkları diğer sağlık profesyonellerinin rollerine saygı gösterme ve mesleklerarası ekip içerisinde olumlu anlayış geliştirmedir (1,2,4). Bununla birlikte mesleklerarası eğitim, diğer sağlık profesyonellerinin mesleki yeterliliklerinin farkına varabilmesi, hasta merkezli bakım uygulamalarında farklı bakış açıları ile eleştirel düşünme becerisi kazanabilmeleri için işbirliğine dayalı öğrenme ortamlarının oluşturulması ve mesleklerarası eğitim ve öğretimin desteklenmesi hedeflenmektedir (11). Bu amaçla Mesleklerarası Eğitimde İşbirliği (Interprofessional Education Collaborative) çalışma grubu 2016 yılında bir rehber yayınlamış ve bu rehberde mesleklerarası işbirliğinin geliştirilmesi için “Mesleklerarası Eğitimde Kazanılması Gereken Temel Yeterlilikler” belirtilmiştir. Mesleklerarası Eğitimde Kazanılması Gereken Temel Yeterlilikler içerisinde dört temel alan altında 38 yeterlilik alanı kabul edilmiştir (32) (Tablo 1). Bu temel alanlar;

- *Mesleklerarası Eğitimde Yeterlilik İçin Etik/Değerler:* Karşılıklı değerlerin paylaşılması ve saygınlığın sağlanması için diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte çalışabilmek için gereken 9 yeterlilik,
- *Mesleklerarası Eğitimde Yeterlilik İçin Roller/Sorumluluklar:* Hastaların ve toplumun gereksinim duyduğu sağlık bakım ihtiyaçlarını ve uygun hizmeti sunabilmek için kendi mesleğinin ve ekip içerisinde yer alan diğer

sağlık profesyonellerinin mesleklerinin rollerine ilişkin bilgiyi kullanarak uygun şekilde değerlendirebilmek için gereken 10 yeterlilik,

- *Mesleklerarası Eğitimde Yeterlilik İçin Mesleklerarası İletişim;* Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için hastalar ve aileleri, toplum ve diğer sağlık profesyonelleri ile ekip yaklaşımını destekleyecek duyarlılık ve sorumlulukta iletişim kurabilmek için gereken 8 yeterlilik,
- *Mesleklerarası Eğitimde Yeterlilik İçin Ekip ve Ekip Çalışması;* Merkezinde hasta ve toplumun yer aldığı, güvenli, zamanında, verimli, etkili ve adil bir sağlık hizmetini planlayabilmek, sunabilmek ve değerlendirebilmek için farklı ekip rollerini etkili biçimde gerçekleştirebilme, işbirliğini ve etkileşimi geliştirecek değerleri ve ekip dinamiklerine yönelik ilkeleri uygulayabilmek için gereken 11 yeterlilikten oluşmaktadır.

Mesleklerarası Eğitimde Simülasyon Uygulamalarının Kullanımı

Simülasyonun uygulamaları özellikle hemşirelik ve tıp müfredatında yer almasına rağmen, mesleklerarası eğitimde kullanılması daha yeni bir uygulamadır (15). Simülasyon, gerçek dünyada var olan durumları tekrarlayarak ya da çağrıştırarak oluşturulan doğallık içinde, gerçek deneyimleri rehberli deneyimlerle geliştiren eğitim tekniği olarak tanımlanmaktadır (33). Simülasyon, her seviyedeki hemşirelik öğrencilerinin ve sağlık profesyonellerinin akademik becerilerine ek olarak uygulamaya dayalı becerilerinin gelişimi için güvenli bir ortam sağlamaktadır (15–17,27). Mesleklerarası eğitimde simülasyonun kullanımı ise, didaktik öğrenmenin ötesinde gerçeklik ve etkileşimi temel alan bir eğitim olanağı sağlayarak, daha iyi hasta sonuçları ve daha sürdürülebilir bir eğitim programı oluşturulmasında etkili olmaktadır. Bu nedenle özellikle sağlık profesyonellerinin eğitiminde simülasyon kullanımı mesleklerarası eğitim için ideal bir araç olarak kabul edilmektedir (16,17,28).

Sağlıkta Simülasyon Topluluğu (The Society for Simulation in Healthcare) ve Ulusal

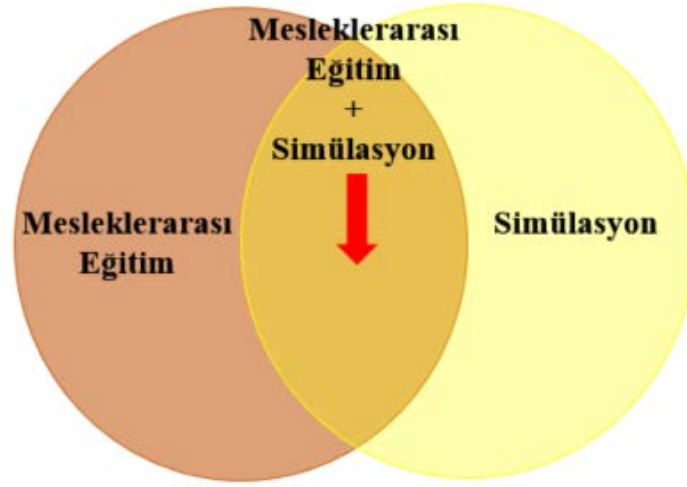
Tablo 1. Mesleklerarası Eğitimde Kazanılması Gereken Temel Yeterlilikler (32)

