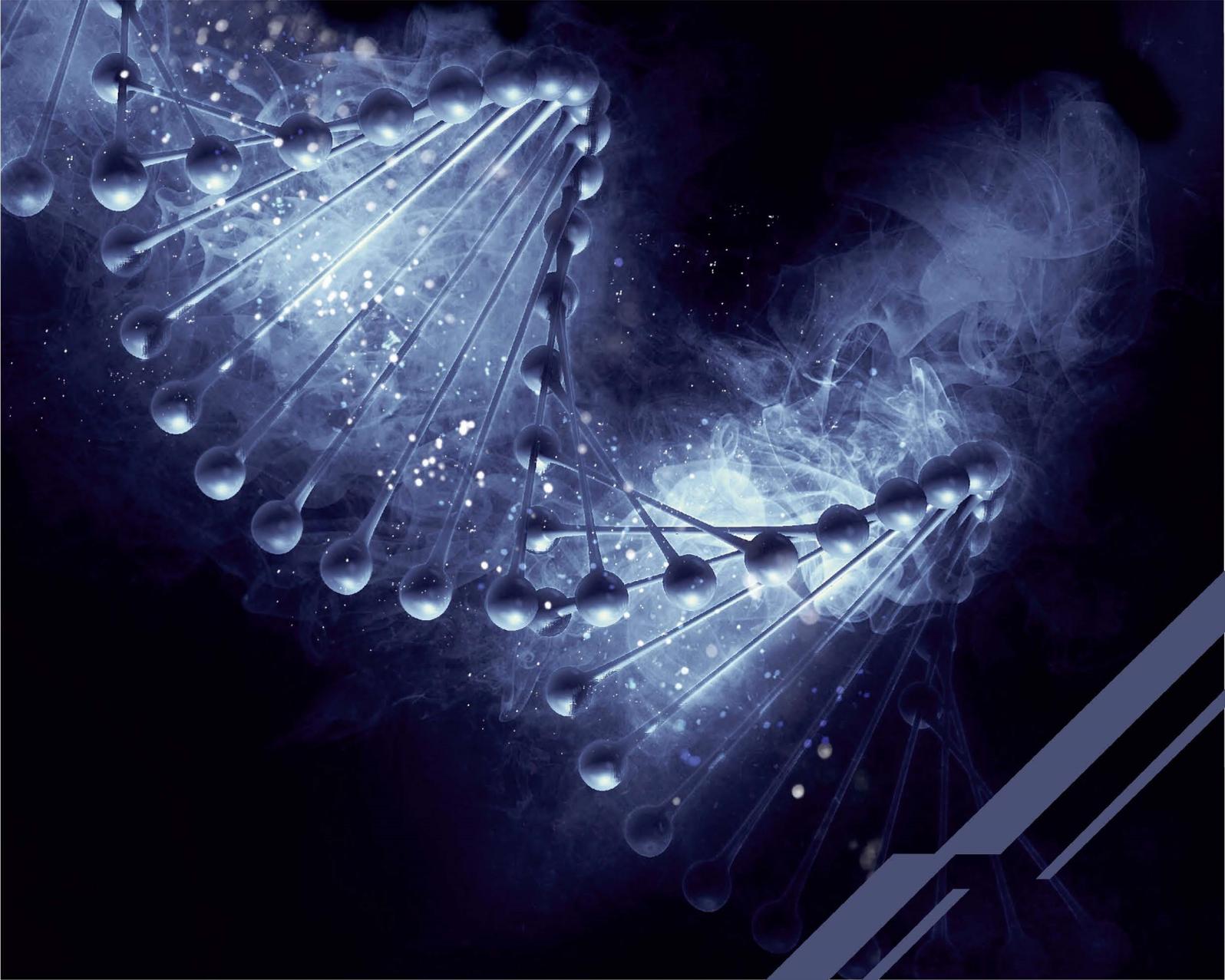


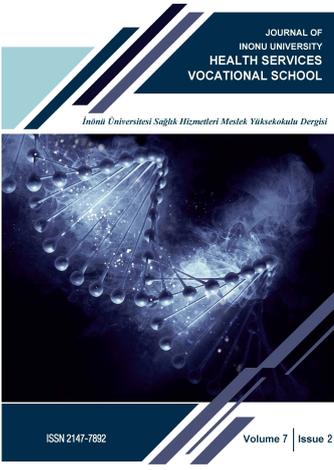
JOURNAL OF
INONU UNIVERSITY
HEALTH SERVICES
VOCATIONAL SCHOOL

İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi



ISSN 2147-7892

Volume 7 | Issue 2



Journal of Inonu University Health Services Vocational School

İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi

Elektronik Olarak Yayınlanan Ulusal ve Uluslararası Hakemli Dergi

Yıl: 2019 cilt 7, sayı 2

ISSN 2147-7892 | e-ISSN 2147-7892 | <http://dergipark.gov.tr/inonusaglik>

İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, orijinal araştırmaları, olgu sunumlarını, editöryal yorumları, editöre mektup ve derlemeleri yayınlayan bilimsel hakemli bir dergidir. Derginin resmi dili Türkçe ve İngilizce'dir. Dergiye gönderilen yazıların daha önce yayınlanmamış veya bir başka dergiye yayın için teslim edilmemiş olması gerekir. Yayınlanmak üzere kabul edilen her türlü yayın/telif hakkı dergimize aittir.

BAŞ EDITÖR

ZEHRA DENİZ ÇIRAK

ALAN EDITÖRLERİ

TURGAY KOLAÇ
PERİHAN GÜRBÜZ
GÜLSÜM YETİŞ
EMİNE ORUÇ

DERGİ EKİBİ

BETÜL KAPKIN İÇEN
MEHMET AKİF KAY
İBRAHİM DİKER

AKADEMİK DANIŞMA KURULU

[Octavio Roncero](#), CSIC, Madrid – Spain

[Piotr S. Żuchowski](#) Nicolaus Copernicus University, Torun - Poland

[Cecilia Coletti](#), Università di Chieti, Chieti - Italy

[Manuel Lara](#), UAM, Madrid - Spain

[Majdi Hochlaf](#), MSME Marne-la-Vallée, Paris – France

İsmail Ercan, University of Dammam, Saudi Arabia

Prof. Dr. Ali BEYTUR, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayşe AYDOĞDU, Gazi Üniversitesi Fen Fakültesi Fizik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayşehan AKINCI, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ahmet HARMA, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi-Tramvatooloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Dilek ASMA, İnönü Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Biyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Emel YİĞİT, İnönü Üniversitesi, Fen- Edebiyat Fakültesi, Biyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Emine ŞAMDANCI, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Erkan KARATAŞ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hakan PARLAKPINAR, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mahmut DURMUŞ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nigar VARDI, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Osman CELBİŞ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. Süheyla ÜNAL, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Süleyman SANDAL, İnönü Üniversitesi, Fiziyojoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Şengül YÜKSEL, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yıldırım AYDOĞDU, Gazi Üniversitesi Fen Fakültesi Fizik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Adile Ferda DAĞLI, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ali ÖZER, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Aynur BÜTÜN AYHAN, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü

Doç. Dr. Burcu TALU, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi FTR Bölümü

Doç. Dr. Cemil ÇOLAK, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Evren KÖSE, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı.

Doç. Dr. Fatih OĞUZ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Funda Budak, Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Gülden SINMAZIŞIK, Marmara Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Doç. Dr. Hakkı ULUTAŞ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim dalı

Doç. Dr. Hasan GÖKÇE, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mediha KÖK, Fırat Üniversitesi Fen Fakültesi Fizik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Meral ÖZKAN, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Meral YÜKSEL, Marmara Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Doç. Dr. Mehmet SAĞLAM, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü

Doç. Dr. Neslihan ŞİMŞEK, İnönü Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı

Doç. Dr. Nusret AÇIKGÖZ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Osman ÇİFTÇİ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Serap Titretir DURAN, İnönü Üniversitesi, Fen- Edebiyat Fakültesi, Kimya Anabilim Dalı

Doç. Dr. Yeşim Derya AKSOY, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Doç. Dr. Yusuf YAKUPOĞULLARI, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Zehra Deniz ÇIRAK, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Dr. Öğr. Üyesi. Ayşegül ULUTAŞ, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi. Ayşe Nur AKATLI, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi. Emriye Hilal YAYAN, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi. Nuran AKYURT, Marmara Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Dr. Öğr. Üyesi. Olcay KIZILASLAN, İnönü Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Biyomedikal Mühendisliği

Dr. Öğr. Üyesi. Turan YILDIZ, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi. Ülkü KARAMAN, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Parazitoloji Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi. Yeliz ÇETİNKOL, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

ANNELERİN KATKI MADDESİ KONAN GIDALAR HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Determination of Knowledge and Attitudes of Mothers on Additives Food.....125

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Sibel KÜÇÜKOĞLU, Semra KÖSE, Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR, Sevgi URUÇ

DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANIMI VE SAĞLIK ALGISININ İNCELENMESİ

Investigation of Women Usage of Family Planning Methods and Perceptions of Health in Postpartum Period.....137

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Yurdağül YAĞMUR, Fatma KESKİN

PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN ALTERNATİF/TAMAMLAYICI TEDAVİ YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Determination of Information Levels about Alternative / Complementary Treatment Methods of Pediatric Nurses.....147

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Emriye Hilal YAYAN, Yeliz SUNA DAĞ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN YEME TUTUMLARI VE BUNU ETKİYEN FAKTÖRLER

Eating Attitudes of Health Services Vocational School Students and Affecting157

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Alper Yusuf KÖROĞLU, Didem ÖNAY DERİN

İLK VE ACİL YARDIM PROGRAMI ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ UYGULAMALARI YAPMA VE YETERLİ HİSSETME DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Determination of the First and Emergency Aid Program Students' Occupational Practice Making Situations and Self-Sufficiency on These Issues170

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Perihan GÜRBÜZ, Gülsüm YETİŞ, Zehra Deniz ÇIRAK

THE DETERMINATION OF HEALTH SERVICES VOCATIONAL SCHOOL STUDENTS' KNOWLEDGE LEVELS ABOUT THE EFFECTS OF RADIATION ON HEALTH

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Radyasyonun Sağlık Üzerindeki Etkileri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi178

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Zehra Deniz ÇIRAK, Gülsüm YETİŞ, Perihan GÜRBÜZ, Turgay KOLAÇ

EBELERİN İŞE BAĞLI GERGİNLİKLERİ İLE ÇATIŞMA ÇÖZÜM STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Relationship between Midwifery Work Related Strain and Conflict Resolution Styles187

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Zeliha ÖZŞAHİN, Gülçin NACAR, Yeşim AKSOY DERYA

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARLA İLGİLİ TÜRKİYE'DE YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

Investigation of Childhood to Be Made in Emotional and Behavioral Problems with Graduate Thesis on Turkey196

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Mine AYANOĞLU, Ebru BOĞA, Mehmet Akif KAY, Ramazan İNCİ, Suna TARKOÇİN, Cihangir KAÇMAZ, Ahmet TEMİZ, Şahin GÖĞEBAKAN

ACUTE KIDNEY INJURY DUE TO CARDIOVASCULAR SURGERY

Kalp Damar Cerrahisine Bağlı Akut Böbrek Yaralanması211

(Review / Derleme Makalesi)

Mahmut PADAK, Reşat DİKME, Ömer GÖÇ

SAĞLIK DAVRANIŞLARININ DEĞİŞTİRİLMESİNDE TRANSTEORETİK MODEL KULLANIMI

The Use of Transteorethic Model in Changing Health Behaviors218

(Review / Derleme Makalesi)

Zeynep ÜNVER

ÜST ÇENEDE KESERLER BÖLGESİNDE BULUNAN SÜPERNÜMERERER DİŞİN TEŞHİSİ VE TEDAVİSİ

Diagnosis and Treatment of a Supernumer Tooth in the Upper Jaw Anterior Area229

(Case Report / Olgu Sunumu)

Derya Büşra YAKINCI

ANNELERİN KATKI MADDESİ KONAN GIDALAR HAKKINDA BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Determination of Knowledge and Attitudes of Mothers on Additives Food

Sibel KÜÇÜKOĞLU¹  Semra KÖSE²  Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR³  Sevgi URUÇ⁴ 

¹Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya

²Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Erzurum

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

⁴Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 07.05.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 08.07.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ÖZ

Çocuk sağlığının korunması, toplum sağlığının korunmasıyla ilişkilidir. Sağlıklı nesiller yetiştirmede önemli faktörlerden biri doğal beslenmedir. Gıda katkılarının zararlarından özelde çocuk, genelde toplum sağlığının korunması için annelerin bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi gerekir. Bu nedenle çalışmada annelerin gıda katkıları konusundaki bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma, Malatya'da özel bir tıp Merkezinin, çocuk polikliniğinde Temmuz–Kasım 2014 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak geliştirildi. Araştırmanın evrenini 1-12 yaş arasında çocuğu olan ve çocuk polikliniğe başvuran anneler oluşturdu. Araştırmada örneklem yöntemine gidilmeden belirtilen tarihler arasında Tıp Merkezi'ne çeşitli nedenler ile başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden anneler (n=405) ile çalışma tamamlandı. Araştırma verilerinin toplanmasında 'Kişisel Bilgi Formu', 'Gıda Katkıları Bilgi ve Davranışa Yönelik Tutum Ölçeği (GKBDTÖ)' kullanıldı. Verilerin analizinde yüzdeler, bağımsız gruplarda t testi, One-Way Anova testi, Cronbach alfa katsayısı hesaplaması kullanıldı.

Araştırmada, annelerin GKBDTÖ toplam puan ortalamasının 44.52±8.79 olduğu, ölçeğin alt boyutlarından bilgiye yönelik tutum puan ortalamasının 14.68±3.84, davranışa yönelik tutum puan ortalamasının ise 29.83±5.89 olduğu bulundu. Annelerin tanıtıcı özelliklerinden; eğitim düzeyi ve ekonomik durumun GKBDTÖ ve alt boyutları puan ortalaması üzerine etkili olduğu bulundu (p<0.05).

Çalışmada annelerin GKBDTÖ puan ortalamalarının ortalama değerin üzerinde olduğu ve bazı tanımlayıcı özelliklerin annelerin tutumları üzerinde etkili olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, ebeveyn, gıda katkıları, tutum

ABSTRACT

Children's health protection is associated with the health protection of community. One of the important factors in raising healthy generations is natural nutrition. It is necessary to determine knowledge and attitudes of mothers about food additives in order to protect children's health specifically and community health in general. Therefore, the study aims to determine the knowledge and attitudes of the mothers about food additives.

The descriptive study was carried out in pediatrics polyclinic of private medical center in the province of Malatya, Turkey, between July-November 2014. The study population consisted of mothers who had children in the 1-12 age group, admitted to pediatric polyclinic. The whole study population was studied without any sampling (n=405). 'Personal Information Form', 'Attitudes Towards Food Additives Knowledge and Behaviors Scale' (ATFAKBS) were used for collecting research data. In the analysis of data, percentage values, t-test, One-Way ANOVA, Cronbach's alpha coefficient were used. In the study, it was found that average attitude score for knowledge was 14.68±3.84, the average attitude score for the behavior was 29.83±5.89, the total score average was 44.52±8.79, the maternal educational level and economic status were effective on the total ATFAKBS, sub-scale scores. In the comparison of mean ATFAKBS scores and some additives considered harmful by the mothers due to food additives, it was found that the difference between the groups was statistically significant, that children's feeding from the school cafeteria affected attitudes towards knowledge, that feeding from the school canteen had an effect on the attitude towards knowledge and behavior as well as the total ATFAKBS score (p<0.05).

In the study, it was determined that mothers' mean scores were higher than the mean value and some descriptive features were effective on the attitudes of mothers.

Keywords: Children, parent, food additives, attitude

Semra KÖSE ✉, semraak_88@hotmail.com
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Erzurum

GİRİŞ

Gıda katkı maddeleri Türk Gıda Kodeksi Mevzuatında; “Tek başına gıda olarak tüketilmeyen, besleyici değeri olan ya da olmayan, ham gıda veya yardımcı gıda maddesi olarak kullanılmayan, işlem veya imalat sırasında kalıntı veya türevleri mamul maddede bulunabilen, gıdanın üretilmesi, işlenmesi, hazırlanması, ambalajlanması, taşınması, depolanması sırasında gıda maddesinin tat, koku, görünüş, yapı ve diğer hususiyetlerini korumak, düzeltmek veya istenmeyen değişikliklere engel olmak amacıyla kullanılan madde” olarak tanımlanmıştır (Karteppe & Ekerbiçer, 2017). Ancak gıdaların besin değerini artırmak ya da hile amacıyla gıdalara katılan bu tür maddeler bu gruba girmemektedir (Çalışır & Çalışkan, 2003). Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere yaklaşık son 30 yıldır, yiyecek maddelerinde kullanılan katkı maddelerinde yükselme vardır. Birçoğu aroma/lezzetlendirici gibi maddeler olmak üzere toplam altı bin civarında katkı maddesi bulunmaktadır. Katkı maddesi terimi Latince karşılığı olan “addere” yani “katmak” kelimesinden türetilmiştir (Yörük & Danyer, 2016).

Besinler; insanlar ve hayvanlar tarafından büyümek, yaşamı devam ettirmek, sağlığı geliştirerek daha iyi duruma getirmek ve lezzet almak amaçlı işlenen, formüle edilen ve tüketilen materyallerdir. Bu gereksinim olan besinlerin tercihi ve kullanım şekilleri kişilerin değişen yaşam koşullarına ve standartlarına uyum sağlamakta, değişkenlik ve çeşitlilik göstermektedir (Rahman, 2006). Günümüz yaşam koşullarında; insanların toplu halde yaşamlarını devam ettirmeleri ile birlikte gıdaların korunması amacıyla güvenilir yöntemlerin kullanılmasının önemi ve gereksinimi ortaya çıkmıştır (Karteppe & Ekerbiçer, 2017). Gelişen teknolojinin getirdiği üretim teknikleri ve tüketici beğenisinin çeşitlilik kazanması sonucunda, gıda katkı maddeleri besin endüstrisinde kullanılması her geçen gün artmaktadır (Çalışır & Çalışkan, 2003). Bu önem ve gereksinimden dolayı gıda katkı maddelerinin bir takım kullanılma amaçları vardır. Bunlar: besinin kalitesinin ve sağlamlılığının devamını sağlamak ve ziyan olmasını önlemek, besinlerin bileşimindeki besin öğelerinin kaybını önlemek, besin değerini artırmak, besinin dış görünüşünü güzelleştirmek, onlara renk vererek şeklini düzeltmek, besinin lezzet, tat ve kokusunun daha hoş bir duruma gelmesini sağlamaktır (Çalışır & Çalışkan 2003; Özkaya, 2004).

Tarımsal alanda gıda üretim uygulamalarında yapılan değişiklikler, dayanıksız gıdaların diyetle fazlaca bulunması, gelişmiş dağıtım sistemlerindeki kontaminasyon olasılığının artması, günümüz yaşam koşullarından dolayı kolay ve pratik gıdalara eğilim gibi nedenler gıdaların muhafaza tekniklerinin gelişmesini zorunlu hale getirmiştir (Topuzoğlu, Hıdıroğlu, Ay, Özsüz & İkişik, 2007). Gıda teknolojisi, ilk olarak bireylerin kişisel ihtiyaçlarını

karşılama yönünde ve dolayısıyla da aile için yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır. İlerleyen zamanlarda ise, ticari maksada yönelmiş yeni gıda ürünleri ve teknolojileri gelişmiştir. Bu sebeple, günümüzde yapılan üretim teknikleri ile gıda sektöründe verim artışı kayıpların en aza indirilmesi, ürünlerin dayanma sürelerinin arttırılması, ürün kalitesinin arttırılması ve standartlara uygun hale getirilmesi, değişik formüllere sahip yeni gıdaların üretilmesi gibi uygulamalar kullanılmaktadır (Kartepe & Ekerbiçer, 2017). Gıda katkı maddeleri, gıdalarda bulunan kimyasal maddelere arasında en çok denetlenen gruptur. Çünkü toplumdaki her birey doğumdan ölüme kadar tükettiği, bilerek veya bilmeyerek herhangi bir besinle gıda katkı maddesine maruz kalabilmektedir (Cebioğlu & Önal, 2018).

Gıda katkı maddelerinin kontrollü kullanılmadığı zaman insan sağlığı üzerine olan olumsuz etkileri olmaktadır (Yörük & Danyer, 2016). Toplumda katkı maddeleri konusunda birçok görüş vardır. Katkı maddelerinin sağlığı olumsuz yönde etkilediği özellikle kanserojen etkileri olduğu konusunda araştırmaların olduğu bilinmektedir. Bu zararlı yönlerinin aksine gıda katkı maddelerinin kullanımındaki asıl amaç gıdaların kimyasal, fiziksel ve mikrobiyolojik özelliklerini iyileştirerek veya koruyarak; insan sağlığını korumak ve devamını sağlamak olmalıdır (Kaya, 2011). Günümüzde gelişen ekonomiye ve teknolojiye paralel olarak hazır gıda tüketimi ve hazır gıda üretimi artmaktadır. Bu üretim artışının yanında her zaman kalitede artış olmamaktadır. Toplu gıda tüketiminin artması sebebiyle de hijyenik koşullarda oluşan bir aksaklık tüm topluluğu etkileyebilmektedir. Tüm bu oluşan nedenlerden dolayı gıda kaynaklı hastalıklar tüm dünyada büyüyen bir halk sağlığı sorunu olabilmektedir (Etiler, 2001).

Gelirin ve nüfusun artması, eğitim seviyesinin artması, yaşam standartlarının yükselmesi, sosyal ve kültürel değişimler, ürünlerin çeşitli hale gelmesi ve farklılaşması, annenin çalışma hayatına katılmasının giderek artması, geleneksel aile tanımının ve yapısının değişmesi, iletişim olanaklarının artması, perakendeciliğin gelişmesi, ulaşım olanaklarının artması ve ulusal pazar sınırlarının kalkması, hazır gıda tüketme alışkanlığını yaygınlaştırmıştır (Topuzoğlu vd., 2007).

Çocuk sağlığının korunması, toplum sağlığının korunmasıyla yakından ilgilidir. Çünkü erişkin dönemde fiziksel ve ruhsal sağlık, çocuktaki büyüme ve gelişme sürecinin sağlıklı geçirilmesine bağlıdır. Sağlıklı çocuklar ise ileride sağlıklı toplum demektir. Bu nedenle çocuk sağlığının korunması sağlıklı toplum için önemli bir yatırımdır (Hacıalioğlu, 2009). Ülkemizde çocuk bakımı ve yetiştirilmesinden birinci derecede sorumluluk sahibi olan kişi annedir. Bu nedenle gıda katkılarının zararlarından özelde çocuk, genelde toplum sağlığının korunması için annelerinin gıda katkıları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının

belirlenmesi gerekir. Böylece belirlenen sonuçlar doğrultusunda annelerin eğitimleri ve davranış değişiklikleri sağlanabilir (Erci & Erişik, 2017). Konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Erci & Erişik, 2017; Gül, Akbay, Dölekoğlu, Özal & Akbay, 2003). Araştırma, 1-12 yaş arası çocuğu olan annelerin gıda katkıları konusunda bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma, Malatya'da bir tıp merkezinin çocuk polikliniğinde Temmuz-Kasım 2014 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmada örneklem yöntemine gidilmeden evrenin tümü örnekleme dahil edilmiş olup belirtilen tarihlerde polikliniğe başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 405 anne ile çalışma tamamlandı.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verileri literatürden elde edilen "Kişisel Bilgi Formu" ve "Gıda Katkıları Bilgi ve Davranışa Yönelik Tutum Ölçeği (GKBDTÖ)" ile elde edildi.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan form; annelerin tanıtıcı bilgileri, hangi besinlerin katkılı gıda olduğu, gıda katkıları konusunda bilgi aldıkları kaynağı, çocuğu okula giden annelerin çocuklarının okulda ne ile beslendikleri ve bu besinleri ne kadar tükettiklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşturuldu.

Gıda Katkıları Bilgi ve Davranışa Yönelik Tutum Ölçeği (GKBDTÖ): Ölçek 1-12 yaş arasında çocuğu olan annelerin gıda katkıları konusundaki bilgi ve davranışlarına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Erişik ve Erci tarafından geliştirilmiştir. 21 maddeden oluşan ve likert tipi "katılmıyorum=1", "kısmen katılıyorum=2", "tamamen katılıyorum=3", "fikrim yok=0" şeklindedir. Değerlendirmede 13. Madde ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme bilgi ve tutumun yüksek olduğunu gösterir. GKBDTÖ'nin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı Erci ve Erişik tarafından incelenmiş olup Davranışa Yönelik alt ölçek 0.64, Bilgiye Yönelik tutum alt ölçeği için 0.70 olarak bulunmuştur (Erci & Erişik, 2017). Bu çalışmada ise Davranışa Yönelik alt ölçek 0.77, Bilgiye Yönelik tutum alt ölçeği için 0.78, GKBDTÖ için 0.85 olarak tespit edildi.

Verilerin Toplanması: Veriler belirlenen poliklinikte, çocukların boy ve kilo takibinin yapıldığı odada anneler ile yüz yüze görüşülerek toplandı. Verilerin toplandığı odanın fiziki koşulları annenin dikkatini dağıtabilecek sesli ve görsel uyaranlar (radyo, tv, telefon gibi) kapalı konumda tutulması ile verilerin toplanma süreci ortalama 15-20 dk sürdü.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan etik kurul kararı ile Sağlık İl Müdürlüğünden resmi izinler alındı. Araştırmaya katılan annelere çalışmanın amacı, süresi, araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak onamları alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS 18 paket programı kullanılarak yüzdeler dağılım ve ortalama, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, Anova testi ile Cronbach alfa katsayı hesaplaması yapıldı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Günümüzde dünya nüfusunun hızla artmasına bağlı olarak artan gıda ihtiyacı, gıda üreten işletmelerin yeterli hijyenik ve teknolojik koşullara uygun olmaması, gıda denetimleri konusunda yasal ya da uygulamaya yönelik yetersizlikler; gıdaların sağlıksız olarak, yeterli önlemler alınmadan tüketiciye sunulması soruna yol açmaktadır. Tüketicilerin sağlıklı gıdalara ulaşabilmesi ve bu şekilde toplum sağlığının korunabilmesi, gıdaların üretim ve pazarlama aşamalarında hijyen kurallarına eksiksiz uyulması ile doğrudan ilişkilidir (Alpuğuz, Erkoç, Mutluer & Selvi, 2009).

Tablo 1. Ailelerin tanıtıcı özelliklerinin ve katkılı gıdalara yönelik bilgi düzeylerinin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	N	%
Yaş		
20-30 yaş arası	128	31.6
31-34 yaş arası	98	24.2
35-39 yaş arası	108	26.7
40 yaş ve üstü	71	17.5
Eğitim düzeyi		
İlkokul	106	26.2
Ortaokul	54	13.3
Lise	98	24.2
Üniversite	135	33.3
Yüksek lisans ve üstü	12	3.0
Aile Tipi		
Çekirdek	316	78.0
Geniş	82	20.2
Tek ebeveyn	7	1.7
Ekonomik durum algısı		
İyi	96	23.7
Orta	281	69.4
Kötü	28	6.9
Çocuk sayısı		
1	103	25.4
2	176	43.5
3	81	20.0
4 ve üzeri	45	11.1
1-12 yaş arası çocuk sayısı		
1-2	344	84.9

3-4	56	13.8
5 ve üzeri	5	1.2
Anneler gıda katkıları hakkında bilgi aldı mı?		
Evet	200	49.4
Hayır	205	50.6
Annelerin bilgi edindikleri kaynak*		
Okul	34	7.47
İnternet	115	25.27
Kitap	83	18.24
Tv	129	28.35
Sağlık personeli	67	14.72
Diğer	27	5.93
Katkılı gıdalar sizce zararlı mıdır?		
Evet	336	83.0
Miktarı az olursa değildir	46	11.4
Hayır	3	0.7
Bilmiyorum	20	4.9
Çocuğunuz okulda ne ile besleniyor?		
Fastfood	11	3.06
Ambalajlı gıdalar	19	5.29
Okul yemekhanesinde	55	15.32
Beslenme çantası	209	58.21
Okul kantini	65	18.10

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin %31.6'sı 20-30 yaş arasında olduğu, %33.3'ünün üniversite mezunu olduğu, %78'inin çekirdek aile tipinde yaşadığı, %69.4'ünün ekonomik durumlarını orta olarak ifade ettiği, %43.5'inin iki çocuğunun olduğu ve %84.9'nun 1-12 yaş arası bir veya iki çocuğa sahip olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan annelerin %49.4'ü gıda katkıları hakkında bilgi aldığını, bilgi alan annelerin bu bilgiyi en fazla (%28.35) televizyon ve (%25.27) internetten edindiğini, katkılı gıdaların zararlı olup olmadığı sorulduğunda %83'ünün zararlı olduğunu ifade ettiği, çocukların okulda ne ile beslendiği incelendiğinde ise annelerinin hazırladığı (%58.21) beslenme çantasındaki yiyecekler ilk sırada yer aldığı bulundu (Tablo 1).

Gıda Katkıları Bilgi ve Davranışa Yönelik Tutum Ölçeği alt boyutları incelenmiş olup, bilgiye yönelik tutum puanı ortalaması 14.68 ± 3.84 , davranışa yönelik tutum puanı ortalaması 29.83 ± 5.89 , GKBDTÖ'nin toplam puan ortalaması 44.52 ± 8.79 olarak bulundu. Gıda katkı maddeleri insanların doğumdan ölüme kadar bilerek ya da bilmeyerek maruz kaldıkları kimyasallardır. Günümüzde katkı maddesi kullanılmadan hazırlanan bir gıda bulmak neredeyse imkânsız hale gelmiştir. Katkı maddeleri besinlerin olumlu özelliklerini geliştirerek insan sağlığına olası olumsuz etkilerini azaltmak amaçlı kullanılmaktadır (Cebioğlu & Önal, 2018). Güvenli gıda üretim ve tüketiminin sağlanmasında sağlık için zararlı olabilecek bazı gıda katkılarının kontrollü bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Gıda katkılarına en çok çocuklar maruz kaldıklarından ve çok önemli bir oranını çocuklar tükettiklerinden dolayı annelerin katkı maddesi içeren gıdalar konusunda bilinçli bir tutum ve davranış geliştirmeleri

gerekmektedir. Çalışmada annelerin GKBDTÖ puan ortalamalarının ortalama değerin üzerinde olduğu belirlendi. Bu durum annelerin temel seviyede gıda katkıları konusunda bilgi sahibi olduğunu göstermekle birlikte geliştirilmesi gerektiğini de ortaya koymaktadır.

Tablo 2. Annelerin tanıtıcı özellikleri ile GKBDTÖ puan ortalamasının karşılaştırılması

Annelerin Tanıtıcı Özellikleri	Bilgiye Tutum	Yönelik Tutum	Davranışa Yönelik Tutum	GKBDTÖ
Yaş	20-30 yaş arası	14.10±4.13	28.72±6.17	42.82±9.26
	31-34 yaş arası	15.42±3.32	30.43±5.60	45.86±8.13
	35-39 yaş arası	14.80±3.94	30.11±5.69	44.91±8.72
	40 yaş ve üstü	14.54±3.72	30.60±5.90	45.15±8.57
	T ve P değeri	F=2.284 p=.078	F=2.358 p=.071	F=2.574 p=.054
Eğitim	İlkokul	13.31±4.29	28.79±6.54	42.10±9.73
	Ortaokul	12.66±3.81	26.35±6.40	39.01±9.09
	Lise	14.77±3.70	30.12±5.63	44.89±8.57
	Üniversite	16.48±2.67	31.92±4.37	48.40±5.92
	Yüksek lisans ve üstü	15.08±3.23	29.00±5.64	44.08±8.26
T ve P değeri	F=16.758 p=.000	F=10.874 p=.000	F=16.016 p=.000	
Aile Tipi	Çekirdek	14.76±3.80	29.98±5.90	44.75±8.82
	Geniş	14.31±4.03	29.42±5.99	43.74±8.83
	Tek ebeveyn	15.42±3.69	28.14±4.14	43.57±6.82
	T ve P değeri	F=.579 p=.561	F=.585 p=.585	F=.470 p=.625
Ekonomik Durum	İyi	15.87±3.61	31.31±5.04	47.18±7.67
	Orta	14.50±3.78	29.74±5.78	44.24±8.57
	Kötü	12.46±4.09	25.78±7.67	38.25±10.91
	T ve P değeri	F=9.987 p=.000	F=10.091 p=.000	F=12.335 p=.000

Annelerin tanıtıcı özellikleri ile GKBDTÖ puan ortalamaları Tablo 2'de karşılaştırıldı. Annelerin yaş ve aile tipi ile GKBDTÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), annenin eğitim düzeyi ve ailenin ekonomik durumu ile GKBDTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$). Çalışmada üniversite mezunu olan annelerin diğer eğitim düzeyi gruplarına göre GKBDTÖ toplam ve alt puan ortalamalarının etkili olduğu görülmüştür. Erci ve Erişik (2017), 1-12 yaş arası çocuğu olan annelerin çocuk beslenmesi ve gıda katkıları konusunda bilgi ve davranışa yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan annelerin GKBDTÖ puanlarını daha düşük bulmuştur (Erci & Erişik, 2017). Alpuğuz, Erkoç, Mutluer ve Selvi'nin yaptığı bir araştırmada (2009) ortaöğretim ve yükseköğretim düzeyindeki tüketicilerin, çoğunlukla gıda satın alırken gıda güvenliğine ve içeriğine dikkat ettiklerini bildirmiştir (Alpuğuz vd., 2009). Unusan ise Türkiye'de yaptığı evde gıda güvenliği bilgisi ve uygulamaları konusundaki araştırmasında; eğitim seviyesinin artması ile gıda güvenliğine yönelik bilgilerin arttığı saptanmıştır (Unusan, 2007). Literatür doğrultusunda; eğitim düzeyi

artıkça gıda katkıları konusunda bilgi düzeyinin artması ve bunun davranışlara yansımaları olası bir sonuçtur. Çalışmada annelerin ekonomik durumlarına göre GKBDTÖ toplam ve alt puan ortalamaları karşılaştırıldığında, GKBDTÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının maddi durumunu iyi olarak belirten grupta diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Genel olarak ailelerin ekonomik durumu ile eğitim seviyeleri arasındaki ilişkinin doğru orantılı olduğu düşünüldüğünde ekonomik durumu iyi olan annelerin gıda katkıları konusunda daha dikkatli davrandıkları söylenebilir. Ayrıca gıda tüketim çalışmalarında sosyoekonomik durum önemli bir belirleyici olarak kabul edilmesine ve hanenin gelir düzeyi artıkça ev dışı gıdaların alım oranlarının artmasına neden olsa da eğitim seviyesinin yükselmesi bu ailelerde katkılı gıdaları tüketmeme yönünde bir bilinç oluşturmuş olabilir.