Temel Alan 1: Mesleklerarası Eğitimde Yeterlilik İçin Etik/Değerler (ED)
ED 1. Hastalar ve toplumun çıkarları mesleklerarası sağlık hizmeti sunumunun merkezine yerleştirilmelidir.
ED 2. Hastalar, toplum ve mesleklerarası ekip içerisindeki sağlık profesyonellerinin bireysel ve kültürel farklılıkları kabullenilmelidir.
ED 3. Ekip temelli bakım hizmetlerinin gizliliğini sürdürürken hastaların onuruna ve mahremiyetine saygı gösterilmelidir.
ED 4. Ekip içerisinde yer alan diğer sağlık profesyonellerinin kültürü, değerleri, mesleki rol ve sorumlulukları ve uzmanlıkları tanınmalı ve bunlara saygı duyulmalıdır.
ED 5. Bakım sağlanan, bakım veren ve sağlık hizmet sunumuna katkıda bulunan ve destek veren kişiler ile işbirliği içerisinde çalışılmalıdır.
ED 6. Hastalar, aileleri ve diğer ekip üyeleri ile güvene dayalı bir ilişki oluşturulmalıdır.
ED 7. Hasta ve toplum merkezli bakım uygulamalarında karşılaşılabilen etik ikilemler yönetilebilmelidir.
ED 8. Hastalar, aileleri ve diğer sağlık profesyonelleri ile ilişkilerde dürüstlük ve bütünlük içerisinde hareket edilmelidir.
ED 9. Sağlık bakım uygulamalarında ekip içerisinde yer alan her bir sağlık profesyoneli kendi mesleğine ilişkin yeterlilikleri korumalıdır.
Temel Alan 2: Mesleklerarası Eğitimde Yeterlilik İçin Roller/Sorumluluklar (RS)
RS1. Her bir mesleğin rol ve sorumlulukları hastalar, aileler ve diğer sağlık profesyonelleri ile açık bir şekilde paylaşılmalıdır.
RS2. Her bir mesleğin becerilerinin, bilgisinin ve yeteneklerinin sınırları belirlenmelidir.
RS3. Hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek stratejiler geliştirmek için sağlık profesyoneli kendi mesleki uzmanlığını tamamlayıcı nitelikte olan çeşitli sağlık profesyonellerini ve ilgili kaynakları birleştirmelidir.
RS4. Ekip üyesinin bakımın sağlanmasına, sağlığın geliştirilmesine ve hastalığın önlenmesine yönelik rol ve sorumlulukları diğer ekip üyelerine açıklanmalıdır.
RS5. Sağlık bakımının güvenli, etkili, verimli, zamanında ve adil dağılımını sağlamak için ekip üyelerinde yer alan tüm sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri ve yetenekleri kullanılmalıdır.
RS6. Her bir ekip üyesinin tedavinin yürütülmesi konusunda sorumluluğunun belirlenmesi için diğer ekip üyeleri ile iletişim kurulmalıdır.
RS7. Bakımın iyileştirilmesi ve öğrenmenin sürdürülebilmesi için sağlık sistemi içerisinde veya dışarındaki meslek grupları ile karşılıklı ilişki içerisinde olunmalıdır.
RS8. Ekip performansının ve işbirliğinin artırılması için sürekli mesleki ve mesleklerarası gelişim birlikte sürdürülmelidir.
RS9. Hasta bakımının ve sağlığının en istedik düzeye getirilebilmesi için ekibin tüm üyelerinin benzersiz ve tamamlayıcı yetenekleri kullanılmalıdır.
RS10. Sağlık ve diğer alanlarda çalışan sağlık profesyonellerinin toplum sağlığının en istedik düzeye getirilebilmesi için klinik bakım ve halk sağlığı müdahalelerinde nasıl işbirliği geliştirileceği ve nasıl entegre edilebileceği açıklanmalıdır.
Temel Alan 3: Mesleklerarası Eğitimde Yeterlilik İçin Mesleklerarası İletişim (MI)
MI1. Ekip işlevini geliştiren tartışmaları ve etkileşimleri kolaylaştırmak için bilgi sistemleri ve iletişim teknolojileri de dahil olmak üzere etkin iletişim araçları ve teknikler kullanılmalıdır.
MI2. Olabildiğince disipline özgü terminolojiden kaçınılmalı hastalar, aileler, toplum üyeleri ve ekibi üyeleri ile bilgi alışverişinde bulunulmalıdır.
MI3. Kararlarında ortak bir anlayışın sağlanması için ekip üyelerinin güven, açıklık ve saygı ile bilgi ve görüşlerini ifade etmeleri sağlanmalıdır.
MI4. Aktif olarak dinlenmeli, diğer ekip üyeleri fikir ve düşüncelerini ifade edebilmesi için cesaretlendirilmelidir.
MI5. Ekip içerisinde üyelerin birbirlerine verdikleri geri bildirimler, zamanında duyarlı ve yapıcı olmalıdır.
MI6. Zor ve/veya çatışma içeren bir durumda ve kritik bir konuşma sırasında saygın bir dil kullanılmalıdır.
MI7. Ekip içerisinde sağlık profesyonellerinin etkili iletişim, çatışma ortamının çözümü, pozitif mesleklerarası çalışma ilişkilerine katkısı konusunda yeteneklerinin farkında olunmalıdır.
MI8. Hasta merkezli bakım ve sağlık programları ve politikalarında ekip çalışmasının önemi vurgulanmalıdır.
Temel Alan 4: Mesleklerarası Eğitimde Yeterlilik İçin Ekip ve Ekip Çalışması (EEÇ)
EEÇ1. Ekip oluşma süreci ve etkili bir ekibin rolleri ve uygulamaları hakkında bilgi verilmelidir.
EEÇ2. Ekip çalışmasının her yönünü yönlendirebilmek için ekip ilkeler konusunda fikir birliğine varılmalıdır.
EEÇ3. Hasta merkezli ve toplum odaklı problem çözümü için sağlık ve diğer alanlardaki profesyoneller birlikte rol almalıdır.
EEÇ4. Hasta ve toplum değerlerine ve bakım önceliklerine ve tercihlerine saygı duyarak sağlık ve diğer alanlardaki profesyonellerin bilgi ve deneyimleri birleştirilmelidir.
EEÇ5. Ekip verimliliğini ve ortak çalışmalarını destekleyen liderlik uygulamaları kullanılmalıdır.
EEÇ6. Sağlık ve diğer alanlardaki profesyoneller, hastalar, aileler ve toplum üyeleri arasında ortaya çıkan değerler, roller, hedefler ve eylemler hakkında anlaşmazlıkları yapıcı bir şekilde yönetmek için birlikte hareket edilmelidir.
EEÇ7. Önleme ve sağlık bakımı ile ilgili sonuçlar için diğer profesyoneller, hasta ve topluma hesap verilebilmelidir.
EEÇ8. Ekip içerisinde yer alan sağlık profesyonellerinin ve ekibin performansı değerlendirilebilmeli ve ekip performansı iyileştirilebilmelidir.
EEÇ9. Sağlık profesyonelleri arasında ekip çalışmasının ve ekip tabanlı hizmetlerin, programların ve politikaların etkinliğini artırılması için süreç iyileştirme stratejileri kullanılmalıdır.
EEÇ10. Etkili ekip çalışması ve ekip temelli uygulamalar için mevcut kanıtlar kullanılmalıdır.
EEÇ11. Farklı ekiplerde ve bu ekip içerisindeki rol değişimi durumlarında etkili performans gösterilebilmelidir.

Hemşirelik Birliği (National League for Nursing) 2011 yılında Şekil 2.'de belirtilen mesleklerarası eğitim ve simülasyon arasında oluşan kesişimin, mesleklerarası eğitimin daha iyi anlaşılması ve sonuçlarının iyileştirilmesi için kullanılması gerektiğini belirtmiştir (28). Bu kesişim ile ekip

içerisinde yer alan sağlık profesyonellerinin bilgi, beceri, iletişim ve koordinasyon yeterliliklerinin artmasını sağlayan bir ortaklık sağlanmaktadır (3,17,34).

Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimde amaç; bakımın kalitesini ve güvenliğini



Şekil 2. Mesleklerarası Eğitim ile Simülasyon Arasındaki İlişki (28)

geliştirmek, diğer meslekleri anlamak ve saygı göstermek, ilişki kurmak, işbirliği ve bilgi paylaşımı yapmak, problem çözme becerilerini geliştirmek ve sağlık meslekleri arasındaki iletişimi ilerletmektir (16–18,28,35), ekip içinde yer alan sağlık profesyonellerinin rollerinin birleşmesi veya seyreltilmesi değildir (28). Simülasyon ile geliştirilmiş mesleklerarası eğitim, ekip çalışmasını geliştirebilecek gerçekçi bir eğitim yaklaşımı ve standartlaştırılmış deneyim sağlayabilmektedir. Bu yaklaşım ile öğrencilere hatalarından öğrenme fırsatı sağlanarak hastaların zarar görmesi önlenmektedir.