Tablo 3. Annelerin katkılı gıdalar hakkındaki görüşleri ile GKBDTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Bilgiye tutum	yönelik Davranışa tutum	yönelik GKBDTÖ
Katkılı Gıdalar Zararlı mıdır?	Evet	15.20±3.62	30.58±5.37	45.78±7.96
	Miktarı az olursa değildir	13.50±3.50	28.30±6.44	41.80±9.19
	Hayır	11.66±2.30	27.33±6.42	39.00±5.29
	Bilmiyorum	9.00±3.10	21.30±5.84	30.50±8.04
	Test ve p	F=20.183 p=.000	F=19.283 p=.000	F=24.888 p=.000
Katkılı gıdalar hakkında bilgi aldınız mı?	Evet	15.76±3.59	30.89±5.51	46.65±8.13
	Hayır	13.62±3.79	28.80±6.09	42.43±8.93
	Test ve p	t=5.794 p=.000	t=3.602 p=.000	t=4.958 p=.000
Fastfoodda gıda katkısı bulunur mu?	Evet	15.29±3.53	30.76±4.15	46.06±7.56
	Hayır	12.48±4.15	26.45± 5.01	38.94±10.60
	Test ve p	t=6.320 p=.000	t=6.318 p=.000	t=7.084 p=.000
Ambalajlı üründe gıda katkısı bulunur mu?	Evet	15.06±3.67	30.30±5.46	45.36±8.22
	Hayır	13.71±4.11	28.62±6.77	42.33±9.82
	Test ve p	t=3.187 p=.002	t=2.581 p=.010	t=3.132 p=.002
Ketçap mayonez vb hazır soslarda gıda katkısı bulunur mu?	Evet	15.18±3.59	30.59±5.16	45.78±7.75
	Hayır	12.63±4.19	26.70±7.51	39.34±10.77
	Test ve p	t=5.481 p=.000	t=5.444 p=.000	t=6.102 p=.000
Gazlı içeceklerde gıda katkısı bulunur mu?	Evet	15.10±3.63	30.41±5.41	45.52±8.04
	Hayır	12.60±4.21	27.00±7.24	39.60±10.57
	Test ve p	t=5.047 p=.000	t=4.455 p=.000	t=5.228 p=.000
Şekerleme, çikolata vb ürünlerde gıda katkısı bulunur mu?	Evet	14.93±3.77	30.12± 5.79	45.05±8.63
	Hayır	13.54±3.98	28.54±6.19	42.08±12.08
	Test ve p	t=2.814 p=.005	t=2.068 p=.039	t=2.622 p=.009

Annelerin katkılı gıdalar ile ilgili görüşleri ile GKBDTÖ puan ortalamaları Tablo 3'te karşılaştırıldı. Annelerin katkılı gıdaların zararlı olup olmadığına yönelik görüşlerinin bilgiye yönelik tutum, davranışa yönelik tutum ve GKBDTÖ'nin toplam puanları üzerine etkili olduğu bulundu ($p<0.05$). Katkılı gıdalar hakkında bilgi alan annelerin GKBDTÖ toplam puan ortalaması daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0.05$). Annelerin gıda katkıları yüzünden zararlı olarak gördüğü gıdalar (fastfood, ambalajlı ürünler, hazır soslar, gazlı içecekler, şekerleme ve çikolatalar) ile GKBDTÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmada annelerin katkılı gıdaların zararlı olup olmadığı ile ilgili görüşleri incelendiğinde, annelerin genel olarak fastfood, ambalajlı gıdalar, ketçap-mayonez tarzı soslar, gazlı içecekler ve şeker çikolata tarzı yiyeceklerin zararlı katkı maddelerini içerdiğini düşündükleri saptanmıştır (Tablo 3). Sezek, Kaya ve Doğan'ın yaptığı bir çalışmada (2008) katkılı besinlerin sağlığa zararlı olduğuna inananların yüzdesi daha yüksektir (Sezek, Kaya & Doğan, 2008). Aynı şekilde Erci ve Erişik'in yaptığı çalışmada (2017), bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde annelerin gıda katkıları yüzünden zararlı olarak gördüğü gıdalara göre davranışa yönelik tutum ve GKBDTÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (Erci & Erişik, 2017). Aksulu'nun (Aksulu, 2001) ve Yurttagül ve Ayaz yaptığı çalışmalarda (2008) da katılımcıların katkılı ve koruyucu maddeleri ciddi bir tehlike olarak gördükleri ve tümüyle sağlığa zararlı olduğunu düşündükleri saptanmıştır (Yurttagül & Ayaz, 2008). Shim ve ark'ın yaptığı bir çalışmada (2011) ise tüketiciler renklendirici, yapay tatlandırıcılar ve koruyucular, lezzet artırıcılar ve işlenmiş gıdaların fazla miktarda gıda katılı maddeye sahip oldukları ortaya çıkmıştır (Shim vd., 2011). Çalışma bulguları literatürü destekler niteliktedir.

Katkılı gıdalar hakkında bilgi alan annelerin almayan annelere göre GKBDTÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Ayrıca anneler bu bilgiye internet, kitap, televizyon ve sağlık personeli vasıtasıyla ulaştıklarını belirtmişlerdir. Shim ve ark.nın yaptığı çalışmada (2011) ise tüketiciler gıda katkıları bilgilerini genellikle tv ve gazeteden öğrendiklerini belirtmişlerdir (Shim vd., 2011). Kim, Na & Kim çalışmasında (2007) ise katılımcıların büyük çoğunluğunun tv, gazete ve radyodan bilgi edindiklerini belirtmişlerdir (Kim, Na & Kim, 2007). Katkılı gıdalar konusunda eğitim alan annelerin çocuğunun sağlıklı beslenmesi konusunda duyarlılığının arttığı söylenebilir.

Tablo 4. Çocukların okul/anaokulu/kreşte beslenme şekilleri ile GKBDTÖ'nin karşılaştırılması

Beslenme Şekilleri	Bilgiye Tutum	Yönelik	Davranışa Tutum	Yönelik	GKBDTÖ
--------------------	---------------	---------	-----------------	---------	--------

Okul Yemekhanesi	Evet	15.65±3.43	30.67±5.19	46.32±7.78
	Hayır	14.53±3.89	29.70±5.99	44.24±8.91
	Test ve p	t=2.010 p=.045	t=1.251 p=.260	t=1.636 p=.103
Beslenme Çantası	Evet	14.73±3.86	30.30±5.84	45.03±8.71
	Hayır	14.63±3.83	29.34±5.91	43.98±8.85
	Test ve p	t=.771 p=.796	t=1.636 p=.104	t=1.206 p=.228
Okul Kantini	Evet	13.70±4.03	28.67±6.50	42.38±9.74
	Hayır	14.86±3.78	30.04±5.75	44.90±8.54
	Test ve p	t= -2.232 p=.026	t= -1.717 p=.087	t= -2.131 p=.034
Fastfood	Evet	11.90±2.54	29.45±6.43	45.36±8.42
	Hayır	14.65±3.87	29.85±5.88	44.50±8.80
	Test ve p	t= 1.067 p=.287	t=-.219 p=.827	t=.319 p=.750

Tablo 4'te çocukların okul/anaokulu/kreşteki beslenme şekilleri ile GKBDTÖ ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldı. Çocuğun okul yemekhanesinden yemek yemesi ve okul kantinini kullanması bilgiye yönelik tutum alt boyutunda ve aynı şekilde okul kantinini kullanması GKBDTÖ'in toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < 0.05$) diğer alanlarda anlamlı fark tespit edilmedi ($p > 0.05$). Çocuğu okula giden annelerin çocuklarının okuldaki beslenme şekilleriyle GKBDT ölçeği ve alt ölçekleri karşılaştırılmış ve çocuğu okuldayken yemekhaneden beslenen annelerin bilgiye yönelik tutum puan ortalaması daha yüksek iken, çocuğu okul kantinininden beslenen annelerin bilgi, davranış ve GKBDTÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Ülkemizdeki devlet okullarında yemek çıkmaması yaygın bir uygulamadır. Okulda yemek çıkaran okulların ise büyük bir çoğunluğunu özel okulların oluşturduğu bilinmektedir. Çocuğunu özel okula gönderen ebeveynlerin genellikle ekonomik durumu iyi olan ve çalışan ebeveynlerden oluştuğu göz önüne alındığında bu ebeveynlerin çocuğunun yediği yiyeceklere karşı daha bilinçli yaklaşma eğiliminde olması beklenir bir durum olarak düşünülebilir. Ayrıca kantinde karın doyurmak zorunda kalan veya bunu tercih eden çocuklarda yanlış beslenme alışkanlıkları gelişebildiği için anneler çocuklarının yemekhaneden yemek yemesinin kantine göre daha sağlıklı olduğunu düşünmüş olabilirler.

Tablo 5. Annelerin katkılı gıdalar hakkında bilgi aldıkları yer ile GKBDTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Katkılı Gıdalar Aldıkları Yer	Bilgi	Bilgiye Yönelik Tutum	Davranışa Yönelik Tutum	GKBDTÖ
Okul	Evet	15.38±4.23	30.76±5.96	46.14±9.62
	Hayır	14.60±3.80	29.75±5.89	44.36±8.71
	Test ve p	t=1.126 p=.261	t=.953 p=.341	t=1.131 p=.259
İnternet	Evet	16.46±3.26	32.03±4.41	48.50±6.76
	Hayır	13.98±3.83	28.96±6.18	42.95±9.01

	Test ve p	t=6.124 p=.000	t=4.849 p=.000	t=5.973 p=.000
Kitap	Evet	16.53±3.07	31.13±4.97	47.66±7.37
	Hayır	14.21±3.88	29.50±6.07	43.72±8.95
	Test ve p	t=5.035 p=.000	t=2.252 p=.025	t=3.700 p=.000
Televizyon	Evet	15.55±3.74	30.88±5.44	46.44±8.29
	Hayır	14.28±3.83	29.35±6.04	43.63±8.88
	Test ve p	t=3.142 p=.002	t=2.452 p=.015	t=3.025 p=.003
Sağlık Personeli	Evet	16.20±3.38	31.44±5.40	47.65±8.01
	Hayır	14.38±3.86	29.52±5.94	43.90±8.81
	Test ve p	t=3.592 p=.000	t=2.460 p=.014	t=3.226 p=.001

Annelerin katkılı gıdalar hakkında bilgiyi nereden aldıkları ile GKBDTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bilgiyi okuldan alanlar dışında tüm gruplarda GKBDTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.005$, Tablo 5). Annelerin gıda katkıları konusunda bilgiyi aldıkları yer grupları karşılaştırıldığında internetin diğer gruplara göre GKBDTÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olması internetten bilgilere ulaşımın daha kolay olması, internet bağlantılı akıllı telefonların yaygınlaşması, annelerin bilgiye daha kolay ve istedikleri zaman ulaşabilmelerinden kaynaklanmış olabilir (Tablo 5). Erci ve Erişik'in çalışmasında (2017) annelerin bilgiyi sağlık personeli grubundan aldıkları saptanmış olup çalışmamızla farklılık göstermektedir (Erci & Erişik, 2017).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda; annelerin eğitim düzeyi ve ailenin ekonomik durumunun GKBDTÖ ve alt boyutları puan ortalaması üzerine etkili olduğu, annelere katkılı gıdaların zararlı olup olmadığına yönelik görüşlerinin bilgiye yönelik tutum, davranışa yönelik tutum ve GKBDTÖ'nin toplam puanları üzerine etkili olduğu, annelerin gıda katkıları yüzünden zararlı olarak gördüğü gıdalar ile GKBDTÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, çocuğun okul yemekhanesinden beslenmesinin bilgiye yönelik tutumu etkilediği, okul kantininden beslenmenin ise bilgiye ve davranışa yönelik tutum ile GKBDTÖ toplam puan ortalaması üzerine etkili saptanmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda; çocukların güvenli gıda tüketmeleri konusunda annelerin farkındalıklarının artırılması için alanında uzman kişilerle eğitim programları düzenlenmesi, eğitim düzeyi ve sosyokültürel düzeyi düşük olan annelerin de bu eğitim programlarından yararlanabilmesi için kitle iletişim araçları vasıtasıyla eğitimlerin düzenlenmesi, çocukların konu ile ilgili bilinçlenmeleri ve farkındalıklarının oluşması için

beslenmenin önemi ve zararlı katkı gıdaları konularının müfredat programlarında daha fazla yer verilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

- Aksulu İ. Tüketicide sağlığını koruma bilinci ve satın alma noktasında tüketici tutumları: ambalajlı gıda ürünleri üzerine bir araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2001;16(1): 115-127.
- Alpuğuz G, Erkoç F, Muthuer B, Selvi M. Gençlerin (14-24 yaş) gıda hijyeni ve ambalajlı gıdaların tüketimi konusundaki bilgi ve davranışlarının incelenmesi, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2009;66 (3):107-115.
- Cebioğlu İK, Önal AE. Gıda katkı maddesi içeren bazı besinlerin tüketiminin ve sağlığa etkilerinin araştırılması: gıdaların risk analizi, *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018;3(1): 21-35.
- Çalışır ZE, Çalışkan D. Gıda katkı maddeleri ve insan sağlığı üzerine etkileri, *Ankara Ecz. Fak. Dergisi*, 2003; 32(3):193-206.
- Etiler N. Gıda hijyeni, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2001;3:6-12.
- Erci B, Erişik E. Reliability and validity of the scale of knowledge and behaviors related to food additives, *Adv Nurs Midwifery*, 2017;27(2): 1-6.
- Gül A, Akbay A, Dölekoğlu C, Özal R, Akbay C. Adana ili kentsel alanda ailelerin ev dışı gıda tüketiminin belirlenmesi, *Tarımsal Ekonomi Araştırma Enstitüsü*, 2003:95-96.
- Hacılioğlu N. Anne Çocuk Sağlığı (Editör: Erci B.) *Halk Sağlığı Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Göktuğ Basım, 2009;78-91.
- Kartepi TU, Ekerbiçer HÇ. Gıda katkı maddeleri, *Sakarya Tıp Dergisi*, 2017;7(4):164-7.
- Kim EJ, Na HJ, Kim UN. Awareness on food additives and purchase of processed foods containing food additives in middle school students, *Korean Journal of Human Ecology*, 2007;16(1):205-218.
- Özkaya İ. Gıda katkı maddeleri ve toksinler, *Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi*, 2004;41:39-44.
- Rahman MS. State diagram of foods: Its potential use in food processing and product stability, *Trends in Food Science & Technology*, 2006;17:129-141.
- Sezek F, Kaya E, Doğan S. Üniversite öğrencilerinin genel beslenme alışkanlıkları, katkılı besinler hakkındaki bilgi, görüş ve tutumları, *Journal of Arts and Sciences*, 2008;10:117-134.
- Shim SM, Seo SH, Lee Y, Moon GI, Kim MS, Park JH. Consumers' knowledge and safety perceptions of food additives: Evaluation on the effectiveness of transmitting information on preservatives. *Food Control* 2011; 22:1054-1060.
- Topuzoğlu A, Hıdıroğlu S, Ay P, Önsüz F, İkişık H. tüketicilerin gıda ürünleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve sağlık risklerine karşı tutumları, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007;6(4):253-8.
- Unusan N. Consumer food safety knowledge and practices in the home in Turkey. *Food Control* 2007; 18: 41-45.
- Yörük NG, Danyer E. Gıda katkı maddeleri genel bilgiler ve tanımlar, *Türkiye Klinikleri J Food Hyg Technol-Special Topics*, 2016;2(2):1-10.
- Yurttagül M, Ayaz A. Katkı Maddeleri: Yanlışlar ve Doğrular, 1.baskı. Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.

DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANIMI VE SAĞLIK ALGISININ İNCELENMESİ

Investigation of Women Usage of Family Planning Methods and Perceptions of Health in Postpartum Period

Yurdağül YAĞMUR  Fatma KESKİN 
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 20.05.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 24.10.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ÖZ

Bu araştırma doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanımı ve sağlık algısının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Kesitsel tipteki bu araştırma Temmuz 2017 – Ocak 2018 tarihleri arasında 7 Aile Sağlık Merkez’inde (ASM) yapılmıştır. Veriler doğum sonrası 40 gün ile 8.ay arasında olan 401 kadından toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu ve sağlık algısı ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Katılımcı kadınların %56.6’sının 27-35 yaş aralığında olduğu, %63.8’inin lise ve üstü eğitilmiş olduğu, %83.3’ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Kadınların %68.6’sının doğum sonu dönemde aile planlamasına yönelik danışmanlık hizmeti almadığı, %58.1’inin aile planlama yönteminden herhangi birini kullandığı saptanmıştır. Kadınların eğitim ve ekonomik düzeyleri yükseldikçe ve çalışma durumlarında artış oldukça sağlık algı puanlarının arttığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadınların yaşı, gebeliğinin planlı olma durumu ve aile planlaması danışmanlığı alma durumu ile sağlık algı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların eğitim ve ekonomik düzeylerinin artması, yaşayan çocuk sayılarının azalması, sağlık algılarının artmasına neden olmaktadır. Sağlık algı düzeyinin bilinmesi, doğum sonu dönemde kadınların sağlıkla ilgili konuları, anlama ve kavrama düzeylerinin tanımlanmasını sağlayacak ayrıca kadınlara verilecek olan aile planlama hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin etkinliğini arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, doğum sonu, sağlık algısı

ABSTRACT

In this study, it is aimed to investigate women's usage of family planning methods and health perception in postpartum period. This cross-sectional study was conducted at 7 Family Health Centers (ASM) between July 2017 and January 2018. The data were collected from 401 women who were between 40 days and 8. months postpartum. Questionnaire and health perception scale were used as data collection tool. In the data assessment, percentage, mean, t-test and one-way analysis of variance were used. It was determined that 56.6% of the participating women were between the ages of 27-35, 63.8% of them were of high school or higher education and 83.3% of them did not work. It was found that 68.6% of women did not receive counseling services for family planning at the postpartum period and 58.1% of them used any of the family planning methods. As the educational and economic levels of women increased and their working status increased, health perception scores increased and the difference between them was significant ($p<0.05$). There was no significant relationship between health perception scores, age of women, planned pregnancy status, and family planning counseling ($p>0.05$). Increasing women's education and economic levels, decreasing the number of living children, lead to increased perceptions of health. Knowing the level of health perception will enable to define women's health related issues, comprehension and comprehension levels at postpartum period. It will also increase the effectiveness of family planning services and health education for women.

Keywords: Family planning, postpartum, health perception

GİRİŞ

Aile planlaması (AP); istenmeyen gebeliklerin, yoksulluğun, aşırı ve sık doğurganlığa bağlı anne-bebek sağlığını olumsuz etkileyecek faktörlerin önlenmesine, çocuk sağlığını geliştirmeye; eşlerin ne zaman ve ne kadar çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine ve çocuğu olmayan ailelerin çocuk sahibi olma isteklerini gerçekleştirmelerine yardımcı olan ve toplumun sağlık seviyesini yükselten bir uygulamadır (Öztaş vd., 2015; Cleland vd., 2006; Gözükara, Kabalcıoğlu & Ersin, 2015; Balcı, 2015).

AP hizmetlerine erişim bir insan hakkıdır. AP, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadının güçlenmesinde önemli rol oynar ve yoksulluğun azaltılmasında kilit faktördür (Elweshahi, Gewaifel, Sadek & El-Sharkawy, 2018). Ülkemizde demografik özellikler ve sağlık sonuçlarında iyileşmeler görülmekle birlikte, AP gereksinimi karşılanamayan popülasyonun yüksek olması, günümüzde sorunun hala önemini koruduğunu göstermektedir (Gılıç, Ceyhan & Özer, 2009). Evrensel olarak her yıl 80 milyon planlanmayan gebelik yaşandığı ve bu planlanmayan gebelik ve doğumların, anne ve aile için önemli sonuçlar doğurduğu, küresel olarak da sağlık alanında ve sosyal alanda yük getirdiği belirtilmektedir (Elweshahi vd., 2018). İstenmeyen gebeliklerin potansiyel olarak güvenli olmayan kürtajlara sebep olması her gün yaklaşık 500 anne adayının hayatını kaybetmesine neden olmaktadır (Çalışkan, Doğan, & Olçum, 2014; Elweshahi vd., 2018).