Simülasyona Dayalı Mesleklerarası Eğitimin Yararları

Literatürde mesleklerarası eğitimin simülasyon ile desteklenmesi gerektiğini vurgulayan bir çok çalışma bulunmaktadır (7,15,18,20,21,26,27,36–38). Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim öğrencilerin yeterliliğini (15,37), disiplinlerarası eğitim algısını, mesleklerarası öğrenmeye hazır oluş durumlarını (36), ekip çalışması tutumlarını (36,37) ve ekip olarak çalışma becerilerini (21,26,36) arttırmaktadır. Buckley ve ark. (2012) simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin, öğrencilerin etkili ekip çalışmasına yönelik farkındalıklarını ve diğer sağlık profesyonelleri ile etkileşim kurma konusunda kendilerine olan güvenlerini arttırdığını belirtmiştir (38). Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin öğrencilerin farklı mesleklerin rol ve

sorumluluklarını keşfetmelerini (21,26), tedavi ve bakıma yönelik kararlarında kendilerine daha fazla güven duymalarını sağlamaktadır (18). Literatürde bu eğitim yönteminin öğrencilerin bilgi düzeylerinin artırılmasında kullanılması önerilen en etkili yöntemlerden biri olduğu vurgulanmaktadır (20,37). Simülasyona dayalı mesleklerarası uygulamaları içeren bir eğitim müfredatı, hekim, hemşire gibi farklı mesleki gruplarda yer alan öğrencilerin gelişimlerine uygun planlanarak, öğrencilere birbirleriyle etkileşim kurma fırsatı sunmaktadır (7). Hemming ve ark. (2018) hemşirelik eğitiminde mesleklerarası eğitimin durumunu belirlemeye yönelik son beş yılın çalışmalarını değerlendirdikleri sistematik derlemelerinde lisans müfredatı içerisinde simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin geliştirilmesini ve bu tarz eğitim programlarının yaygınlaştırılmasının önemini vurgulamışlardır (27).

Simülasyona Dayalı Mesleklerarası Eğitimin Planlanması

Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin iyi bir şekilde organize edilmemesi veya ekip çalışmasına uygun hedeflerin başarılabilmesi için uygun yöntemlerin kullanılmaması öğrencilerin öğrenme deneyimini olumsuz etkileyebilmektedir. Literatürde kaliteli bir simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim programının oluşturulmasına yönelik hazırlanan bir rehberde simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim

planlanırken dikkat edilecek unsurları belirtmiştir (39);

- Mesleklere ait bilgi, beceri, tutum ve değerler belirlenerek, ihtiyaçlar değerlendirilmelidir.
- Eğitimin hedef grubu belirlenmelidir.
- Hedef grubun bilgi düzeyi ve beklentileri eşleştirilmelidir.
- Mesleklerarası eğitimin öğrenme hedeflerini kesinleştirilmeli, karşılaşılabilecek zorluklar belirlenmelidir.
- Kullanılabilecek senaryoları belirlenmeli ve değerlendirme yöntemleri araştırılmalıdır.
- Geçerli ve güvenilir değerlendirme araçları bulunmalıdır.
- Ekte yer alan mesleklerin eğitimi tamamlanmalıdır.
- Rehber senaryoya odaklanılarak, senaryo sonuçları değerlendirilmelidir.
- Sınırlılıklar belirlenmelidir.
- Etkili iletişim becerileri öğretilmelidir.
- Simülasyon uygulaması sonrası çözümlene yapılmalıdır.
- Veriler değerlendirilmeli ve analiz edilmelidir.
- Tüm süreç raporlanmalıdır.

Etkili bir mesleklerarası eğitimin; sorumluluk, ön planlamada tüm paydaşlara zaman ayırma, doğru ve açık iletişimin sağlanması, hesap verilebilirlik, koordinasyon, işbirliği, atılganlık, özerklik ve karşılıklı güven ve saygı gibi bazı özellikleri içermelidir. Başarılı bir mesleklerarası eğitimde öğrencilerin bu özellikleri birbirleri ile deneyimleyebilmeleri, paylaşabilmeleri ve uygulayabilmeleri sağlanmaktadır (40). Simülasyon ile geliştirilmiş mesleklerarası eğitiminde karşılıklı saygıyı ve paylaşılan değerler iklimini koruyabilmek için Mesleklerarası Eğitimde Kazanılması Gereken Temel Yeterlilikler'in kullanılması önerilmektedir (32).

Sonuç

Sağlık profesyonellerinin lisans eğitimlerinde mesleklerarası eğitime olabildiğince erken dönemde başlanması gerekmektedir. Bu şekilde gelecekte birlikte çalışabilecek sağlık profesyonelleri lisans eğitimlerinin ilk yıllarında oluşabilecek ön yargılardan uzak durabilmekte, mesleklerarası eğitime ve öğrenmeye daha uygun ve hazır olabilmektedir. Simülasyon, mesleklerarası eğitim ile ilgili yeterliliklerin geliştirilmesinde yenilikçi bir yöntem olarak

önerilmektedir. Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim ile öğrencilerin kaliteli hasta bakımının her yönünü daha iyi öğrenebilmeleri, hasta sonuçlarını iyileştirebilmek için ekip üyeleri arasında işbirliğini ve iletişimi sürdürmeleri, ekip üyelerinin birbirlerinin rol ve sorumlulukların farkına varmaları ve birbirlerine karşı saygı ve olumlu tutum geliştirmeleri sağlanabilmektedir. Simülasyona dayalı mesleklerarası eğitim ile öğrencilerin kendilerine olan güvenlerini artırarak memnuniyetlerini olumlu düzeyde etkilemektedir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin lisans eğitim müfredatlarına simülasyona dayalı mesleklerarası eğitimin entegre edilmesi, öğrencilere daha güvenli bakım sağlama fırsatı sunmaktadır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [Internet]. 2010. [Updated: 2019 February 20; Cited: 2019 February 25]. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.
2. Birk TJ. Principles for Developing an Interprofessional Education Curriculum in a Healthcare Program. *J Healthc Commun.* 2017; 2(1):1-4.
3. Mansuri FA. Appraisal of Inter-Professional Education (IPE) in the World and its Importance in Delivery of Health Care. *Ann Abbasi Shaheed Hosp Karachi Med Dent Coll.* 2017; 22(1): 44-53.
4. Herath C, Zhou Y, Gan Y, Nakandawire N, Gong Y, Lu Z. A comparative study of interprofessional education in global health care. *Medicine.* 2017; 96(38): e7336.
5. Cahill M, O'Donnell M, Warren A, Taylor A, Gowan O. Enhancing interprofessional student practice through a case-based model. *J Interprof Care* 2013; 27(4): 333-5.
6. Starks H, Coats H, Paganelli T, Mauksch L, van Schaik E, Lindhorst T, et al. Pilot Study of an Interprofessional Palliative Care Curriculum: Course Content and Participant-Reported Learning Gains. *Am J Hosp Palliat Med.* 2018; 35(3): 390-7.
7. Baker C, Pulling C, McGraw R, Dagnone JD, Hopkins-Rossee D, Medves J. Simulation in interprofessional education for patient-centred

- collaborative care. *J Adv Nurs*. 2008; 64(4): 372–9.
8. Caylor S, Aebersold M, Lapham J, Carlson E. The use of virtual simulation and a modified TeamSTEPPSTMtraining for multiprofessional education. *Clin Simul Nurs*. 2015; 11(3): 163–71.
 9. Fox L, Onders R, Hermansen-Kobulnicky CJ, Nguyen TN, Myran L, Linn B, et al. Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. *J Interprof Care*. 2018; 32(2): 127–35.
 10. Domaç S, Bektaş-Fidan M, Sobacı F, Yıldırım A, Soydaş P, Özkent T. Meslekler Arası Eğitimin Yükseköğretim Müfredatına Dâhil Edilmesinin Önemi. *Yükseköğretim Dergisi* 2014; 4(1): 9–13.
 11. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. CAIPE: Interprofessional Education Guidelines 2017 [Internet]. 2017. [Updated: 2019 February 20; Cited: 2019 February 25]. Available from: file:///C:/Users/fatma/Downloads/CAIPE-2017-Interprofessional-Education-Guidelines-2%20(1).pdf
 12. Boztepe H, Terzioğlu F. Sağlık Eğitiminde Meslekler Arası Eğitim. *J Anatolia Nurs Heal Sci*. 2015; 18(3): 222–8.
 13. Bland AJ, Topping A, Wood B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2011; 31(7): 664–70.
 14. Gough S, Hellaby M, Jones N, MacKinnon R. A review of undergraduate interprofessional simulation-based education (IPSE). *Collegian*. 2012; 19(3): 153–70.
 15. Saylor J, Vernoony S, Selekman J, Cowperthwait A. Interprofessional education using a palliative care simulation. *Nurse Educ*. 2016; 41(3): 125–9.
 16. Zhang C, Thompson S, Miller C. A Review of Simulation-Based Interprofessional Education. *Clin Simul Nurs*. 2011; 7(4): e117–26.
 17. Costello M, Huddleston J, Atinaja-Faller J, Prelack K, Wood A, Barden J, et al. Simulation as an Effective Strategy for Interprofessional Education. *Clin Simul Nurs*. 2017; 13(12): 624–7.
 18. Cunningham S, Foote L, Sowder M, Cunningham C. Interprofessional education and collaboration: A simulation-based learning experience focused on common and complementary skills in an acute care environment. *J Interprof Care*. 2018; 32(3): 395–8.
 19. Efstathiou N, Walker WM. Interprofessional, simulation-based training in end of life care communication: A pilot study. *J Interprof Care*. 2014; 28(1): 68–70.
 20. George KL, Quatrara B. Interprofessional Simulations Promote Knowledge Retention and Enhance Perceptions of Teamwork Skills in a Surgical-Trauma-Burn Intensive Care Unit Setting. *Dimens Crit Care Nurs*. 2018; 37(3): 144–55.
 21. Brown CW, Howard M, Morse J. The use of trauma interprofessional simulated education (TIPSE) to enhance role awareness in the emergency department setting. *J Interprof Care*. 2016; 30(3): 388–90.
 22. Prelock PA, Ph D, Melvin C, Lemieux N, Melekis K, Ph D, et al. One Team – Patient , Family , and Health Care Providers : An Interprofessional Education Activity Providing Collaborative and Palliative Care. 2017; 1(212): 350–9.
 23. Fineberg IC, Wenger NS, Forrow L. Interdisciplinary Education: Evaluation of a Palliative Care Training Intervention for Professionals. *Acad Med*. 2004; 79(8): 769–76.
 24. World Health Organization. Human Resources for Health Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [Internet]. 2010. [Updated: 2019 February 20; Cited: 2019 February 25]. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
 25. Wang JN, Petrini M. Chinese Health Students' Perceptions of Simulation-based Interprofessional Learning. *Clin Simul Nurs*. 2017; 13(4): 168–75.
 26. Jimenez YA, Thwaites DI, Juneja P, Lewis SJ. Interprofessional education: evaluation of a radiation therapy and medical physics student simulation workshop. *J Med Radiat Sci*. 2018; 65(2): 1–8.
 27. Rutherford-Hemming T, Lioce L. State of Interprofessional Education in Nursing: A Systematic Review. *Nurse Educ*. 2018; 43(1) :9–13.

28. Wilhaus J, Palaganas J, Manos J, Anderson J, Cooper A, Jeffries P, et al. Interprofessional Education and Healthcare Simulation Symposium [Internet]. 2013. [Updated: 2019 February 20; Cited: 2019 February 25]. Available from: <http://www.ssih.org/LinkClick.aspx?fileticket=FQKvyEp0k3k=&portalid=48>
29. Faqih B. Healthcare Professional Students' Perceptions toward Interprofessional Education. [Master Thesis], Atlanta: Georgia State University; 2017.
30. World Health Organization [Internet]. The World Health Report 2006. 2006. [Updated: 2019 February 20; Cited: 2019 February 25]. Available from: <http://www.who.int/whr/2006/en/>
31. American Nurses Association. Nursing : scope and standards of practice [Internet]. 2010. [Updated: 2019 February 20; Cited: 2019 February 25]. Available from: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/>
32. Interprofessional Educational Collaborative. Core Competencies for interprofessional collaborative practice : 2016 [Internet]. 2016. [Updated: 2019 February 20; Cited: 2019 February 25]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030650>
33. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Heal Care*. 2004; 13(SUPPL. 1): 2–10.
34. Lennen N, Miller B. Introducing Interprofessional Education in Nursing Curricula. *Teach Learn Nurs*. 2017; 12(1): 59–61.
35. Randall D, Garbutt D, Barnard M. Using simulation as a learning experience in clinical teams to learn about palliative and end-of-life care: A literature review. *Death Stud*. 2018; 42(3): 172–83.
36. Lefebvre K, Wellmon R, Ferry D. Changes in Attitudes Toward Interprofessional Learning and Collaboration Among Physical Therapy Students Following a Patient Code Simulation Scenario. *Cardiopulm Phys Ther J (Lippincott Williams Wilkins)*. 2015; 26(1): 8–14.
37. Pastor DK, Cunningham RP, White PH, Kolomer S. We Have to Talk: Results of an Interprofessional Clinical Simulation for Delivering Bad Health News in Palliative Care. *Clin Simul Nurs*. 2016; 12(8): 320–7.
38. Buckley S, Hensman M, Thomas S, Dudley R, Nevin G, Coleman J. Developing interprofessional simulation in the undergraduate setting: Experience with five different professional groups. *J Interprof Care*. 2012; 26(5) :362–9.
39. Palaganas JC. Exploring Healthcare Simulation as a Platform for Interprofessional Education. [PhD dissertation], California: Loma Linda University; 2012.
40. The Interprofessional Education Collaborative. Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice [Internet]. 2011. [Updated: 2019 February 20; Cited: 2019 February 25]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030650>

Sağlık Kurumlarında Stratejik Yetenek Yönetimi: Kavramsal Bir Çalışma Strategic Talent Management in Health Care Organizations: A Conceptual Study

Gülcan ŞANTAŞ¹, Fatih ŞANTAŞ²

ÖZ

Yetenek yönetimi; yetenekleri keşfeden, geliştiren ve sürdüren, sistematik ve dinamik bir süreç olarak ifade edilmektedir. Yetenek yönetimi, doğru kişinin doğru zamanda doğru işte olmasını kolaylaştırmaktadır ve yetenek yönetimi uygulamaları örgütsel başarıyı artırma potansiyeline sahiptir. Yetenek yönetimi, birçok sağlık kurumunda sorunlu alanlardan biridir. Sağlık kurumlarının günümüz sağlık piyasasında rekabet avantajı elde etmek için yetenek planlama stratejilerini stratejik planlarına dâhil etmesi gereklidir. Bu doğrultuda bu çalışmada yetenek yönetimi ve stratejik yetenek yönetimi kavramlarının sağlık kurumları ölçeğinde irdelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Stratejik yetenek, sağlık kurumları, yetenek

ABSTRACT

Talent management is expressed as a systematic and dynamic process that discovers, develops and maintains talents. It facilitates the right person to be in the right job at the right time, and talent management practices have the potential to increase organizational success. Talent management is one of the problem areas in many health care organizations. Health care organizations need to incorporate talent planning strategies into their strategic plans to achieve a competitive advantage in today's healthcare market. In this study, it is aimed to examine the concepts of talent management and strategic talent management in the scale of health care organizations.

Keywords: Strategic talent, health care organizations, talent

Geliş Tarihi/Received: 08.11.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 05.02.2019

¹Dr. Öğr. Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID: 0000-0002-0488-9375

²Dr. Öğr. Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID: 0000-0002-0595-4183

Sorumlu yazar/Correspondence: Gülcan ŞANTAŞ, Dr. Öğr. Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Yozgat, gulcan.santas@bozok.edu.tr

Giriş

Günümüzde farklı türde yetenekler gerektiren yeni iş alanları ve ekonomik koşullar daha fazla uzmanlık gerektirmektedir. Ayrıca, zaman içinde ortaya çıkan daha büyük ölçekli örgütler ve girişimler daha yüksek düzeyde yeteneğe sahip çalışanlara ihtiyaç duymaktadır. Bütün bu gelişmeler, yetenek yönetimi konusunun önemini artırmaktadır (1). Örgütlerin alanında uzman ve yetenek sahibi çalışanlara sahip olması gerektiği anlaşıldıkça, örgütlerde yetenek yönetimi konusu daha fazla dikkat çekmeye ve tartışılmaya başlanmıştır. Bu nedenle bu çalışmada yetenek yönetimi ve stratejik yetenek yönetimi kavramları sağlık kurumları ölçeğinde irdelenmiştir.