Doğum sonrası dönemdeki kadınlarda karşılanmamış aile planlaması gereksinimi tüm evli kadınlara göre daha yüksektir (Elweshahi vd., 2018). Doğum sonu dönem, kadınların artan stres, ekonomik sıkıntı, bebek ve daha büyük çocukları için bakım gerektiren zorluklarla baş etmesini gerektirir. Bu zorluklar kadınların kendi sağlık bakım hizmetlerini ihmal etmelerine ve doğum sonrası kontrollerini kaçırmalarına neden olabilir. Kadınlar AP yöntemi kullanma konusunda istekli olmalarına rağmen hangi yöntemi kullanacağı konusunda bilinçli olmadıkları için AP yöntemi seçemeyebilir (Baş, Güney & Türker, 2014). Bu nedenle doğum sonu dönemde; yeni bir gebeliğin bilinçli bir şekilde planlanabilmesi için, AP hizmeti verilmelidir (Baldwin, Hart, & Rodriguez, 2018).

Doğum sonrası 12 aydan daha kısa sürede tekrar gebe kalan kadınlarda uteroplasental kanama, rüptür, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum ve anne ölümü gibi çeşitli komplikasyonlar artmaktadır (Baldwin vd., 2018; Whitaker & Chen, 2018; İnal, İnal, Küçükkendirci, Oruç & Güneç, 2017). Eğer çiftler gebelik aralıklarını 2 yıldan fazla uzatabilirlerse anne ölümlerinin %30'unun ve çocuk ölümlerinin %10'unun

önlenebileceği ifade edilmektedir (Cleland vd., 2006). Bu nedenlerle AP hizmetleri toplumun sağlık kalitesinin yükseltilmesinde önemlidir (Gürkaş, 2013).

Sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir. Bireyin kendi sağlığına ilişkin pozitif duygu ve düşüncelere sahip olması “iyi sağlık algısı”; negatif duygu ve düşüncelere sahip olması ise “kötü sağlık algısı” olarak ifade edilmektedir. Bu anlamda sağlık algısı, bireye sağlığı geliştirici yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir (Alkan, Özdelikara & Boğa, 2017). Kadınların sağlık algısı doğum sonu dönemde uygun AP yöntemlerinin kullanımını etkileyebilir. Ayrıca kadınların sağlık algı düzeylerinin ve sağlık algılarını etkileyen faktörlerin bilinmesi durumunda, verilecek sağlık eğitiminin etkinliğinin de artacağı düşünülmektedir. Ulusal ve uluslararası literatürde doğum sonu sağlık algısı ve aile planlaması yöntemi kullanımını inceleyen çalışmaların yeterli düzeyde olmaması nedeniyle, yapılan çalışma ile doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması yöntem kullanımı ve sağlık algısını incelemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırma Temmuz 2017–Ocak 2018 tarihleri arasında Malatya Merkez Yeşilyurt ve Battalgazi ilçelerine bağlı bulunan 7 Aile Sağlık Merkez’inde (ASM) (Adafi 2 Nolu, Bentbaşı, Çavuşoğlu, Fırat, Mücelli, Özalper, Sıtmapınarı) yapıldı. Bu ASM’lerde kayıtlı doğum sonu 40 gün ile 8. ay arasında olan 1859 kadın araştırmanın evrenini oluşturdu. Örneklemi ise; güç analizi ile %95 güven aralığı 0.05 yanılğı düzeyinde, 0.5 etki büyüklüğü ve evreni 0.95 temsil gücüyle 401 kadın oluşturdu. ASM’ler listelenerek her ASM bir küme olarak kabul edildi ve çalışmaya alınacak 7 ASM küme örnekleme yöntemiyle belirlendi. Daha sonra kümelerin evren ağırlıklandırması yapıldı ve her bir kümeden örnekleme alınması gereken kişi sayısı belirlendi. Örneklem alınacak kişiler basit rastgele örnekleme yöntemiyle belirlendi. Örneklem iletişim kurmada sorun yaşamayan ve okuma yazma bilen kadınlar alındı. Veriler ASM’lerde haftanın 5 iş günü toplandı. Araştırmanın yapılması için ASM’den yazılı izin, Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulundan etik onay (2017/15-2) alındı. Araştırmaya başlamadan önce, tüm kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek gönüllü olanlar araştırmaya alındı.

Veri Toplama Araçları

Veriler anket formu ve Sağlık Algısı Ölçeği ile toplandı. Anket Formu; Kadınların sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, ekonomik durum) obstetrik özellikler (gebelik ve yaşayan çocuk sayısı, doğum şekli, gebeliğin planlı olma durumu), bebek özellikleri (bebeğin yaşı, bebeğin beslenme durumu) ve AP yöntemlerine ilişkin (tekrar çocuk sahibi olma isteği, AP danışmanlığı alma durumu, AP kullanma durumu, kullanılan AP yöntemi ve AP yöntem tercih nedeni) sorulardan oluşmaktaydı.

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) Diamond ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir (Diamond, Becker, Arenson, Chambers & Rosenthal, 2007). Kadıoğlu ve arkadaşları (2012) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı hemşirelik grubunda 0.77 ailelerinde 0.70 bulunmuştur (Kadıoğlu & Yıldız, 2012). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.66 bulundu. Ölçek 15 maddeden ve kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık olmak üzere 4 alt faktörden oluşmaktadır. Yanıtlar 5'li likert tipindedir. 1, 5, 9, 10, 11. ve 14. sorular olumlu, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13. ve 15. sorular olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler; “çok katılıyorum=5”, “katılıyorum=4”, “kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise; “ çok katılıyorum=1”, “katılıyorum= 2”, “kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 4”, “hiç katılmıyorum= 5” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 15, maksimum puan ise 75'dir. Ölçekten alınan puanın artması sağlık algısının iyi olduğunu göstermektedir (Kadıoğlu & Yıldız, 2012).

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 22.0 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile sağlık algısı ölçek puanlarının karşılaştırılması

Sosyo Demografik Özellikler	SAÖ Puan Ortalaması			İstatiksel Test ve Anlamlılık
	N	%	X±SS	
Yaş				
≤25	109	27.2	46.678±5.131	F= 1.688
26-35	227	56.6	45.696±5.503	p= 0.186
36 ve üzeri	65	16.2	45.384±4.414	
Eğitim Düzeyi				

İlkokul	93	23.2	43.107±4.335	F= 24.118
Ortaokul	52	13.0	44.673±4.531	p= 0.000
Lise	132	32.9	45.863±4.435	
Üniversite ve Üstü	124	30.9	48.588±5.684	
Çalışma Durumu				
Evet	67	16.7	48.537±5.998	t= 4.035
Hayır	334	83.3	45.386±4.931	p= 0.000
Ekonomik Durum				
Gelir giderden az	59	14.7	43.644±4.253	KW= 14.846
Gelir gidere denk	316	78.8	46.174±5.266	p= 0.001
Gelir giderden fazla	26	6.5	47.884±5.708	

F: One Way Anova test, t: Students t Test, KW: Kruskal Wallis testi

Kadınların %56.6'sının 26-35 yaş arasında olduğu, %32.9'unun lise mezunu olduğu, %83.3'ünün çalışmadığı, %78.8'inin gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşları ile SAÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmaz iken ($p>0.05$), kadınların eğitim düzeyi, ekonomik ve çalışma durumları ile SAÖ puanları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Kadınların obstetrik ve doğuma ilişkin özelliklerinin sağlık algısı ölçek puanları ile karşılaştırılması

Kadınların Özellikleri	SAÖ Puan Ortalaması			İstatistiksel Test ve Anlamlılık
	N	%	X±SS	
Yaşayan Çocuk Sayısı				
1	151	37.7	47.238± 5.411	KW= 22.282
2	154	38.4	45.779 ±5.089	P= 0.000
3	73	18.2	44.123 ±4.702	
4	23	5.7	43.782 ±4.641	
Doğum Şekli				
Normal doğum	167	41.6	46.143±5.599	t= 0.744
Sezaryen doğum	234	58.4	45.747±4.992	P= 0.457
Gebeliğin Planlı Olma Durumu				
Evet	285	71.1	46.263±5.599	KW= 4.179
Hayır, ama doğurmak istedim	100	24.9	45.260±4.229	p= 0.124
Hayır, mecburiyetten doğurdum	16	4.0	43.750±3.660	

KW: Kruskal Wallis testi, t: Students t Testi

Kadınların %38.4'ünün iki çocuğa sahip olduğu, %58.4'ünün sezaryen doğum yaptığı ve %71.1'inin gebeliğinin planlı olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşayan çocuk sayıları azaldıkça, SAÖ puanlarının arttığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Doğum şekli ve gebeliğin planlı olma durumu ile SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların aile planlaması yöntemi kullanımına yönelik özelliklerinin sağlık algısı ölçeği puanları ile karşılaştırılması

Kadınların Özellikleri	SAÖ Puan Ortalaması			İstatistiksel Test ve Anlamlılık
	N	%	X±SS	
Tekrar Çocuk Sahibi Olmayı Planlama				
Evet	173	43.1	46.780±5.425	t= 2.909
Hayır	228	56.9	45.254±5.026	p= 0.004

Aile Planlamasına Yönelik Danışmanlık Hizmeti Alma				
Evet	126	31.4	46.642±5.639	t= 1.891
Hayır	275	68.6	45.578±5.038	p= 0.059
Doğum Sonrası Aile Planlama Yöntemi Kullanma				
Evet	233	58.1	45.403±5.093	t= -2.300
Hayır	168	41.9	46.619±5.397	p= 0.022
Kullanılan Yöntem				
Modern Yöntem	175	75.1	45.55±5.22	t= 0.749
Geleneksel Yöntem	58	24.9	44.97±4.74	p= 0.454

F: One Way Anova test, t: Students t Test

Kadınların %43.1'inin tekrar çocuk sahibi olmayı planladıkları, % 68.6'sının aile planlamasına yönelik danışmanlık hizmeti almadığı, %58.1'inin doğum sonrası aile planlama yöntemi kullandığı, yöntem kullananların %75.1'inin ise modern yöntem kullandığı saptanmıştır. Kadınların tekrar çocuk sahibi olmayı planlama durumu ile SAÖ puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$) ve tekrar çocuk sahibi olmak isteyenlerin SAÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Doğum sonu dönemde AP'ye yönelik danışmanlık hizmeti alma durumu ile SAÖ puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Doğum sonu dönemde AP yöntemi kullanma durumu ile SAÖ puan ortalamaları arasındaki farkın yöntem kullananlar lehine anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). AP yöntemi kullanan kadınların %75.1'i modern yöntem, %24.9'u ise geleneksel yöntem kullanıyordu. Kullanılan yöntemin türü ile SAÖ puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p> 0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışma doğum sonu dönemdeki kadınların AP yöntem kullanımı ve sağlık algısını incelemek amacıyla yapıldı.

Çalışmada eğitim düzeyi arttıkça SAÖ puanının arttığı bulundu (Tablo 1). Gür çalışmasında eğitim düzeyi ile sağlık algısının ilişkili olduğunu ve üniversite mezunlarının en yüksek SAÖ puanına sahip olduğunu saptamıştır (Gür, 2017). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada sınıf düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artış gösterdiği ve sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Açıksöz, Uzun & Arslan, 2013). Bu çalışmanın bulguları literatürü destekler niteliktedir.

Bu çalışmada çalışan ve geliri giderine denk veya fazla olan kadınların SAÖ puanları anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 1). Benzer şekilde Gür mesleki yaşantı durumu ile SAÖ puanı arasında çalışanlar lehine anlamlı fark bulmuştur (Gür, 2017). Vissandjee ve ark.

(2004), Ahmad ve ark. (2005), Sturm ve ark. (2002)'nin çalışmalarındaki elde ettikleri ekonomik düzeyin düşük olmasının sağlık algısını olumsuz etkilediği sonuçları bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. (Vissandjee, Desmeules, Cao & Abdool, 2004; Ahmad, Jafar & Chaturvedi, 2005; Sturm, & Gresenz, 2002).

Çalışmada en yüksek SAÖ puanının bir çocuğa sahip olan annelere ait olduğu ve çocuk sayısı arttıkça SAÖ puanının azaldığı saptandı (Tablo 2). Sağlık algısı yüksek olan kadınların kendileri için en ideal gebelik sayısını ve aralığını oluşturdukları düşünülmektedir. Ayrıca bir çocuğa sahip kadınlar kendi bakımına da daha fazla zaman ayırabilmektedir.

Çalışmada kadınların %71.1'inin gebeliğinin planlı olduğu belirlendi (Tablo 2). Kitapçıoğlu ve arkadaşları kadınların %79.7'sinin, Ersoy ve arkadaşları %76.8'inin, Gürcüoğlu ve arkadaşları ise %73.5'inin gebeliğinin planlı olduğunu belirlemiştir (Kitapçıoğlu & Yanıkkerem, 2008; Ersoy & Karasu, 2015; Gürcüoğlu & Vural, 2017). Literatür bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Araştırmada gebeliğin planlı olma durumu ile SAÖ puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen ($p>0.05$), gebeliği planlı olan kadınların SAÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Bu çalışmada kadınların %56.9'unun tekrar çocuk sahibi olmayı planlamadığı, %68.6'nın AP'ye yönelik danışmanlık hizmeti almadığı belirlendi (Tablo 3). Eryılmaz ve arkadaşları kadınların %52.6'sının, Akyüz ise %43.2'sinin gelecekte başka çocuk sahibi olmak istemediğini saptamıştır (Eryılmaz & Ege, 2016). Bu araştırmanın bulguları literatürü destekler niteliktedir. Bu çalışmada tekrar çocuk sahibi olmayı planlayan kadınların SAÖ puanı, tekrar çocuk sahibi olmayı planlamayan kadınların puanlarından daha yüksekti ve aralarındaki fark anlamlıydı ($p<0.05$). Tekrar çocuk sahibi olmak isteyen kadınların sağlık algısı puanlarının yüksek olması annelerin çocuk sayısının daha az olmasından ve kendilerine zaman ayırabilmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada doğum sonu kadınların %41.9'unun herhangi bir AP yöntemi kullanmadığı ve yöntem kullanmayan kadınların SAÖ puanlarının yöntem kullanan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 3). Beklenenin tersine yöntem kullanmayan kadınların SAÖ puan ortalamasının yüksek bulunması, kadınların tekrar çocuk sahibi olmak istemelerinden kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada aile planlaması yöntemi kullanan 233 kadının %75.1'i modern yöntem, %24.9'u ise geleneksel yöntem kullanıldığı belirlenmiştir. Ayrıca kullanılan yöntem türünün SAÖ puanını etkilemediği bulundu (Tablo 3). Modern yöntem kullananlar ilk sırada kondomu, geleneksel yöntem kullananlar ise geri çekme yöntemini tercih etmişti. 2013 TNSA verilerine göre kadınların %47.4'ü modern yöntem, %26.5'i ise geleneksel yöntem kullanırken kadınların %26.5'i yöntem

kullanılmamaktadır (Hacettepe TNSA, 2013). Marakoğlu ve arkadaşları çalışmamızla aynı doğrultuda kadınların %25'inin prezervatif ve %12.7'sinin geri çekme yöntemi kullandığını belirtmiştir (Marakoğlu, Çivi, Demiröz, & Kutlu, 2008). Koçak ve arkadaşları, kadınların AP bilgi ve tutumlarını incelediği çalışmada modern yöntemlerde ilk sırada prezervatif (%33.8), geleneksel yöntemlerde ise geri çekme yönteminin yer aldığını saptamıştır (Koçak vd., 2016). Erenel ve arkadaşları kadınların AP yöntemi kullanımında kondom ve geri çekme yöntemlerinin hem doğum öncesi hem de doğum sonrası dönemde ilk iki sırada yer aldığını saptamıştır (Erenel, Kavlak, & Bingöl, 2011). Budak ve arkadaşları yine benzer şekilde AP yöntem kullanımında ilk sırada geri çekme, ikinci sırada ise kondom olduğunu belirlemiştir (Budak vd., 2015). Bulgularımızla benzer şekilde Johnson ve arkadaşları 2010 yılında beş ülkede (İngiltere, Almanya, İspanya, İtalya ve ABD) her birinden yaklaşık 500 kadının katılımıyla yaptıkları araştırmada prezervatifin en sık kullanılan yöntemlerden biri olduğunu bulmuştur (Johnson, Pion & Jennings, 2013). Konya'da yapılan araştırmada kadınların en çok tercih ettikleri kontraseptif yöntemin kondom olduğu saptanmıştır (Uçar, Demirbaş, Aslan, Kutlu, & Sayın, 2014). Bu çalışmanın bulguları literatürle uyumludur.

SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmada kadınların doğum sonu AP yöntemi kullanma oranlarının yetersiz olduğu bulundu. Kadınların kullandıkları AP yöntemi ile SAÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Eğitim ve ekonomik düzeyi yüksek olan, çalışan, çocuk sayısı az olan ve tekrar çocuk sahibi olmak isteyen kadınların sağlık algısı puanları daha yüksekti. Bu sonuçlar doğrultusunda, kadınların doğum sonu AP yöntem kullanımını artırmak için sağlık personelinin etkin eğitim ve danışmanlık hizmeti vermesi önerilmektedir. Kadınların sağlık algılarını geliştirmek için farkındalık çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Not: Bu çalışma I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde (İstanbul, 23-24 Mart 2018) poster bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2013;55(3):e181-e187.
- Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N. Self-rated health in Pakistan: Results of a national health survey, *BMC Public Health*, 2005;5(1):51.
- Alkan SA, Özdelikara A, Boğa NM. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;6(2):11-21.

- Balcı BK. Rize İli Çayeli ilçesinde kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastalar arasında kontraseptif yöntem seçimi, *Ortadoğu Medical Journal/ Ortadoğu Tıp Dergisi*, 2015;7(1):1-4.
- Baldwin MK, Hart KD, Rodriguez MI. Predictors for follow-up among postpartum patients enrolled in a clinical trial, *Contraception*, 2018;98(3):228-231.
- Baş FY, Güney M, Türker Y. Emzirme dönemindeki kadınlarda kontraseptif yöntem seçimini etkileyen sosyodemografik ve kültürel faktörler, *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2014;16(1):23-28.
- Budak MŞ, Toğrul C, Balsak D, Sakar MN, Tahaoğlu AE, Akgöl S, Şentürk MB. İsteğe bağlı küretaj olan kadınların kontrasepsiyon yöntemleri ve küretaj nedenleri açısından değerlendirilmesi, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2015;12(3):106-109.
- Çalışkan BG, Doğan B, Olçum GG. Kırsal bölgede yaşayan kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerine yaş ve eğitimin etkisi, *Türkiye Aile Hekimliği*, 2014;18(4):189-194.
- Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda, *The Lancet*, 2006;368(9549):1810-1827.
- Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: preliminary findings. *Journal of Community Psychology* 2007;35(5):557-61.
- Elweshahi HMT, Gewaifel GI, Sadek SSED, El-Sharkawy OG. Unmet need for postpartum family planning in Alexandria, Egypt, *Alexandria journal of medicine*, 2018;54(2):143-147.
- Erenel AŞ, Kavlak T, Bingöl B. Kadınların doğum sonrası altı ay sonunda aile planlaması yöntemi kullanma durumu, *Van Tıp Dergisi*, 2011;18(2):68-76.
- Ersoy E, Karasu Y, Çelik EY, Ersoy AÖ, Tokmak A, Taşçı Y. Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri, *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2015; 6(3):250-255.
- Eryılmaz N, Ege E. Doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve ilişkili faktörler, *Journal of Human Sciences*, 2016;13(2):3389-3401.
- Gılıç E, Ceyhan O, Özer A. Niğde Doğumevinde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları, *Fırat Tıp Dergisi*, 2009;14(4):237-241.
- Gözükara F, Kabalcıoğlu F, Ersin F. Şanlıurfa ilinde kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2015;12(1):9-15.
- Gür G. Koroner Arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, *İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul*, 2017.
- Gürcüoğlu EA, Vural G. Annelerin doğum sonu dönemde hastanede verilen ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyetleri, *Gazi Medical Journal*, 2017;29(1):34-40.
- Gürkaş E. Gaziantep İstasyon Aile Sağlığı Merkezi Bölgesindeki 15-49 Yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi, *Konuralp Tıp Dergisi*, 2013;5(2):1-3.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, 2013 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (Erişim Tarihi: 15.03.2019)
- İnal ZÖ, İnal HA, Küçükkendirci H, Oruç AS, Günenç O. The level of using family planning methods and factors that influence the preference of methods in the Konya-Meram area. *Journal of the Turkish German Gynecological Association* 2017;18(2):72-76.
- Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America, *Reproductive Health*, 2013;10(1):1-9.

- Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeği'nin türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği, Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2012;32(1):47-53.*
- Kitapçioğlu G, Yanikkerem E. Manisa Doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı, Ege Tıp Dergisi, 2008;47(2):87-92.*
- Koçak DY, Duman NB, Topuz Ş, Yılmazel G, Güngör T, Başçı AB. Üreme çağındaki kadınların acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları, Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2016;13(3):112-116.*
- Marakoğlu K, Çivi S, Demiröz S, Kutlu R. Bir doğum evinde, doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri ve aile planlaması davranışları, Kocatepe Tıp Dergisi, 2008;9(1):49-56.*
- Öztaş Ö, Artantaş AB, Tetik BK, Yalçintaş A, Üstün Y, Uğurlu M. 18-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları, Ankara Medical Journal, 2015;15(2):67-76.*
- Sturm R, Gresenz CR. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey, BMJ, 2002;324(7328):20.*
- Uçar M, Demirbaş O, Aslan R, Kutlu R., Sayın S. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2014; 18(3):134-141.*
- Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdool S. Integrating socio-economic determinants of Canadian women's health, BMC Women's Health, 2004;4(1):S34.*
- Whitaker AK, Chen BA. Society of family planning guidelines: Postplacental insertion of intrauterine devices, Contraception, 2018;97(1):2-13.*

PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN ALTERNATİF/TAMAMLAYICI TEDAVİ YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Determination of Information Levels about Alternative / Complementary Treatment Methods of Pediatric Nurses

Emriye Hilal YAYAN  Yeliz SUNA DAĞ 
İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 19.06.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 02.09.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ÖZ

Bu araştırma pediatri hemşirelerinin alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine (TAT) ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte olan araştırmamız 01.03.2018- 31.05.2018 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 112 hemşire ile anket formu kullanılarak yürütülmüştür. Araştırmamıza katılan hemşirelerin TAT ile ilgili olarak %69.6'sı hastalarının kullandığı yöntemleri bilmediğini, %35.7'si bilgiyi internette edindiklerini, %93.8'i eğitim süreçlerinde yer almadığını, %64.3'ü mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim verilmesi gerektiğini bildirmiştir. Hemşirelerin %36.6'sının akupunktur, %37.5'inin müzik terapi, %49.1'inin bitkisel tedaviler, %33.9'u masaj ve meditasyon yöntemi ile ilgili bilgiye sahip iken; %59.8'i aromaterapi %55.4'ü biyotedavi, %86.6'sı ayurveda, %79.5'i hipnoterapi %30.4'ü diyet desteği, %73.2'si refleksoloji, %83.9'u reiki, %54.5'i renklerle terapi, %84.8'i aleksandır tekniği ile ilgili bilgilerinin olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre pediatri hemşirelerinin çocuk ve ebeveynlerinin alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma durumları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve hemşirelerin bu tedavi yöntemleri ile ilgili eğitimlerle desteklenmesi gerektiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, ebeveyn, çocuk, alternatif/tamamlayıcı tedavi

ABSTRACT

This study was conducted with the aim of determining the information levels of alternative / complementary treatment methods of pediatric nurses. Our descriptive study was conducted between 01.03.2018 - 31.05.2018. It was conducted using a questionnaire with 112 nurses who agreed to participate in the survey. The nurses who participated in my research reported, in relation to TAT, 69.6% didn't know the methods used by their patients, 35.7% received information from the internet, 93.8% didn't take part in the education process, 64.3 % should be given pre-graduation and post-graduation education. While the nurses have information about 36.6% acupuncture, 37.5% of music therapy, 49.1% herbal treatments, 33.9% massage and meditation method, they stated that have no information about 59.8% aromatherapy, 55.4% biotechnology, 86.6% ayurveda, 79.5% hypnotherapy, 30.4% dietary support, 73.2% reflexology, 83.9% reiki, 54.5% color therapy, 84.8% alexander technique. According to the results of our study, pediatric nurses did not have enough knowledge about the use of alternative / complementary treatment methods of children and their parents and has been determined that nurses should be supported by trainings related to these treatment methods.

Keywords: Nurse, child, parent, alternative /complementary treatment

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) modern tıp dışındaki tedavi yaklaşımlarını tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) olarak tanımlamaktadır. Alternatif tıp, modern tıp ya da tedaviler tarafından kabul edilmeyen, bilimsel tıbbi uygulamaların yerine yapılan tedavilerdir. Tamamlayıcı tıp ise tıbbi tedavi ile birlikte ek olarak uygulanan ve bilimsel tıbbi destek amaçlı yapılan tedavilerdir (Aydın, Çiftçi, Kahraman & Şahin, 2015; Köksoy, 2008; Törüner, Uysal, Hanoğlu & Algier, 2009).

Alternatif/tamamlayıcı tıp tedavi uygulamaları dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artış göstermektedir (Aydın vd., 2015; Güngörmüş & Kıyak, 2012). Günümüzde birçok hastalığın tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde hızlı gelişmelerin olması, yeni teknoloji olanaklarının yüksek maliyeti ve bu olanaklara ulaşmada sorun yaşanması, modern tıp yaklaşımlarındaki başarısızlık veya kullanılan tedavi yöntemlerinin çok fazla istenmeyen etkilerinin olması gibi etkenler, hasta/sağlıklı bireylerin TAT yöntemlerine olan ilgisini büyük oranda arttırmıştır (Güngörmüş & Kıyak, 2012; Köksoy, 2008; Tokem, 2006; Turan, Öztürk Aylin & Nurten, 2010). Sağlık bakım profesyonelleri olarak hemşireler, hasta/sağlıklı bireylerle yüz yüze iletişim kurdukları için sağlık bakım gereksinimlerini ve sağlık bakım uygulamalarını daha kolay saptayabilmektedir (Güven, Muz, Ertürk & Özcan, 2005). Hemşireler TAT yöntemleri ile ilgili bilgilerini arttırmalı ve sağlıklı/hasta bireylerin bu yöntemleri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirmelidir (Araz, Taşdemir & Kılıç, 2012; Turan vd., 2010).

Literatür incelendiğinde çocuklarında sağlık sorunu olan ebeveynlerin; hastanede kalış sürelerini kısaltmak, tıbbi tedavilerin yan etkilerini azaltmak amacı ile TAT kullandığı belirlenmiştir (Aydın vd., 2015; Bülbül, Turgut & Köylüoğlu, 2009; Güven vd., 2005; Muslu & Öztürk, 2017; Törüner vd., 2009). Bu konu ile ilgili olarak Bülbül ve ark. toplumun her kesiminden bireylerin, çocukları ve/veya kendileri için TAT kullandıklarını göstermiştir (Bülbül vd., 2009). Muslu ve Öztürk çocuklarında sağlık sorunu olan ebeveynlerin; TAT kullanımının daha güvenilir olduğunu düşündükleri, tıbbi tedavilerin yan etkilerini azalttığı ve tedavi sürecinde etkin rol aldıkları gibi nedenlerden kaynaklı olarak TAT kullandıklarını bildirmiştir (Muslu & Öztürk, 2017). Törüner ve ark. pediatrik onkoloji hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı ile ilgili literatür taraması yaptıkları çalışmalarında pediatrik onkoloji hastalarının tedavileri sırasında TAT kullanım oranlarının yüksek olduğunu ancak TAT kullanım konusunda sağlık personelinin bilgilendirilmesinin sınırlı olduğunu göstermiştir (Törüner vd., 2009). Pediatri hemşirelerinin primer olarak çocuğun

sağlığını olumsuz etkileyen yanlış uygulamaları saptamak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğretmek ve olumlu davranışlar kazandırmak gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Güven vd., 2005). Bu bakımdan pediatri hemşirelerinin çocuk ve ebeveynlerin öykülerini alırken tıbbi tedavi ve alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin bakış açılarını, değer yargılarını ve bilgi gereksinimlerini değerlendirmeleri gerekmektedir (Törüner vd., 2009). Bu amaçla çalışmamız pediatri hemşirelerinin alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak yapıldı.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmamızın evrenini Malatya il merkezinde pediatri kliniklerinde çalışan 237 hemşire oluşturmuştur. Örneklem yöntemine gidilmeden evrenin tamamı araştırmaya dâhil edilmiş olup araştırmaya katılmayı kabul eden 112 hemşire ile araştırma tamamlanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 01.03.2018- 31.05.2018 tarihleri arasında pediatri kliniklerinde toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile mesai saatleri içerisinde hemşire odalarında 15 dakika sürede toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu ile toplanmıştır (Koçdaş, 2013; Köksoy, 2008). Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm; araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vs.) içermektedir. İkinci bölüm ise; hemşirelerin alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkındaki bilgi ve uygulamalarını içeren 17 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulundan (Karar no: 2016/5-3) etik kurul izni alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 22.0 paket programı ile elektronik ortamda yapıldı. İstatistiksel değerlendirmede yüzdeler dağılımı ve ortalama kullanıldı.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %75'inin kadın, %59.8'inin lisans mezunu olduğu, yaş ortalamalarının 29.16 ± 6.43 , meslekte çalışma yılı ortalamalarının 7.50 ± 5.66 , pediatri kliniğinde çalışma yılı ortalamalarının 3.93 ± 2.68 olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin sosyo- demografik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	25
	Bayan	75
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	8.9
	Ön Lisans	25
	Lisans	59.8
	Lisans Üstü	6.3
Çalıştığı Klinik	Büyük Çocuk	6.3
	Süt Çocuğu	13.4
	Çocuk Cerrahi	9.7
	Çocuk Yoğun Bakım	20.5
	Çocuk Onkoloji	10.7
	Çocuk Yanık Ünitesi	6.3
	Çocuk Acil	15.2
	Genel Pediatri	17.9
Mean±Sd		
Yaş	29.16 ± 6.43	
Meslekte çalışma yılı	7.50 ± 5.66	
Pediatri kliniğinde çalışma yılı	3.93 ± 2.68	

Araştırmamızda hemşirelerin %68.3'ü hastalarının kaygılarını paylaştığını, %54.5'i öykü alırken hastaların alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemi kullanıp kullanmadığını sorgulamadığını, %58'i sormadan hastaların kullandıkları alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden bahsettiğini, %69.6'sı hastalarının kullandığı alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerini bilmediğini, %51.8'i kendisi ve ailesi için kullandığı alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemi olmadığını, %46.4'ü alternatif/tamamlayıcı tedavinin destek amaçlı olduğunu, %59.8'i alternatif/tamamlayıcı tedaviyi kullanırken kendisine/aile üyelerinde yarar gözlemediğini, %35.7'si alternatif/tamamlayıcı tedavi hakkında bilgiyi internetten edindiklerini, %93.8'i eğitim süreçlerinde alternatif/tamamlayıcı tedavi ile ilgili eğitim/ kurs almadıklarını, %64.3'ü mezuniyet öncesi ve sonrası alternatif /tamamlayıcı tedavi ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini, %66.1'i hastalara alternatif/tamamlayıcı tedavilerle ilgili uygulamaları ve %58'i bitkisel uygulamalarla ilgili bilgiyi eğitim alan herkesin verebileceğini, %47.3'ü hastalara alternatif/tamamlayıcı tedavilerle ilgili uygulamaların özel

uygulama merkezlerinde yapılmasını ve %83.9'u alternatif/tamamlayıcı tedavilerle ilgili bir yasal düzenleme yapılması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin alternatif/ tamamlayıcı tedaviye ilişkin tutumları

		N	%
Hastalarınız kaygılarını sizinle paylaşıyor mu?	Evet	77	68.5
	Hayır	35	31.5
Hastaların tıbbi tedavi dışında başvurdukları diğer tedavi yöntemleri sizce nasıl adlandırılmalı	Alternatif Tedavi	67	59.8
	Tamamlayıcı Tedavi	45	40.2
Hastalarınıza alternatif/tamamlayıcı tedavi aldıklarını sorar mısınız?	Hiç sormam	61	54.5
	Bazen sorarım	42	37.5
	Her zaman sorarım	9	8
Hastalarınız siz sormadan kullandıkları alternatif/tamamlayıcı tedaviden bahseder mi?	Evet	65	58
	Hayır	47	42
Hastalarınızın ne tür alternatif/tamamlayıcı tedavi yönteminden yararlandıklarını biliyor musunuz?	Evet	34	30.4
	Hayır	78	69.6
Kendiniz ve aileniz için kullandığınız alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemi var mı?	Evet	54	48.2
	Hayır	58	51.8
Alternatif/tamamlayıcı tıp yönteminin amacını belirtiniz	Tedavi amaçlı	20	17.9
	Destek amaçlı	52	46.4
	Korunma amaçlı	17	15.2
	Rahatlama amaçlı	23	20.5
Alternatif/tamamlayıcı tedaviyi kullanırken kendinizde/aile üyelerinizde yarar gözlediniz mi?	Evet	45	40.2
	Hayır	67	59.8
Alternatif/tamamlayıcı tedavi hakkında bilgi kaynağı	Bilimsel kitaplar	16	14.3
	Gazeteler	5	4.5
	Televizyon	25	22.3
	İnternet	40	35.7
	Çevre	26	23.2
Eğitim sürecinde alternatif/tamamlayıcı tedavi ile ilgili eğitim/kurs alma durumu	Evet	7	6.3
	Hayır	105	93.7
Sizce mezuniyet öncesi ve sonrası alternatif /tamamlayıcı tedavi ile ilgili eğitim verilmeli mi?	Evet	72	64.3
	Bir fikrim yok	29	25.9
	Hayır	11	9.8
Alternatif/tamamlayıcı tedavi ilgili eğitim/kurs alıp hastalara uygulamak ister misiniz?	Evet	62	55.4
	Hayır	50	44.6
Sizce hastalara alternatif/tamamlayıcı tedavilerle ilgili uygulamaları kim yapmalı	Doktor	23	20.5
	Hemşire	15	13.4
	Eğitim alan herkes	74	66.1
Bitkisel uygulamalarla ilgili bilgiyi kimler vermeli	Doktor	32	28.6
	Hemşire	15	13.4
	Eğitim alan herkes	74	58
Sizce hastalara alternatif/tamamlayıcı tedavilerle ilgili uygulamalar nerede yapılmalı	Hastane	27	24.1
	Özel uygulama merkezleri	53	47.3
	Her yer	32	28.6
Sizce alternatif/tamamlayıcı tedavilerle ilgili bir yasal düzenleme olmalı mı?	Zaten var	10	8.9
	Gerek yok	8	7.2
	Düzenleme yapılmalı	94	83.9

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %36.6'sı akupunktur, %37.5'i müzik terapi, %49.1'i bitkisel tedaviler, %33.9'u masaj ve meditasyon yöntemi ile ilgili biraz bilgiye sahip olduklarını belirtmiştir. Diğer yandan hemşirelerin %59.8'i aromaterapi, %55.4'ü biyotedavi, %86.6'sı ayurveda, %79.5'i hipnoterapi, %30.4'ü diyet desteği, %73.2'si refleksoloji,

%83.9'u reiki %54.5'i renklerle terapi, %84.8'i aleksandır tekniğini bilmediklerini bildirirken, %29.5'i yoga yöntemini duyduklarını ama bilmediklerini belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkındaki bilgileri