Yetenek Yönetimi

Yetenek, örgütün misyonuna dayanan tüm kolektif bilgi, beceri, deneyim, değer, alışkanlık ve davranışlar şeklinde tanımlanmaktadır (2). Yetenekli kişiler, kurumların stratejik varlığı olarak kabul edilmektedir. Bu çalışanları tespit etme, işe alma, tutma ve ilgili birimlerde görevlendirme, sürdürülebilir rekabet avantajı ve başarı için ön şarttır (5).

Yetenek yönetiminin tanımı, kapsamı ve genel hedefleri konusunda net ifadeler bulunmamaktadır (3). Yetenek yönetimi; yetenekleri keşfeden, geliştiren ve sürdüren sistematik ve dinamik bir süreç olarak ifade edilmektedir (4). Bir başka tanımda ise yetenek yönetimi, coğrafyadan bağımsız olarak yetenek yaşam döngüsünün yönetimi ile ilgili tüm etkinlik ve sorumlulukları bütünleştiren, yetenekleri örgüte kazandırma, geliştirme ve elde etme sürecinden oluşan benzersiz bir işlev şeklinde ele alınmaktadır (2). Yetenek yönetimi, örgütsel başarı için kritik bir unsurdur ve yetenekli çalışanların belirlenmesi, geliştirilmesi ve ilgili birimlere yerleştirilmesi yoluyla örgütler rekabet avantajı elde etmektedir (6). Yetenek yönetimi uygulamaları örgütsel başarıyı artırma potansiyeline sahiptir (7).

Yetenek yönetimi anlayışı, klasik insan kaynakları yönetimi yaklaşımından farklılaşmaktadır. Yetenek yönetiminde “örgütsel yaşamda yetenekleri aktif olarak kullanmaya istekli olan örgüt” kavramı ön plana çıkmaktadır. Bu örgütler çalışanların yeteneklerinden faydalanmanın en iyi yollarını bulmaya çalışmaktadır ve çalışanlarını örgütsel başarıya katkıda bulunmak için önemli konumlarda teşvik etmek için yapıları, stratejileri ve iklimi hazırlamaktadır (8). İnsan kaynakları,

doğru kişinin doğru zamanda doğru işte olmasını sağlarken (9); insan kaynaklarının önemli konularından biri olan yetenek yönetimi, bu sürecin daha hızlı şekilde gerçekleşmesine katkı sağlamaktadır (10).

İşverenler, örgüt içinde yetenek yönetimini sağlamada çalışanlarını teşvik edebilmelidir. İşverenlerin yetenek yönetimi sürecinde uygulayabileceği stratejiler şu şekilde sıralanabilmektedir (11):

- Durum analizi ve işgücü planlaması yapmak,
- Yeni işler, kariyer yolları ve istihdam düzenlemeleri yapmak,
- Yaratıcı işe alım stratejileri benimsemek,
- Emeklilik ve sağlık yardımlarını işgücü ihtiyaçları ile uyumlu hale getirmek,
- Performans yönetimi ve ödül sistemlerini güncellemek,
- Eğitim ve gelişim programlarını yeniden yapılandırmak,
- Bilgi yönetimi stratejisi uygulamak
- Uygulamaları kültürle uyumlu hale getirmektir.

Sağlık Kurumlarında Yetenek Yönetimi

İstenen sağlık sonucunun elde edilmesinde sağlık işgücünün varlığı ve bu işgücünün yeterliliği önemlidir. Yeterli sağlık işgücü olmazsa, sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesinde düşüş, sağlık giderlerinde artış, sağlık hizmetine erişimde zorluk ve yalnızca ödeme yapabilen veya ödeyebilenlerin hizmet alabildiği bir sağlık sistemi ortaya çıkabilir (10). Sağlık işgücünün yalnızca niceliksel olarak varlığı, sağlık sistemlerinin ve sağlık kurumlarının başarısında yeterli olmayıp, aynı zamanda bu işgücünün niteliksel olarak da yetenekli ve işinin ehli çalışanlardan oluşması gereklidir.

Yetenek yönetimi, birçok hastanede sorunlu alanlardan biridir. Yetersiz liderlik, yüksek personel devir hızı ve sağlık sektörüne yetenekleri çekme konusunda yetersizlikler sağlık kurumlarında krizlere neden olabilmektedir. Yetenekleri tanımlama ve geliştirmede doğru süreçlere sahip olmayan sağlık kurumları, üst düzey bir performans sergileme ve rekabet etmede zorlanacaktır. Yetenek yönetiminde çalışanların çabaları değişen stratejik girişimlerle uyumlu hale getirilmelidir. Ancak yetenek yönetiminde başarılı olamayan örgütler, üst düzey personelin tutulması ve işe alınması konusunda başarısız olabilmektedir (12).

Sağlık sektöründe yetenek yönetimi faaliyetlerinde iki önemli unsur bulunmaktadır: İlki, işgücünü sağlık hizmeti kalitesi de dâhil olmak üzere kurumsal performansın kilit unsuru olarak ele almaktır. İkinci önemli unsur ise işgücünü kritik önem taşıyan bir örgütsel kaynak olarak inşa etmek ve sürdürmek için stratejik ve sistematik bir yaklaşımı teşvik etmektir (13).

Sağlık kurumlarında yetenek yönetimi uzmanlarının maliyetleri düşürmek, hasta memnuniyetini ve hasta güvenliğini artırmak gibi üç stratejik hedefe odaklanması beklenmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik artan talepler, sağlık sektöründe sağlık hizmeti sunumu ve ödeme modellerinin değişimi gibi düzenleme ve politikalar nedeniyle ortaya çıkan sürekli değişimler, sağlıkta yetenek yönetimi uzmanlarını her zaman daha azla daha fazlasını yapmaya zorlamaktadır. Yetenek yönetimi ekipleri, doğru çalışanları işe almayı ve elde tutmayı başardığında, sağlık kurumları hasta bakımı ve memnuniyet konularında daha güçlü hale gelecektir (14).

Sağlık kurumları yetenek yönetimi girişimlerini kullanırken, genellikle hasta bakımı üzerinde en doğrudan etkiye sahip olan ve daha yüksek sayıda bulunan alt düzey çalışanlardan ziyade liderlere ve yöneticilere odaklanmaktadır. Ancak özellikle hekim ve hemşireler gibi kilit pozisyonlarda çalışanlar için yetenek yönetimi uygulamaları önemli bir unsur olmaktadır. Sağlık kurumlarında liderlerden alt düzeyde çalışan bütün personele kadar tüm yetenek hattını dikkate almak gereklidir (15).