Yöntem		Bilmiyorum	Duydum ama bilmiyorum	Biraz bilgim var	Yeterli bilgim var	Yöntemi biliyorum	Yöntemi uyguluyorum
Akupunktur	S	27	27	41	6	10	1
	%	24.1	24.1	36.6	5.4	8.9	.9
Aromaterapi	S	67	26	15	1	3	0
	%	59.8	23.2	13.4	.9	2.7	0
Müzik terapisi	S	27	21	42	11	9	2
	%	24.1	18.8	37.5	9.8	8	1.8
Biyotedavi	S	62	24	19	5	2	0
	%	55.4	21.4	17	4.5	1.8	0
Ayurveda	S	97	10	5	0	0	0
	%	86.6	8.9	4.5	0	0	0
Bitkisel tedaviler	S	17	13	55	15	7	5
	%	15.2	11.6	49.1	13.4	6.3	4.5
Homeopatik	S	89	18	3	1	1	0
	%	79.5	16.1	2.7	.9	.9	0
Hipnoterapi	S	50	31	19	9	3	0
	%	44.6	27.7	17	8	2.7	0
Diyet desteği	S	34	19	27	19	6	7
	%	30.4	17	24.1	17	5.4	6.3
Refleksoloji	S	82	14	7	7	1	1
	%	73.2	12.5	6.3	6.3	.9	.9
Reiki	S	94	6	7	3	2	0
	%	83.9	5.4	6.3	2.7	1.8	0
Masaj	S	24	15	38	22	6	7
	%	21.4	13.4	33.9	19.6	5.4	6.3
Meditasyon	S	34	18	38	13	5	4
	%	30.4	16.1	33.9	11.6	4.5	3.6
Renklerle terapi	S	61	24	14	8	3	2
	%	54.4	21.4	12.5	7.1	2.7	1.8
Yoga	S	30	33	30	12	6	1
	%	26.8	29.5	26.8	10.7	5.4	.9
Aleksandır tekniği	S	95	13	3	0	1	0
	%	84.8	11.6	2.7	0	.9	0

TARTIŞMA

Toplumumuzda TAT yöntemlerinin, bireylerin sağlıkları üzerinde yararlı ve iyileştirici etkilerinin olduğu, tıbbi tedavinin sonucu meydana gelen bazı yan etkileri azalttığı düşüncesi, sağlık çalışanları arasında da TAT kullanımını arttırmıştır (Bebiş, Akpunar, Coşkun & Özdemir, 2014; Çamurdan & Gül, 2013). Araştırmamızın bulguları değerlendirildiğinde hemşirelerin büyük çoğunluğunun öykü alırken çocukların/ebeveynlerin TAT kullanıp kullanmadıklarını sorgulamadığı, ne tür TAT yönteminden yararlandıklarını bilmediklerini ve aynı zamanda kullandıkları TAT yönteminden bahsetmediklerini belirtmiştir. Literatür incelendiğinde Bebiş ve ark. meme kanserli hastaların TAT kullanımını ile ilgili yaptıkları

literatür taramasında birkaç çalışmada hastaların/ yakınlarının TAT kullanma durumları ile ilgili olarak, sağlık profesyonellerinden bilgi almadıklarını belirtmiştir (Bebiş vd., 2014). Benzer şekilde Kav ve ark. da TAT kullanan hasta ve/veya yakınlarının çoğunluğunun doktor/hemşireye bilgi vermediğini bildirerek araştırmamızı desteklemektedir (Kav, Hanoğlu & Algier, 2007). Bu durumun hastaların /yakınların eksik ya da yanlış bilgilerle, doğru olmayan tedavi yöntemlerine başvurmalarına, kullandıkları alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin yan etkilerine maruz kalmalarına ve tıbbi tedavi süreçlerinin olumsuz etkilenmesine neden olabileceği söylenebilir.

Günümüzde medya ve internet kullanımının yaygınlaşması sayesinde, alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin medyada her geçen gün daha fazla yer almasına ve bu tedavi yöntemleri ile ilgili bilgiye daha kolay ulaşılabilmesine neden olabilmektedir (Bebiş vd., 2014; Çamurdan & Gül, 2013; Yavuz, İlçe, Kaymakçı, Bildik & Dıramalı, 2007). Çalışmamızda da hemşirelerin %48.2 'sinin kendisi ve aileleri için TAT yöntemlerinden yararlandıklarını ve TAT ile ilgili bilgiyi daha çok medya ve internetten (%58) daha sonra çevrelerinden (%23.2) aldıkları belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde araştırmamızla benzer sonuçlara sahip birçok çalışmaya rastlamak mümkündür (Araz vd., 2012; Sağkal, Demiral, Odabaş & Altunok, 2013; Yavuz vd., 2007). Topaloğlu ve ark. TAT ile ilgili bilgi edinme kaynağının sıklıkla aile bireylerinin ve akrabaların olduğunu belirlemiştir (Topaloğlu, Yıldırım, Tekin, Uludağ & Özgen, 2013). Bozkaya ve ark. da bireylerin daha çok TAT ile ilgili bilgiyi aile büyüklerinden öğrendiklerini bildirmiştir (Bozkaya vd., 2008). Gözüm ve ark. kanserli çocuklarda yürüttüğü çalışmalarında ailelerin büyük çoğunluğunun arkadaş ve akraba (%79.1) tavsiyesi ile TAT kullandığını göstermiştir (Gözüm, Tezel & Koç, 2003). Uzun ve ark TAT kullanımının büyük çoğunlukla gazete ve televizyon programları (%37.3) aracılığıyla, sonra ise arkadaş ve aile çevresi (%25.0) önerisi ile gerçekleştiğini belirlemiştir (Uzun & Tan, 2004). Ancak bu konu ile ilgili olarak Birleşik Devletler TAT Tıp Enstitüsü Raporu'nda (Institute of Medicine Report on Complementary and Alternative Medicine in the United States), her yıl yaklaşık 25 milyon yetişkinin; internet aracılığıyla eksik ya da yanlış bilgiye ulaştığını ve bunun bir sonucu olarak kullandıkları alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin yan etkilerine maruz kaldıklarını bildirmiştir (Bebiş vd., 2014). Bu da alternatif/tamamlayıcı tedavi uygulamaları konusunda sağlık çalışanlarının eğitim ihtiyaçlarının olduğunu düşündürmektedir (Topaloğlu vd., 2013).

Araştırmamızda hemşirelerin %48.2'si kendisi veya ailesi için TAT kullandığını ve %40.2'si yarar gördüğünü ifade etmiştir. Shorofi ve Arbon hemşirelerin TAT yönelik tutum ve davranışlarını incelediği araştırmasında hemşirelerin çoğunluğunun kendisi veya ailesi

için TAT kullandığını bildirmiştir. Aynı çalışmada hemşireler TAT'dan yarar sağladığı, yararının kanıtlandığı ve yaşam felsefesine uygun olduğu için TAT kullandığını bildirmiştir (Shorofi & Arbon, 2017).

Araştırmamızda hemşirelerin %93.8'i TAT ile ilgili bilginin eğitim süreçlerinde bulunmadığını, %64.3'ü mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitim alınması gerektiğini ve %55.4'ü TAT ile ilgili eğitim alıp hastalara uygulamak istediklerini bildirmiştir. İlgili alanda Çamurdan ve ark. hemşire ve ebelik öğrencileri ile ilgili yaptıkları çalışmalarında TAT kullanan hastaların psikolojik olarak rahatladıklarını, iyileştirme süreçlerini hızlandırdığını ve TAT yöntemlerinin eğitim müfredatına entegre edilmesi gerektiğini bildirmiştir (Çamurdan & Gül, 2013). Benzer çalışmalarda da TAT yöntemlerinin hastaların iyileşme süreçlerini olumlu etkilediği ve hastalık semptomlarını azalttığı ifade edilerek, bu yöntemlerin hastaların bakımında yer almasını istediklerini göstermiştir (Halcón, Chlan, Kreitzer & Leonard, 2003; Holroyd, Zhang, Suen & Xue, 2008; Uzun & Tan, 2004). Araştırmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu TAT ile ilgili uygulamayı eğitim alan herkesin uygulayabileceğini ifade etmişlerdir. Benzer bir çalışmada hemşireler bitki uzmanları, akupunktur uzmanları vb özel eğitim alanların ilgili alanda çalışması gerektiğini vurgulamaktadır (Shorofi & Arbon, 2017). Araştırmamızda hemşirelerin çoğu tıbbi yöntem dışında kullanılan yöntemleri alternatif tedavi yöntemi olarak isimlendirilmesini önermekte olup konuyla ilgili bir yasal düzenleme olduğunu bilmemektedir. Ülkemizde de TAT yöntemlerini uygulama usul ve esasların yer aldığı "Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" bulunmaktadır (Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 2014). Bu durum hemşirelerin TAT yeteri kadar ilgilenmediğinden kaynaklanmış olabilir.

TAT yöntemleri ile ilgili yapılan birçok çalışmada en çok bitkisel tedavilerin, masajın, müzik terapinin, dua ve meditasyon yöntemlerinin kullanıldığı belirlenmiştir (Araz vd., 2012; Aşiret, Düğür, Kapucu, Kurne & Krabudak, 2017; Çamurdan & Gül, 2013; Güven vd., 2005). Benzer şekilde araştırmamıza katılan hemşirelerin %36.6'sı akupunktur, %37.5'i müzik terapi, %49.1'i bitkisel tedaviler, %33.9'u masaj ve meditasyon yöntemleri ile ilgili bilgiye sahip olduklarını bildirmiştir. Araştırmamızda hemşirelerin uygulamalarında masaj ya da müzik terapileri gibi yöntemleri tercih etmeleri TAT yöntemlerini kullanmada bireysel, dini, toplumsal farklılıkların bulunmasından kaynaklanmış olabilir.

SONUÇ

Araştırmamızda elde edilen sonuçlara göre pediatri hemşirelerinin çocuk ve ebeveynlerinin TAT kullanıp kullanmadıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve

genellikle toplum tarafından kullanılan bilindik TAT yöntemlerinden yararlandıkları saptanmıştır. Aynı zamanda hemşirelerin TAT yöntemleri ile ilgili eğitim almaları gerektiği tespit edilmiştir.

Hemşirelerin, sağlıklı/hasta çocuklar ve ebeveynleri ile sürekli etkileşimde oldukları için onlarla iyi iletişim kurabildikleri, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarını iyi gözlemleyebildikleri bilinmektedir (Turan vd., 2010). Bu bağlamda hemşireler hasta/sağlıklı çocukların ve ebeveynlerinin sağlık bakım gereksinimlerini ve sağlık bakım uygulamalarını daha kolay belirleyebilmektedir. Çocukların sağlıklarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi için hemşirelerin çalıştıkları alanlarda ebeveynlerin kullanmış oldukları tedavi seçeneklerini ve bu tedavi seçeneklerinin yarar ve zararlarını bilmesi gereklidir (Muslu & Öztürk, 2017). Aynı zamanda TAT yöntemleri ile ilgili eğitim programları hazırlanarak pediatri hemşirelerinin farkındalıklarının artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Araz NÇ, Taşdemir HS, Kılıç SP. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin tıp dışı görüşlerinin değerlendirilmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;1(4):239–251.
- Aşiret GD, Düğür Ü, Kapucu S, Kurne AT, Krabudak R. Multiple skleroz hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının belirlenmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;6(3): 1–6.
- Aydın D, Çiftçi EK, Kahraman S, Şahin N. Annelerin alternatif tedavi uygulamaları, *The Journal of Pediatric Research*, 2015;2(4):212–218.
- Bebiş H, Akpunar D, Coşkun S, Özdemir S. Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı: literatür taraması, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014;11(2):6–14.
- Bozkaya ÖG, Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu A, Gög K, Karadeniz D. Anne babaların çocuklarında uyguladıkları alternatif tıp yöntemleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008;22(3):129–135.
- Bülbül SH, Turgut M & Köylüoğlu S. Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2009;52(4):195–202.
- Çamurdan Ç, Gül A. Complementary and alternative medicine use among undergraduate nursing & midwifery students in Turkey, *Nurse Education in Practice*, (2013);13(5):350–354.
- Gözüm S, Tezel A, KoçM. Complementary alternative treatments used by patients with cancer in eastern Turkey, *Cancer Nurs*, 2003;26(3):230–236.
- Güngörmüş Z, Kıyak E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, *Ağrı*, 2012;24(3):123–129.
- Güven ŞD, Muz G, Ertürk NE, Özcan A. Hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;2(3):25–47.
- Halcón LL, Chlan LL, Kreitzer MJ, Leonard BJ. Complementary therapies and healing practices: faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education, *Journal of Professional Nursing*, 2003; 19(6):387–397.

- Holroyd E, Zhang AL, Suen LKP, Xue CCL. Beliefs and attitudes towards complementary medicine among registered nurses in Hong Kong. International Journal of Nursing Studies, 2008;45(11):1660–1666.*
- Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı : literatür taraması, International Journal of Hematology and Oncology, 2007;18(1):32–38.*
- Koçdaş M. Hekim, hemşire ve hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2013.*
- Köksoy S. Yataklı sağlık kuruluşlarında çalışan doktor, hemşire ve ebelerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin, 2008.*
- Muslu GK, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2018;51(1):62–67.*
- Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 2013;27(1):19–26.*
- Shorofi SA, Arbon P. Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM users. Complementary Therapies in Clinical Practice, 2017;27:37-45.*
- Tokem Y. Astımlı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı, Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 2006;54(2):189–196.*
- Topaloğlu N, Yıldırım Ş, Tekin M, Uludağ A, Özgen K. Türkiye'nin batısında solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda alternatif tedavi uygulamaları, Güncel Pediatri, 2013;11(1):23–26.*
- Törüner E, Uysal G, Hanoğlu Z, Algier L. Pediatrik onkoloji hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Bir literatür taraması, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2009;2(3):102–109.*
- Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı : tamamlayıcı terapi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;3(1):103–108.*
- Uzun Ö, Tan M. Nursing students' opinions and knowledge about complementary and alternative medicine therapies, Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 2004;10(4):239–244.*
- Yavuz M, İlçe AÖ, Kaymakçı Ş, Bildik G, Dıramalı A. Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarının incelenmesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2007;27:680–686.*
- Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete (29158, 27 Ekim 2014)*

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN YEME TUTUMLARI VE BUNU ETKİYEN FAKTÖRLER

Eating Attitudes of Health Services Vocational School Students and Affecting Factors

Alper Yusuf KÖROĞLU¹ 

Didem ÖNAY DERİN² 

¹Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Karaman

²Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Konya

Geliş Tarihi / Received: 05.09.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 02.12.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ÖZ

Bu çalışma, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun çeşitli bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerinin yeme tutumları ve bu tutumlara etki eden faktörleri belirlemek üzere genel tarama modelinde planlanmıştır. Evrenini, 2017-2018 eğitim-öğretim yılı II. Yarıyılı Ocak-Şubat 2018 tarihleri arasında, Türkiye'de İç Anadolu Bölgesi'nin kuzeyinde bulunan bir üniversitenin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğrenim gören 1355 öğrenci oluşturmuştur. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmış olup, çalışmaya gönüllü 600 öğrenci katılmıştır. Veriler karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu" ve Yeme Tutum Testi-40 (YTT-40) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sosyo-demografik özellikler frekans tablosu olarak verilmiş ve analizlerde Independent Sample t Test, One-Way Anova ve Bonferroni Testi kullanılmıştır. Araştırma sonucuna göre katılımcıların ortalama yaşı 19.84±1.66 yıldır. Katılımcıların vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve beden kütle indeksi ölçümlerinin ortalaması sırasıyla 59.68±10.49 kg, 165.48±7.7 cm ve 21.75±3.2 kg/m²'dir. Ölçekten aldıkları ortalama puan 60.32±22.1'dir. Şişmanlık kaygısı alt boyutunda cinsiyet değişkenine (p<0.001) göre kadınlar lehine ve boy uzunluğuna (p<0.05) ve vücut ağırlığına (p<0.001) göre farklılaştığı görülmüştür. Ölçeğin diyet alt boyutunun anne eğitim düzeyine (p<0.05) ve vücut ağırlığına (p<0.001) göre farklılaştığı görülmüştür. Ölçeğin sosyal baskı alt boyutunun vücut ağırlığı (p<0.001) açısından, zayıflıkla aşırı uğraş alt boyutunun da öğrenim görülen sınıf değişkenine göre 1. sınıf öğrencileri lehine (p<0.01), vücut ağırlığı (p<0.001) açısından farklılaştığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Yüksekokul öğrencisi, yeme tutumu, YTT-40, yeme bozuklukları, beslenme

ABSTRACT

Study was planned in general screening model to determine eating attitudes of students according to education at various departments of Vocational School Health Services, factors that affect these attitudes. Universe is 1355 students in a university's Vocational School Health Services that is in north of Central Anatolia, Turkey. Random sampling method was used. 600 volunteer students participated. "Personal Information Form", Eating Attitude Test (YTT-40) were used as data collection tools. Socio-demographic characteristics were given as frequency tables, Independent Sample t Test, One-Way Anova, Bonferroni Test were used in analysis of data. According to results of study, mean age of participants was 19.84±1.66 years. Mean body weight, height, body mass index measurements of participants were 59.68±10.49 kg, 165.48±7.7 cm, 21.75±3.2 k /m², respectively. Average score of scale was 60.32±22.1. In obesity anxiety sub-dimension, it was found that gender variable (p<0.001) differed in favor of women, according to height (p<0.05), body weight (p<0.001). Dietary subscale of scale was found to differ according to mother's education level (p<0.05), body weight (p<0.001). Social pressure subscale of scale differed in terms of body weight (p<0.001), sub-dimension of over-dealing with weakness differed in favor of 1st grade students (p<0.01), weight (p<0.001) according to class variable studied.

Keywords: Vocational school student, eating attitude, EAT-40, eating disorders, nutrition

GİRİŞ

Hayatın her evresinde fiziksel ve zihinsel açıdan sağlıklı olmak ve bunu devam ettirmek ancak dengeli ve yeterli beslenme ile mümkündür. Beslenme; “büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri besin değerini yitirmeden, sağlık bozucu hale getirmeden en ekonomik şekilde almak ve kullanmak” (Baysal, 1997) olarak tanımlanmakla birlikte, hayatın devamı için gerekli ve bir o kadar da haz veren bir davranıştır. Homeostatik mekanizmalar, çocuğun motor, duyuşsal ve emosyonel kapasitesi, içinde bulunduğu sosyal çevre, kültürel öğeleri anne-babanın bakım verme ve tutum becerileri gibi birçok değişkenin etkileşimi ile insanoğulunun beslenme davranışı gelişir. Beslenme alışkanlığı sağlıklı bir hayat için dikkat edilmesi gereken bir konuyken bu düşünce rahatsız edici bir duruma gelirse kişi üzerinde fiziksel ve ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Gönerir Erbay & Seçkin, 2016). Özellikle ergenlik ve sonrasında gençlik dönemi, beslenme ile ilgili davranışlar yönünden riskli dönemlerdir. Bu dönemlerde aile birliğinden bağımsız yemek yeme alışkanlığına geçme ile birlikte yiyecek tercihleri de değişir ve beslenme açısından risk oluşturabilecek davranışlar görülebilir. Özellikle kalori ve yağ bakımından zengin, hızlı hazır olan atıştırmalıklar ile beslenme sıklığındaki artma ve fiziksel aktivitede azalma; yeme bozuklukları ve obezite oranlarının artmasına neden olabilmektedir (Kadioğlu & Ergün, 2015). Yeme bozuklukları yaşamı tehdit eden, çocukları, ergenleri ve genç yetişkinleri etkileyen biyopsikososyal hastalıklardır (APA, 2013). Yeme bozukluğu; başta genç kızlar arasında olmak üzere yüksek sıklıkta görülen, genel yaşamdaki veya toplum içindeki yeme ile ilgili tutum ve eylemlerin farklı bir şekilde bozulması ile kendini gösteren, meydana gelmesinde psikolojik, fizyolojik, sosyal faktörler, davranışsal özellikleri ve yaşadığı ruhsal problemlerin önemli olduğu ciddi psikiyatrik hastalıktır (Jacobi vd., 2004; Hoek, 2006). Gençlerde yeme bozukluklarının ortaya çıkmasındaki en önemli etken olarak yeme tutumlarının bu dönemde birçok faktörden etkilenmesi görülür (Farahani vd., 2014). Obeziteye neden olan aşırı yemek yeme veya yemek yemeyi reddetme, bireyin vejetaryen olması ya da bazı psikolojik nedenlerden ötürü yemek yemeyi kısıtlaması, pika (yemek olmayan maddelerin yenmesi), yenilen yemeğin hemen sindirilerek vücuttan atılması veya karşı konulamaz olan gece yemek yeme davranışlarının sergilenmesi olarak bilinen yeme bozuklukları (Tam vd., 2007) içerisinde Anoreksiya Nervoza (AN) ve Bulimiya Nervoza

(BN) en sık karşılaşılan ve ruhsal belirtilerin yanı sıra ciddi bedensel sorunların da görüldüğü iki en önemli grubu oluşturmaktadır (Herpertz-Dahlmann, 2009).

Yeme bozuklukları hem psikososyal hem de bedensel boyutu olan; bireyin yemek, vücut ağırlığı ve görüntüsü ile ilgili düşünceler ve yeme davranışında çeşitli bozukluklarla kendini gösteren bir durumdur. Yeme bozukluğu olan bireyler; bedenini olduğundan şişman ve şekilsiz algılama, çok kısıtlı gıda alma, yemeklerin ardından kusma veya kendini kusturma, laksatif kullanma ve aşırı egzersiz yapma gibi belirtiler gösterebilirler. Kadınlar, erkeklere göre, ince beden imgesine sahip olma ve beraberinde diyet yapmayla belirgin düzeyde daha fazla ilgilidir. Bunların sonucu olarak da yeme bozukluğu riskine daha yatkındırlar. (Oğur vd., 2016). Yaygınlık ve sıklık açısından gençlerde görülme oranı giderek artan yeme bozuklukları; Dünya Sağlık Örgütü tarafından “tıbbi dikkat” gerektiren “önemli tıbbi durum” olarak tanımlanmaktadır (Janout & Janoutova, 2004). Yeme bozuklukları yaşamı tehdit eden, çocukları, ergenleri ve genç yetişkinleri etkileyen biyopsikososyal hastalıklardır (American Psychiatric Association (APA, 2013).

Üniversite öğrencilerindeki yeme bozukluğu sıklığının saptanmasının koruyucu önlemlerin alınmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çünkü üniversite öğrencileri içinde buldukları yaş, muhtemel psiko-sosyal ve ekonomik zorlanmalar nedeniyle yeme bozuklukları açısından risk grubunda yer almaktadır (Ünalın vd., 2009). Üniversite yılları, erişkinlik dönemine geçme aşamasında olan çocukluk çağı sonrası ilk grubu kapsar. Bu dönemde üniversite öğrencilerinin eğitiminin başlaması ile birlikte alıştıkları aile ortamı içerisinden ayrılmaları, dış etkenlere daha açık olmaları ve kendi özgür seçimlerini daha belirgin şekilde yapmaya başlamaları beslenmelerinde yeni bir dönemi beraberinde getirmektedir. Bu dönemin en belirgin özellikleri ekonomik problemler ve kurulacak yeni bir düzene adapte olma çabalarıdır. Bu nedenle de üniversite öğrencilerinin beslenme tutumlarının tespit edilmesi, onların yetişkin dönemdeki beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi ve uygun olmayan beslenmenin yol açabileceği muhtemel sorunların önlenmesi açısından önemlidir (Mazıcıoğlu & Öztürk, 2003). Üniversiteye yeni başlayan pek çok genç başta şehir değişikliği, maddi zorluklar ve bağımsız yaşam arzusu gibi nedenler ile evinden ve ailesinden ayrılmaktadır. Öğrenci yurtlarında, apartman dairelerinde, başka ailelerin yanlarında tek başlarına ya da arkadaşları ile yaşamak, gençlerin yaşam tarzlarında önemli değişikliklere yol açmaktadır. Bu nedenle de özellikle üniversite öğrencileri arasında yeme bozukluklarının artış gösterdiği gözlemlenmektedir (Kazkondur, 2010).

Bununla birlikte beden imajı, kişinin kendi vücuduna dair zihninde oluşturduğu resimdir. Beden imajı memnuniyetsizliği ise bireyin kendi bedenini subjektif olarak negatif

değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Beden imajı memnuniyetsizliği anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza yeme bozukluklarının temel semptomlarından biridir. Günümüzde beslenme konularında kaygı duyan bireylerin yalnızca bir kısmı yeme davranış bozukluğu tanısı almaktadır. Tanı konulmamış olumsuz yeme tutum davranışına sahip bireylerin prevalansı, tanı almış bireylerden çok daha yüksektir. İleride yeme davranış bozukluğu gelişiminde etkili olan önemli öncüler arasında: beden memnuniyetsizliği, negatif veya bozulmuş beden algısı, bozulmuş yeme davranışı gibi türlü beslenme konulu kaygı içeren davranışlar yer almaktadır. Bu davranışlar, mutlak yeme bozukluğu ile sonuçlanmasa bile, yeme davranışında uzun süreli bozukluklara neden olabilmektedir (Demirel, 2019). Yeme bozuklukları ve yeme tutumuna ilişkin yanlış yöntemler izlemek, özellikle performans barındıran faaliyetlerde kendisini gösteren psikiyatrik bir bozukluktur. Yeme bozukluğu olması açısından riskli grup olarak düşünülen bireyler, öncelikli olarak bedensel kaygıların başladığı ergenlik dönemindeki gençler ve performansın ön planda olduğu meslekleri icra eden sporcular, sahne sanatçıları ve dansçılar riskli gruplar olarak düşünülmektedir. Bununla birlikte, yeme bozuklukları özellikle kadınlarda daha yaygın olmakla birlikte son dönemlerde erkeklerde de görülen bir bozukluktur (Sarıbaş vd., 2019). Yeme bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmesi için ihtiyaç duyduğu en temel gereksinimlerden biridir. Yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için ergenlik ve gençlik dönemi önemli bir geçiş zamanı olmaktadır. Yemek yeme alışkanlıklarında, farklılık gösteren tercihlerle ve aileden ayrılma ile beslenmeyi olumsuz şekilde etkileyebilecek faktörlerle karşı karşıya kalınabilmektedir. Yeme bozuklukları ve obezitenin sık görülmesine sebep olan durumlar arasında fiziksel etkinlikte azalma, yüksek kalorili yiyecek alımı ve fastfood kültürünün yaygınlaşması gibi durumlar gösterilebilmektedir (Kadıoğlu & Ergün, 2015). Yeme davranışlarıyla ilgili riskli bir dönem olarak kabul edilen 19-25 yaş arası üniversite gençleriyle yeme tutumu ile alakalı yapılan bir çalışmada 431 öğrencinin yaklaşık üçte birinde yeme bozukluğu görülmektedir (Özvurmaz vd., 2018). Bu çalışma, yüksekokul öğrencilerinin yeme tutumları ve bu tutumlara etki eden faktörleri belirlenmek üzere planlanıp yürütülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeli, araştırmanın evreni ve örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin değerlendirilmesine yer verilmiştir.

Araştırmanın Modeli

Sağlık Hizmetleri Yüksekokulunun çeşitli bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin yeme tutumları ve bu tutumlara etki eden faktörleri belirlenmek üzere planlanıp yürütülen bu araştırmada genel tarama modeli kullanılmıştır. Genel tarama modelleri; “çok sayıda elemanlardan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacıyla evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir” (Karasar, 2010).

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de İç Anadolu Bölgesi’nin kuzeyinde bulunan bir üniversitenin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’nda çocuk gelişimi, engelli bakım ve rehabilitasyon, diyaliz, ilk ve acil yardım, evde hasta bakım, yaşlı bakım, ameliyathane hizmetleri programlarında öğrenim gören 1355 öğrenci oluşturmuştur. Bu üniversite, araştırmacının öğrencilere ulaşma kolaylığı ve farklı bölümlerden öğrencileri kapsayan heterojen bir dağılım göstermesi nedeni ile seçilmiştir. Araştırmada gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmış olup çalışmaya gönüllü 600 öğrenci katılmıştır (Katılım oranı %44.28).

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri anket formu kullanılarak Ocak-Şubat 2018 tarihleri arasında karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Anket formu oluşturulmadan önce konu ile ilgili literatür (tez, makale, bildiri, bilimsel araştırma ve benzerleri) incelenmiş ve anket formu konu ile ilgili kaynaklardan ve daha önce yapılmış araştırmalardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

Veri toplama amacıyla hazırlanan anketin uygulanabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca öğrencilere uygulanmadan önce de onam formu ile izin alınmış ve anket formunda yer alan sorular öğrencilere açıklanarak birebir uygulanmıştır. Anket formu "Kişisel Bilgi Formu" ve Yeme Tutum Testi-40 (YTT-40)’nden oluşmaktadır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formunda katılımcıların cinsiyeti, yaşı, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, sınıfı, bölümü, ailedeki birey sayısı, aile yapısı, ebeveyn eğitim durumu ve mesleği bilgileri yer almıştır.

Yeme Tutum Testi-40 (YTT-40)

Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiş, problemlili yeme davranışlarını tanımlamak için tüm dünyada kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir (23). Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır (24). Yeme Tutum Testi-40

toplam 40 maddeden oluşmuştur ve cevaplar "daima, çok sık, sık sık, bazen, nadiren ve hiç bir zaman" şeklinde altı basamaklı likert formunda değerlendirilmiştir. Testin 6 alt boyutu vardır. Alt gruplar şişmanlık kaygısı, diyet, sosyal baskı ve zayıflık ile aşırı uğraştır. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. YTT-40 için kesme değeri 30 puandır. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı Savaşır ve Erol'un çalışmasında $\alpha=0.70$ bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.833$ bulunmuş olup, ölçek yüksek güvenilirlik düzeyine sahiptir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS paket programı kullanılmış, sürekli veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler yüzde olarak verilmiştir. Gerekli istatistiksel analizler yapılmış ve verilerin normal dağıldığı görülmüştür. Bu nedenle de parametrik testler kullanılmıştır. İki farklı grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Independent Sample t Test, üç ve üzerindeki grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında ise One-Way Anova ve Bonferroni Testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Beden Kütle İndeksi Hesaplaması

Öğrencilerin boy uzunluklarına göre olmaları gereken vücut ağırlıklarının değerlendirilmesinde; Beden Kütle İndeksi (BKİ), $BKİ= \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m}^2\text{)}$ formülü kullanılarak (Arslan, 1993; Yolsal vd.,1998; Pekcan, 1999; Alikashifoğlu & Yordam, 2000; Pekcan, 2001; Ergün & Erten, 2004), Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması ($<18.5 \text{ kg/m}^2$: zayıf, $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$: normal, $25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$: hafif şişman, $\geq 30 \text{ kg/m}^2$: obez) esas alınmıştır (WHO, 2017).

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma orta ölçekli bir kentte gerçekleştirildiğinden ve örneklem sayısı az olduğundan ülke genelinden farklılıklar gösterebilir. Kesitsel tipte planlanan ve gerçekleştirilen bu çalışma, neden-sonuç ilişkisi bakımından, kesitsel araştırmaların taşıdığı kısıtlılıklara sahiptir. Çalışmanın yalnızca bir okulda yapılmış olması bir sınırlılık olabilir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılanların; %18.7'si (n=112) erkek, %81.3'ü (n=488) kadındır. Katılımcıların %44.84'ü (n=269) 19 yaş ve altında %55.16'sı (n=331) ise 20 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılanların beden kütle indeksi değerlerine bakıldığında, %12.8'inin

(n=77) zayıf, %73.3'ü (n=440) normal, %11.7'si (n=70) fazla kilolu, %2.2'si (n=13) de obez sınıflamasında oldukları görülmektedir. Katılımcıların %54.8'i (n=329) birinci sınıf, %45.2'si (n=271) ise ikinci sınıf öğrencisidir. Öğrenim gördükleri bölüm dağılımına bakıldığında %22.8'inin (n=137) çocuk gelişimi, %15.7'sinin (n=94) engelli bakım ve rehabilitasyon, %20.7'sinin (n=124) diyaliz, %26.2'sinin (n=157) ilk ve acil yardım, %4.5'inin (n=27) evde hasta bakım, %4.7'sinin (n=28) yaşlı bakım ve %5.5'inin (n=33) ise ameliyathane hizmetleri olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilere ait tanımlayıcı bilgilerin dağılımları

	n	%		n	%
Cinsiyet			Baba Eğitim Düzeyi		
Erkek	112	18.7	Okur-yazar değil	20	3.3
Kadın	488	81.3	Okur-yazar	33	5.5
Yaş			İlköğretim	356	59.3
19 yaş ve altı	269	44.84	Lise	148	24.7
20 yaş ve üstü	331	55.16	Lisans ve üstü	43	7.2
Sınıf			Anne Mesleği		
1. Sınıf	329	54.8	Ev Hanımı	524	87.3
2. Sınıf	271	45.2	Memur	7	1.2
Bölüm			Serbest Meslek	54	9.0
Çocuk Gelişimi	137	22.8	Emekli	15	2.5
Engelli Bakım ve Rehabilitasyon	94	15.7	Baba Mesleği		
Diyaliz	124	20.7	İşsiz	17	2.8
İlk ve Acil Yardım	157	26.2	İşçi	109	18.2
Evde Hasta Bakım	27	4.5	Memur	58	9.7
Yaşlı Bakım	28	4.7	Serbest Meslek	284	47.3
Ameliyathane Hizmetleri	33	5.4	Emekli	132	22.0
Ailedeki Birey Sayısı			Beden Kitle İndeksi Sınıflaması		
4 ve altı	199	33.2	Zayıf	77	12,8
5 Kişi	180	30.0	Normal	440	73,3
6 ve üzeri	221	36.8	Hafif Şişman	70	11,7
Aile Yapısı			Obez	13	2,2
Çekirdek Aile	545	90.8			
Geniş Aile	55	9.2			
Anne Eğitim Düzeyi					
Okur-yazar değil	57	9.5			
Okur-yazar	49	8.2			
İlköğretim	402	67.0			
Lise	79	13.2			
Lisans ve üstü	13	2.1			

Katılımcıların ailedeki birey sayısı %33.2'sinin (n=199) 2-4 kişi, %30'unun (n=180) 5 kişi ve %36.8'inin (n=221) 6 ve üzeridir. Aile yapısı ise %90.8'inin (n=545) çekirdek aile, %9.2'si (n=55) geniş ailedir. Anne eğitim düzeylerinin %9.5'inin (n=57) okur-yazar olmadığı, %8.2'sinin (n=49) okur-yazar olduğu, %67'sinin (n=402) ilköğretim, %13.2'sinin (n=79) lise ve %2.2'sinin (n=13) lisans ve lisansüstü derecede olduğu görülmektedir. Baba eğitim

düzeylerinin %3.3'ünün (n=20) okur-yazar olmadığı, %5.5'inin (n=33) okur-yazar olduğu, 59.3'ünün (n=356) ilköğretim, %24.7'sinin (n=148) lise ve %7.2'sinin (n=43) lisans ve lisansüstü derecede olduğu görülmektedir. Anne mesleğinin %87.3'ünün (n=524) ev hanımı, %1.2'sinin (n=7) memur, %9.0'ının (n=54) serbest meslek, %2.5'inin (n=15) emekli olduğu görülmektedir. Vücut kütle indeksi sınıflamasının %12.8'sinin (n=77) zayıf, %73.3'ünün (n=440) normal, %11.7'sinin (n=70) hafif şişman ve %2.2'sinin obez olduğu görülmektedir. Baba mesleğinin %2.8'inin (n=17) herhangi bir işte çalışmadığı, %18.2'sinin (n=109) işçi, %9.7'sinin (n= 58) memur, %47.3'ünün (n=284) serbest meslek, %22'sinin (n=132) emekli olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 2. Boy uzunlukları, vücut ağırlıkları ve beden kütle indeksi ortalamaları

	Erkek	Kadın	\bar{X}	SS
Boy Uzunluğu	176.75	162.89	165.48	7.7
Vücut Ağırlığı	71.13	57.06	59.68	10.49
Beden Kütle İndeksi	22.7709	21.5113	21.75	3.2
Toplam	112	488		

Katılımcıların vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve beden kütle indeksi ölçümlerinin ortalaması sırasıyla 59.68 ± 10.49 kg, 165.48 ± 7.7 cm ve 21.75 ± 3.2 kg/m² olarak bulunmuştur (Tablo 2). Yeme bozuklukları alanında yapılan çalışmalarda, yeme tutumunun ergenlik dönemindeki bedensel kaygıların artmasına bağlı olarak ergen bireylerde kilo verme veya kaslanma hedeflerine erişmek için sağlıksız hale dönüşebileceği yönünde bulgular elde etmiştir (Saribaş vd., 2019).