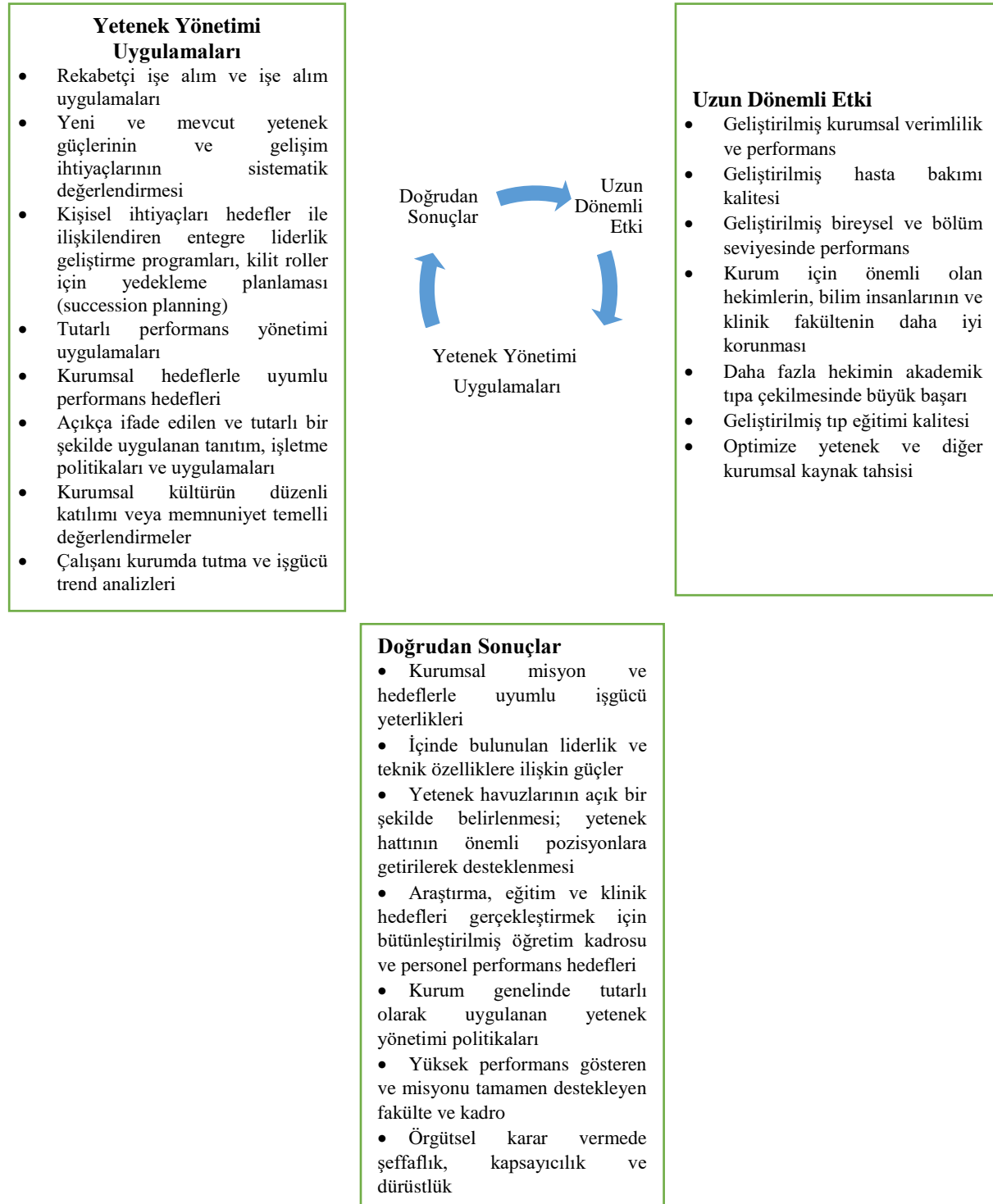
Sağlık kurumları açısından hekim yeteneğini yönetmek önemli zorluklardan biridir. Sağlık kurumlarında yetenekli uzman hekimler işe alınarak, hekimleri geliştirerek ve ilgili birimlerde görevlendirerek rekabet avantajı elde edilebilir. Doğru hekimleri işe almak ve onları görev süreleri boyunca doğru pozisyonlara yerleştirmek, her sağlık kurumuna önemli bir geri dönüş sağlayacaktır. Ancak birçok hekimin sağlığın içinde başka bir alana veya sağlık sektörü dışında başka bir alana yöneldiği görülebilmektedir. Hekimler çalıştıkları kurumdan gitmek ve kalmak arasında ikilemede kalabilmektedir. Bu durum, örgüt içinde çalışan diğer çalışanlar açısından motivasyon ve performans sorunlarına yol açarken, bir yandan da yetenek kayıplarına sebep olmaktadır (16). Yönetici vasfı olan bir sağlık

çalışanının istihdam edilememesi, sağlık hizmeti sunumunda başarısızlığa neden olabilmektedir. Dolayısıyla sağlık kurumlarında yetenekli bir çalışan ayrıldıktan sonra, kurum yöneticisi sağlık hizmeti sunum ağını sağlamlaştırmak için çaba sarf etmeli ve yeni birini istihdam etmelidir (17). Bunu da sağlamanın yolunun ise sistematik bir yetenek yönetim sürecinin sağlık kurumlarında uygulanabilmesinden geçtiği söylenebilir.

Sağlık hizmeti sunumunda önemli yere sahip hemşireler için de yetenek yönetimi sürecinin doğru yönetilmesi örgütsel çıktılarda iyileşmeler meydana getirmektedir. Diğer birçok işten farklı olarak, hemşireler için kariyer yolu işe başladıkları ilk zaman belirli olmayabilir. Ancak hemşirelik kariyerinde, işe alımdan önce kariyer yolunun netleştirilmesi ve hemşirelerin yeteneklerine ve mesleki yeterliliklerine göre çalışacakları yerlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu şekilde hareket edilmediğinde telafisi güç zararlar ortaya çıkabilmektedir. Yetenek yönetimi sisteminin sağlık sisteminde kullanılması, hemşirelerin klinik becerilerini, iş tatminini ve niteliğini artırabilmektedir. Yetenek yönetimi aynı zamanda hemşirelerin öğrenme becerilerini ve fırsatlarını geliştirebilmektedir. Bunun sonucunda da örgütün başarısı ve hastalıkların tedavisindeki etkinlik artabilmektedir (18).

Şekil 1’de geliştirilen modelde, sağlık sektöründe yetenek yönetiminin etkisi “akademik tıp” üzerinden ele alınarak incelenmiştir. Tıp fakültelerinde görevli sağlık çalışanları üzerinden etkili yetenek yönetimi uygulamalarının sonuçları, “uzun dönemli etki” ve “doğrudan sonuçlar” ile ifade edilerek açıklanmıştır. Bu şekil aracılığıyla, tıp fakültelerinde çalışan yetenekli öğretim üyelerinin ve çalışan kaynağının stratejik etkisinin daha iyi kavranması mümkün olmaktadır. Bu yeteneklerin etkili bir şekilde yönetilmesi, kritik öneme sahip sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayabilecektir (13).

Şekil 1’de verilen Modele göre yetenek yönetimi uygulamaları, rekabetçi işe alım uygulamaları, yeni ve mevcut yetenek güçlerinin ve gelişim ihtiyaçlarının sistematik değerlendirilmesi, kişisel ihtiyaçları hedefler ile ilişkilendiren entegre liderlik geliştirme programları, kilit roller için yedekleme planlaması (succession planning) gibi uygulamaları içermektedir. Yetenek yönetimi



Şekil 1. Akademik Tıpta Yetenek Yönetiminin Etkisi

Kaynak: Fox S, Bunton S, Dandar V. The case for strategic talent management in academic medicine. Association of American Medical Colleges, 2011:3-8.

kurumsal verimlilik ve performans, hasta bakımı kalitesi, bireysel ve bölüm düzeyinde performans, tıp eğitimi kalitesi gibi uzun dönemli etkileri bulunmaktadır. Kurumsal misyon ve hedeflerle uyumlu işgücü yeterlikleri, yüksek performans gösteren ve misyonu tamamen destekleyen fakülte çalışanı ve öğretim üyesi kadrosu, örgütsel karar vermede şeffaflık, kapsayıcılık ve dürüstlük gibi sonuçlar ise yetenek yönetiminin doğrudan sonuçları arasında yer almaktadır (bkz. Şekil 1).

Sağlık Kurumlarında Stratejik Yetenek Yönetimi

Stratejik yetenek yönetimi, örgütün sürdürülebilir rekabet avantajına farklı katılarda bulunan kilit pozisyonların sistematik olarak tanımlanması ve yüksek potansiyeli olan ve yüksek performansa sahip bir yetenek havuzunun geliştirilmesi şeklinde ifade edilmektedir. Stratejik yetenek yönetimi aracılığıyla, örgütsel pozisyonların yetenekli çalışanlarla doldurulması kolaylaşabilmektedir. Yetenekli çalışanların örgüte bağlılıklarını sağlamada stratejik yetenek yönetiminin faaliyetleri ve süreçleri katkı sağlayabilmektedir (19).

Stratejik yetenek yönetimini geleneksel yetenek yönetiminden farklılaştıran unsur, yetenek yönetiminden farklı olarak yetenekli bir çalışanın “stratejik” olarak örgüte katkı sağlamasıdır. Örneğin bir sağlık kuruluşu organ nakli konusunda ya da çok az çalışılan bir hastalık üzerinde uzmanlaşmış bir hekim yeteneğini istihdam edebilir. Bir başka sağlık kuruluşu, sağlıklı beslenme konusunda başarılı ve ülke çapında tanınmış bir diyetisyeni istihdam ederek, bu yeteneğini diğer sağlık kuruluşlarından farklılaştırarak rekabet gücünü artırabilir.

Stratejik yetenek yönetimi hem kamu kurumları hem de özel sektör için nispeten yeni bir alandır. Stratejik yetenek yönetimini şekillendiren altı stratejik perspektif bulunmaktadır (20):

•*Rekabet perspektifi:* Yetenekli insanları tanımlayarak o insanlara istediklerini vermeyi gerektirmektedir. Aksi takdirde yetenekli insanlar rakipler tarafından avlanırlar. Resmi yetenek yönetim süreci olmayan örgütlerde bu genellikle varsayılan bir pozisyonudur ve yetenek yönetimi kalifiye bir çalışanı kurumda tutma stratejisi olarak işlev görmektedir.

•*Süreç perspektifi:* İnsanların performansını optimize etme ve başarıda doğru yeteneklere sahip olmanın önemine odaklanmaktadır. Yeteneği yönetmek ve beslemek, örgütsel yaşamın bir parçasıdır.

•*İnsan kaynakları planlama perspektifi:* Süreç perspektifine benzemektedir. Ancak doğru insanları doğru zamanda doğru işlere ulaştırmak ve doğru şeyleri yapmak için insan kaynakları yönelimini yansıtmaktadır. Bu yaklaşım hızlı büyüme gösteren şirketler için daha uygundur.

•*Gelişimsel perspektif:* Bu perspektifin odak noktası, daha yüksek potansiyel veya yetenek geliştirmeye odaklanmaktadır

•*Kültürel perspektif:* Yeteneklerin bir örgütün başarısı için kritik olduğu inancına dayanmaktadır.

•*Değişim yönetimi perspektifi:* Bir değişimin itici gücü olarak görülmektedir. Yetenek yönetimi; kurumun kültürünü, liderlik tarzlarını ve uzman/yönetim yeteneklerini değiştirmeye katkı sağlayabilmektedir.

Stratejik yetenek yönetimi süreci Tablo 1’de görülebileceği üzere bu süreç hiyerarşik olarak ilerlemektedir. Stratejik yetenek yönetimine ilişkin hiyerarşinin bileşenleri sol sütunda yer almaktadır. Tabloda sağda yer alan sütunlar ise hiyerarşide aşağı doğru hareket eden ve hiyerarşinin sistemdeki etkilerini gösteren sorulardan oluşmaktadır. Hiyerarşideki ilk basamak stratejinin ve sürdürülebilir rekabet avantajının ortaya konmasıdır. Bundan sonraki basamak, yeteneklerin yönetiminde stratejilerin nasıl uygulanacağı ve yetenek havuzunun nasıl yönetilebileceği ile ilgilidir. Bu seviyedeki sorular, temel olarak yetenek havuzlarının nasıl bölümlere ayrılacağına ilişkindir. Yetenek havuzları belirlendikten ve bölümlendirildikten sonra yetenek havuzu stratejileri geliştirmek mümkün hale gelir. Bu seviyede “bir uygulama nasıl uygulanır?” yerine “bu uygulamanın yetenek havuzuna hangi katkıyı sağlaması isteniyor?” sorusu önemli olmaktadır. Sonraki basamak, hiyerarşide yetenek yönetim sistemlerini (temel yetkinlik mimarisi veya kurumsal yazılım sistemleri) oluşturmaktır. Temel yetkinlik mimarisi, örgüt içinde oluşturulmuş her bir iş profili için gereken yeterlilikleri ve bu yeterliliklerin seviyelerini ortaya koymada kurallar sağlamaktadır. Bir başka ifadeyle, işlerin yetkinlikler ile ne derece bağlantılı olduğunu

Tablo 1. Stratejik Yetenek Yönetimi Süreci Hiyerarşisi

Yetenek Yönetimi Bileşenleri	İlgili Sorular
Strateji Sürdürülebilir Rekabet Avantajı	Piyasa fırsatları nelerdir? Hangi örgütsel kaynaklar avantaj sağlar?
Yetenek için Strateji Uygulamaları	Yetenek kalitesindeki gelişmeler nerede stratejik kazanımlar sağlar? Yeteneklerin gelişmesi stratejik kazanımları nasıl artırır?
Yetenek Havuzu Stratejisi	Çeşitli yetenek havuzları nasıl konumlandırılır? • Hangi yeteneklere ihtiyaç vardır? • Hangi ücretlendirme politikası benimsenmelidir (piyasanın üstünde/piyasanın altında/piyasa düzeyinde)? • Kariyer basamaklarında hangi havuzlar bağlanmalıdır? • Belirli işler konusunda bilgilendirme yapılmalı mıdır?
Yetenek Yönetim Sistemleri	Şirket genelinde yetenek havuzu stratejileri nasıl uygulanır? • Yetkinlik mimarileri • Kurumsal çapta veri sistemleri
Yetenek Uygulamaları	Hangi uygulamalar yetenek hedeflerini verimli bir şekilde karşılar? • Personel seçimi • İşe alım • Performans yönetimi • Ücretlendirme

Kaynak: Lewis R.E. Heckman R.J. Talent management: A critical review. Human Resource Management Review. 2006; 16(2): 139-154.

ortaya koymaktadır. İşlerin yetkinlikler ile bağlantısı ve verilerin toplanabilme kolaylığı, yetenek uygulamalarına rehberlik etmede ne kadar etkin ve analitik kullanılabilirliğini belirleyecektir. Son basamak olan yetenek uygulamaları ise süreci yönetirken insan kaynakları, performans yönetimi, eğitim ve gelişim gibi alanların etkin bir şekilde kullanılmasını içermektedir (3).

Sağlık hizmeti sunumunda fiziksel sermaye ve sarf malzemeleri gibi kaynaklar girdi olarak kullanılmaktadır. Sağlık sisteminin devamlılığında önemli olan bu kaynaklar, ancak emekle birleşince anlamlı hale gelmektedir ve istenen sağlık sonuçları elde edilmektedir. İnsan kaynakları, özellikle sağlık personeli, sağlık sektörü gibi emek yoğun sektörlerde önemli bir kaynaktır (21). Hekim, hemşire ve diğer sağlık insangücü çok farklı eğitimleri ve uzmanlıkları olan meslek gruplarıdır. Her bir sağlık insangücünün emeği sağlık sistemi için önemli olmakla birlikte, bu mesleklerde bilgi birikimi, uzmanlaşma ve yeteneğin elde edilmesi maliyetli süreçlerdir. Üstelik iş yükünün pek çok sektöre göre çok daha fazla olduğu sağlık sektöründe, işin daha iyi ve kaliteli şekilde nasıl yapılabileceğini bilen sağlık insangücünün bulunması önemli bir stratejik güç olmaktadır. Bu sebeple yetenekli sağlık çalışanının örgütte tutulması ve yeteneklerin stratejik anlamda yönetilebilmesi sağlık kurumlarına ve sağlık sistemlerine önemli başarılar sağlayabilecektir. Aksi takdirde, var olan yetenekli sağlık insangücünün örgütte tutulamaması, sağlık hizmet sunum hızını yavaşlatabilecek ve sağlık kurumunda pek çok aksamaya neden olacaktır.

Sağlık sektöründe yetenekli çalışanları doğru yönetmek ve bu çalışanlar kurumdan ayrıldığında yedekleme sürecini kontrol altına almak kritik öneme sahiptir. Örgütlerin sürdürülebilirlik değerlendirmesinde yetenekli çalışanlara sahip olması giderek daha fazla önemli hale gelmektedir. Hizmetleri geliştirmek, performans hedeflerine ulaşmak veya işi büyütmek isteyen sağlık kurumlarında yetenek yönetiminin eksikliği, kurumun hedeflerini gerçekleştirmedi en büyük engellerden birini oluşturmaktadır (22). Hastaneler ve sağlık sistemleri yöneticileri rekabet baskısı ile mücadele ederken, değişen ihtiyaç ve isteklerine cevap üretmeye çabalamaktadır. Sağlık hizmeti kullanıcıları bilgi teknolojilerinin sunduğu

imkânlardan yararlanarak, hastalıkları ile ilgili doğrudan ilgilenen birime ve sağlık hizmeti sunucusuna yönelmek istemektedir. Bu durum da uzman sağlık çalışanları ihtiyacını artırmaktadır. Bu açıdan sağlık kurumlarında sağlık hizmeti sunucularının stratejik yetenek yönetimi disiplinine uygun şekilde istihdam edilmesi bu kurumların rekabet gücünü artıracaktır.

Sağlık sektöründe yetenek yönetimi ile ilgili uygulamalar konusunda birtakım zorluklar bulunmaktadır. Bu sebeple, yetenekleri belirlemek ve geliştirmek için daha doğru ve daha etkili stratejiler belirlenmelidir (23). Sağlık kurumlarının günümüz sağlık piyasasında rekabetçi kalmak için yetenek planlama stratejilerini stratejik planlarına dâhil etmesi beklenmektedir (7).

Sonuç

Sağlık sektörünün dinamik ve değişken özelliği göz önüne alındığında, stratejik insan kaynakları tarafından desteklenen stratejik yetenek yönetimi süreci sağlık kurumlarının başarısında önemli rol oynayacaktır. Sağlık kurumlarında stratejik yetenek yönetimi sürecine uyumlu şekilde kilit pozisyonlar belirlenebilir ve örgütsel pozisyonlar örgütün sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmesine yönelik olarak oluşturulabilir.

Türkiye’de sağlık sektörü açısından stratejik yetenek yönetimi kavramı henüz çok yeni bir kavramdır. Sağlık kurumlarında iyi planlanmış stratejik yetenek yönetimi programları bulunmamaktadır. Bu programlar sağlık kurumlarında uygulama alanı buldukça ve sağlık alanında rekabet edebilirliğe katkı sağladıkça önemi daha fazla anlaşılacaktır.

Stratejik yetenek yönetimi bakış açısıyla kurumlarında stratejik yetenek yönetimi uygulamalarını yansıtmak isteyen sağlık yöneticileri rekabet, süreç, insan kaynakları planlama, gelişim, kültür ve değişim perspektifiyle bütün süreçleri gözden geçirerek stratejik yetenek yönetimini örgüt iklimine adapte etmelidirler. Örgüt içinde stratejik yetenekler eğitimler ve diğer teşviklerle daha fazla desteklenmelidir. Böylece yetenek yönetiminde benimsenecek stratejik yaklaşım desteğiyle sağlık kurumlarında hizmet sunumu ve hasta bakımındaki kalitenin artabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Ashton C, Morton L. Managing talent for competitive advantage: Taking a systemic approach to talent management. *Strategic HR Rev.* 2005;4(5):28-31.
2. Schiemann WA. From talent management to talent optimization. *J. World Bus.* 2014;49(2014):281-288.
3. Lewis RE, Heckman RJ. Talent management: A critical review. *Hum. Resour. Manag. Rev.* 2006;16(2006):139-154.
4. Davies B, Davies BJ. Talent management in academies. *IJEM.* 2010;24(5):418-426.
5. Taha VA, Gajdzik T, Zaid JA. Talent management in healthcare sector: Insight into the current implementation in Slovak organizations. *Eur Sci J.* 2015;1(Special Issue):89-99.
6. Iles P, Chuai X, Preece D. Talent management and HRM in multinational companies in Beijing: Definitions, differences and drivers. *J. World Bus.* 2010;45(2):179-189.
7. Taie ESMS. Talent management is the future challenge for healthcare managers for organizational success. *Am J Nurs.* 2015;1(1):18-27.
8. Ingram T, Glod W. Talent management in healthcare organizations-qualitative research results. *Proc Econ and Finance.* 2016;39(2016):339-346.
9. Jackson SE, Schuler RS. Human resource planning: Challenges for industrial/organizational psychologists. *Am Psychol.* 1990;45(2):223-239.
10. Sinha P, Sigamani P. Key challenges of human resources for health in India. *Global J of Med and PUB Health.* 2016;5(4):1-10.
11. Rappaport A, Bancroft E, Okum L. The aging workforce raises new talent management issues for employers. *J Organ Excel.* 2003;23(Winter):55-66.
12. Ogden G. Talent management in a time of cost management: leadership skills can help hospitals survive--and thrive--in a difficult economy. *Healthc Financ Manage.* 2010;64(3):80-84.
13. Fox S, Bunton S, Dandar V. The case for strategic talent management in academic medicine. *Acad Med.* 2011:3-8.
14. Ellis R. Key Healthcare Talent Management Objectives and Challenges [updated 2015; cited 2018 Nov 5]. Available from: <https://www.td.org/insights/key-healthcare-talent-management-objectives-and-challenges>.
15. Pickering D. The healthcare challenge: Implementing talent initiatives in a data-driven industry. *Hogan ASS SYS.* 2015:1-6.
16. Brightman B. Medical talent management: a model for physician deployment. *Leadersh Health Serv.* 2007;20(1):27-32.
17. Montgomery EG, Oladapo V. Talent management vulnerability in global healthcare value chains: A general systems theory perspective. *JBSQ.* 2014;5(4):173-189.
18. Nojedeh SH, Ardabili FS. An overview on talent management in nursing. *Man Issues in Healthcare System.* 2014;1(2014):4-17.
19. Collings DG, Mellahi K. Strategic talent management: A review and research agenda. *Hum. Resour. Manag. Rev.* 2009;19(4):304-313.
20. Devine M, Powell M. Talent management in the public sector. *The Ashridge Journal.* 2008;Autumn:1-6.
21. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 3. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara; 2012. s. 390.
22. Gibbons C. Where is the talent pipeline in healthcare? [updated 2017; cited 2018 Nov 2]. Available from: <https://www.odgersberndtson.com/en-at/insights/where-is-the-talent-pipeline-in-healthcare>
23. Groves KS. Talent management best practices: How exemplary health care organizations create value in a down economy. *Health Care Manage Rev.* 2011;36(3):227-240.