Tablo 3. Katılımcıların Yeme Tutum Testi-40 (YTT) toplam puanları ve teste ait alt boyutlar ile cinsiyet değişkeni arasındaki farka ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve t-testi sonuçları

		N	\bar{X}	SS	t	p
Şişmanlık Kaygısı	Erkek	112	3.17	4.486	4.314	.000**
	Kadın	487	5.57	5.475		
Diyet	Erkek	112	6.28	5.948	.718	.473
	Kadın	487	6.71	5.790		
Sosyal Baskı	Erkek	112	5.52	3.811	.471	.638
	Kadın	487	5.71	3.994		
Zayıflık ile Aşırı Uğraş	Erkek	112	3.00	3.119	.322	.748
	Kadın	487	3.10	2.868		
YTT-40 Toplam Puan	Erkek	112	56.79	25.120	1.881	.060
	Kadın	487	61.13	21.231		

**p<0.01 (Tüm gruplar için sd=598)

Tablo 3 incelendiğinde, cinsiyet değişkenine göre kadınların şişmanlık kaygısı alt boyutundan almış oldukları toplam puan ortalaması $\bar{X}= 3.17$, erkeklerin ortalama puanı ise $\bar{X}=5.57$ 'dir. Bununla birlikte katılımcıların cinsiyet değişkenine göre şişmanlık kaygısı alt

boyutundan aldıkları toplam puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır [$t(598)=4.314$, $p<0.01$]. Bu sonuç kadınların şişmanlık kaygısını erkeklerden daha çok yaşadığı şeklinde yorumlanabilir. Ancak katılımcıların cinsiyet değişkeni ile ölçeğin diyet, sosyal baskı, zayıflık ile aşırı uğraş alt boyutları ve YTT toplam puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4. Katılımcıların Yeme Tutum Testi-40 (YTT) toplam puanları ve teste ait alt boyutlar ile sınıf değişkeni arasındaki farka ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve T-Testi sonuçları

		N	\bar{X}	SS	t	p
Şişmanlık Kaygısı	1. Sınıf	329	5.31	5.599	.937	.349
	2. Sınıf	271	4.89	5.110		
Diyet	1. Sınıf	329	6.80	6.010	.760	.448
	2. Sınıf	271	6.43	5.578		
Sosyal Baskı	1. Sınıf	329	5.55	3.805	.863	.389
	2. Sınıf	271	5.83	4.138		
Zayıflık ile Aşırı Uğraş	1. Sınıf	329	3.36	3.021	2.593	.010**
	2. Sınıf	271	2.74	2.746		
YTT-40 Toplam Puan	1. Sınıf	329	60.91	23.767	.715	.475
	2. Sınıf	271	59.61	19.784		

** $p<0.01$ (Tüm gruplar için $sd=598$)

Tablo 4 incelendiğinde, sınıf değişkenine göre 1. Sınıf öğrencilerinin zayıflık ile aşırı uğraş alt boyutundan almış oldukları toplam puan ortalaması $\bar{X}=3.36$, 2. Sınıf öğrencilerinin puan ortalaması ise $\bar{X}=2.74$ 'tür. Bununla birlikte katılımcıların sınıf değişkenine göre zayıflık ile aşırı uğraş alt boyutundan aldıkları toplam puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır [$t(598)=2.593$, $p<0.01$]. Bu sonuç 1. Sınıf öğrencilerinin 2. Sınıf öğrencilerine göre daha fazla zayıflık ile aşırı uğraş gösterdikleri şeklinde yorumlanabilir. Ancak katılımcıların sınıf değişkeni ile ölçeğin şişmanlık kaygısı, diyet, sosyal baskı alt boyutları ve YTT toplam puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 5. Katılımcıların Yeme Tutum Testi-40 (YTT) toplam puanları ve teste ait alt boyutlar ile aile yapısı değişkeni arasındaki farka ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve T-Testi sonuçları

		N	\bar{X}	SS	t	p
Şişmanlık Kaygısı	Çekirdek Aile	545	5.07	5.418	.617	.538
	Geniş Aile	55	5.55	4.964		
Diyet	Çekirdek Aile	545	6.60	5.901	.613	.540
	Geniş Aile	55	7.11	4.979		
Sosyal Baskı	Çekirdek Aile	545	5.68	4.027	.106	.915
	Geniş Aile	55	5.74	3.271		
Zayıflık ile Aşırı Uğraş	Çekirdek Aile	545	3.03	2.892	1.452	.147
	Geniş Aile	55	3.64	3.126		
YTT-40 Toplam Puan	Çekirdek Aile	545	60.26	22.388	.312	.778
	Geniş Aile	55	61.15	18.746		

(Tüm gruplar için $sd=598$)

Tablo 5 incelendiğinde, katılımcıların aile yapısı değişkeni ile ölçeğin şişmanlık kaygısı, diyet, sosyal baskı, zayıflık ile aşırı uğraş ve YTT toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede, katılımcıların öğrenim görülen bölüm değişkeni ile testin şişmanlık kaygısı, diyet, sosyal baskı, zayıflık ile aşırı uğraş alt boyutları ve YTT toplam puanları arasındaki farkı sınamak için yapılan One Way Anova testi sonuçlarında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Anne eğitim düzeyi değişkenine göre katılımcıların Yeme Tutum Testi-40 (YTT) toplam puanları ve teste ait alt boyutların farkına ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve ANOVA sonuçları

	Eğitim Düzeyi	N	\bar{X}	SS	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Diyet	Okur-yazar değil	57	5.61	4.566	Gruplar Arası	377.469	4	94.367	2.823	.024*
	Okur-yazar	49	6.55	5.788						
	İlköğretim	402	6.46	5.458						
	Lise	79	7.61	7.680	Grup İçi	19859.730	594	33.434		
	Lisans ve üstü	13	10.85	6.866						
	Toplam	600	6.63	5.817	Toplam	20237.199	598			
YTT-40 Toplam Puan	Okur-yazar değil	57	58.86	19.908	Gruplar Arası	5422.875	4	1355.719	2.822	.024*
	Okur-yazar	49	63.16	19.819						
	İlköğretim	402	59.25	21.613						
	Lise	79	62.08	25.245	Grup İçi	285399.939	594	480.471		
	Lisans ve üstü	13	78.31	25.473						
	Toplam	600	60.32	22.053	Toplam	290822.815	598			

* $p<0.05$

Tablo 6'da anne eğitim düzeyi değişkenine göre katılımcıların ölçeğin diyet alt boyutundan almış oldukları toplam puanlar incelendiğinde annesi okur-yazar olmayan katılımcıların ortalamasının $\bar{X}=5.61$, okur-yazar olanların ortalamalarının $\bar{X}=6.55$, ilköğretim düzeyinde olanların ortalamasının $\bar{X}=6.46$, lise düzeyinde olanların ortalamalarının $\bar{X}=7.61$, lisans ve üstü olanların ortalamalarını ise $\bar{X}=10.85$ olduğu görülmektedir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre diyet alt boyutundan alınan toplam puan ile gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür $F[(4-594)=2.823, p<0.05]$. Gruplar arasındaki farkın yönünü belirlemek amacıyla post hoc testlerinden Bonferroni testi yapılmıştır. Test sonucuna göre annesi lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların annesi okur-yazar olmayan katılımcılara göre ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine Tablo 6'da anne eğitim düzeyi değişkenine göre katılımcıların YTT toplam puanları incelendiğinde annesi okuryazar olmayan katılımcıların ortalamasının $\bar{X}=58.86$, okur-yazar olanların

ortalamalarının $\bar{X} = 63.16$, ilköğretim düzeyinde olanların ortalamasının $\bar{X} = 59.25$, lise düzeyinde olanların ortalamalarının $\bar{X} = 62.08$, lisans ve üstü olanların ortalamalarını ise $\bar{X} = 78.31$ olduğu görülmektedir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre YTT toplam puanı ile gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür $F[(4-594)=2.822, p<0.05]$. Gruplar arasındaki farkın yönünü belirlemek amacıyla post hoc testlerinden Bonferroni testi yapılmıştır. Test sonucuna göre annesi lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların annesi okur-yazar olmayan ve annesi ilköğretim düzeyinde olan katılımcılara göre ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanında testin diğer alt boyutları ile anne eğitim düzeyi değişkeni arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Yapılan istatistiksel analizde, katılımcıların baba eğitim, baba meslek, anne meslek değişkenleri ile testin şişmanlık kaygısı, diyet, sosyal baskı, zayıflık ile aşırı uğraş alt boyutları ve YTT toplam puanları arasındaki farkı sınamak için yapılan One Way Anova testi sonuçlarında herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu'nun çeşitli bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin yeme tutumları ve bu tutumlara etki eden faktörleri belirlenmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonucunda, katılımcıların yaşları 17 ile 33 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 19.84 ± 1.66 yıl olduğu görülmüştür. Katılımcıların vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve beden kütle indeksi ölçümlerinin ortalaması sırasıyla 59.68 ± 10.49 kg, 165.48 ± 7.7 cm ve 21.75 ± 3.2 kg/m² olarak bulunmuştur. Yeme Tutum Testi-40'nin güvenilirlik katsayısı $\alpha = .833$ olarak tespit edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 200'dür ve katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puanın 60.32 ± 22.1 olduğu görülmüştür. Elde edilen verilere göre şişmanlık kaygısı alt boyutunda cinsiyet değişkenine ($p<0.001$) göre kadınlar lehine bir farklılaşma olduğu ve ilgili alt boyutun boy uzunluğuna ($p<0.05$) ve vücut ağırlığına ($p<0.001$) göre farklılaştığı görülmüştür. Ölçeğin diyet alt boyutunun da anne eğitim düzeyine ($p<0.05$) ve vücut ağırlığına ($p<0.001$) göre farklılaştığı görülmüştür. Ölçeğin sosyal baskı alt boyutunun ise vücut ağırlığı ($p<0.001$) açısından farklılaştığı görülmüştür. Ölçeğin zayıflıkla aşırı uğraş alt boyutunun da öğrenim görülen sınıf değişkenine göre 1. sınıf öğrencileri lehine ($p<0.01$) ve vücut ağırlığı ($p<0.001$) açısından farklılaştığı görülmüştür.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Özellikle kadın cinsiyetindeki ve üniversite 1.sınıftaki üniversite öğrencilerine yönelik şişmanlık, ideal beden algısı ve diyet üzerine bilgilendirmeler yapılması,

- Düşük eğitim seviyesine sahip ebeveynler için çocukların sağlıklı beslenmesine ilişkin bilgilendirmeler yapılması,
- Fazla vücut ağırlığına sahip olduğunu düşünen ve bu nedenle sosyal ilişkiler kurmakta güçlük yaşayan üniversite öğrencilerin çeşitli sosyal aktivitelere yönlendirilmesi,
- İlgili araştırmanın farklı sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik özellikler gösteren bölgelerdeki üniversitelerde tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Alkaşifoğlu A, Yordam N. Obezitenin tanımı ve prevalansı, Katkı Pediatri Dergisi, 2000;21(4):475-481.

Arslan P. Obezite (Şişmanlık), Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 1993; 2(6):198-201.

Demirel B. Sosyal medyadaki beslenme ile ilgili haber ve paylaşımların yetişkin bireylerin yeme tutum ve davranışlarına etkisi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Lisansüstü Programlar Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik, Yüksek Lisans Programı, 2019.

Ergün A, Erten S. Öğrencilerde vücut kitle indeksi ve bel çevresi değerlerinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2004;57(2):57-61.

Farahani SJ, Chin YS, Nasir MTM, Amiri P. disordered eating and its association with overweight and health-related quality of life among adolescents in selected high schools of tehran, Child Psychiatry Hum Dev. 2014;1:1-8.

Gönenir Erbay L, Seçkin Y. Yeme bozuklukları. Güncel Gastroenteroloji. 2016;20(4):473-477. <http://www.guncel.tgv.org.tr/journal/68/pdf/100509.pdf>

Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity, Child and Adolescent Psychiatric Clinics North America, 2009;18(1):31-47. Doi: 10.1016/j.chc.2008.07.005

Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders, Curr Opin Psychiatry, 2006;19:389-94.

Jacobi C, Morris L, Zwaan M. Risk factors, etiology and comorbidity: In Brewerton TD (editor), Clinical Handbook of Eating Disorders. South Carolina, USA: Marcel Dekker, 2004;117-231.

Janout V, Janoutova G. Eating disorders risk groups in the czech republic-crosssectional epidemiologic pilot study, Biomedical Papers, 2004;148 (2):189-193.

Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler, MÜSBED 2015; 5(2): 96-104.

Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi, Nobel Yayınevi, Ankara, 2010.

Kazkonda İ. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara, 2010;95s.

Mazıcıoğlu MM, Öztürk A. Üniversite 3. ve 4. sınıf öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörler, Erciyes Tıp Dergisi, 2003;25(4):172-178.

Oğur S, Aksoy A, Selen H. Üniversite Öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği, BEÜ Fen Bilimleri Dergisi BEU Journal of Science, 2016;5(1):14-26.

- Özvurmaz S, Mandıracıoğlu A, Lüleci E. Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu ve yeme tutumuyla ilişkili faktörler, *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018;4(2):841-849.
- Pekcan G. *Hastalıklarda Beslenme Durumunun Saptanması, Diyet El Kitabı*. (Editör: Baysal, A., Bozkurt, N., Pekcan, G., Besler, T., Aksoy, M., Merdol Kutluay, Türkan., Keçecioğlu, S., Mercangil, S, M.) Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1999.
- Pekcan G. Şişmanlık tanısında antropometrik ölçümler ve yorumu. (Sunuya hazırlayan: Arslan, P.) I. Ulusal Obesite Kongresi Diyetisyenler Sempozyumu Sunuları, İstanbul, 2001;13-38.
- Sarıbaş ÇÇ, Başgül SS, Cömert Tarı I, Tutlu MG. 15-17 yaş elit ve amatör futbolcuların yeme tutumu, benlik saygısı ve kişilik özelliklerinin incelenmesi, *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi /Journal of Turkish Social Sciences Research*, 2019;4(1):34-46.
- Tam C, Cherry FN, Chak MY. Disordered eating attitudes and behaviours among adolescent in Hong Kong: prevalence and correlates, *Journal of Pediatrics Child Health*, 2007; 47: 811-817.
- Ünalın D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009;16(2):75-81.
- World Health Organization (WHO). BMI Classification 2017. Available at: http://appswho.int/bmi/index.jsb?introPage=intro_3.html. Erişim Tarihi: 28 Şubat 2017.
- Yolsal N, Kıyan A, Özden Y. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesinde Beden Kitle İndeksinin Kullanımı, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 1998;27(2):43-48.

İLK VE ACİL YARDIM PROGRAMI ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ UYGULAMALARI YAPMA VE YETERLİ HİSSETME DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Determination of the First and Emergency Aid Program Students' Occupational Practice Making Situations and Self-Sufficiency on These Issues

Perihan GÜRBÜZ  Gülsüm YETİŞ  Zehra Deniz ÇIRAK 
İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 03.10.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 04.11.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ÖZ

Bu araştırmanın amacı; mezun durumunda olan İlk ve Acil Bakım Teknikerliği programı öğrencilerinin görev, yetki ve sorumlulukları dahilinde yapmaları öngörülen mesleki uygulamaları yapma sayıları ile bu konularda kendilerini yeterli hissetme durumlarının değerlendirilmesidir.

Tanımlayıcı türde yapılan bu araştırma 2017-2018 eğitim-öğretim yılında, bir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı 2. sınıfında aktif öğrenim gören 62 öğrenci ile yapıldı. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan veri formları kullanılarak, bahar yarıyıl sonu sınavı öncesinde, sınıf ortamında toplandı. Elde edilen verilerin analizleri bilgisayar ortamında frekans ve yüzdeler, ki kare analizi ile yapıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Öğrencilerin; %83.9'u acil doğum durumunda doğuma yardım, %50'si defibrilatör kullanımı, %49.2'si endotrakeal entübasyon, %22.6'sı kardiyopulmoner resusitasyon, %21.3'ü kanama kontrolü, %19.4'ü kırık stabilizasyonu uygulama fırsatı bulmadıklarını ifade etti. Ayrıca; kardiyopulmoner resusitasyon uygulaması, defibrilatör kullanımı ve acil doğum uygulamasını, en az bir kere deneyimlemiş olan öğrencilerin, hiç uygulama deneyimi olmayan öğrencilere göre, bu konularda kendilerini anlamlı olarak yüksek oranlarda yeterli hissettikleri bulundu ($p < 0.05$).

Bu bulgular doğrultusunda öğrencilerin uygulama imkanlarının artırılması için gerekli düzenlemelerin yapılmasının, yeterli uygulama imkanı bulamadıkları konularda da maket ve/veya simülasyon üzerinde eğitim ortamlarının oluşturulmasının öğrencilerin eğitim ve yeterlilik düzeylerine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İlk ve acil yardım, öğrenci, mesleki uygulama, yeterli hissetme

ABSTRACT

The purpose of this research is to evaluate the Primary and Emergency Care Program students'; number of applications of the professional practices which are prescribed in their duty, authority and responsibilities, and their feeling of self-sufficiency in these issues.

This descriptive study was conducted in the 2017-2018 academic year with 62 actively educating students in the 2nd year of First and Emergency Program of Vocational School of Health Services. The data were collected by the researchers using the data forms prepared, before the end of the spring semester exam. The data were analyzed with computer by frequency and percentage, chi-square analysis. Results were evaluated at 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

The students stated that they could not find the opportunity to implement the specified applications in ratios of; 83.9% assistment in case of emergency delivery, 50% defibrillator usage, 49.2% endotracheal intubation, 22.6% cardiopulmonary resuscitation, 21.3% bleeding control, 19.4% fracture stabilization. Also; it was found that students who had experienced; cardiopulmonary resuscitation, defibrillator use, and emergency delivery at least one time felt more sufficient in these applications when compared to those who had no experience ($p < 0.05$). According to these findings, it is considered that making the necessary arrangements for increasing the application opportunities and establishing educational occasions on makets and / or simulation, in the fields where the students do not have sufficient application opportunities will contribute positive effects on the education and qualification levels of the students.

Keywords: First and emergency aid, student, professional practice, feeling sufficient

Perihan GÜRBÜZ , perihan.gurbuz@inonu.edu.tr
İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya

GİRİŞ

Günlük yaşantının olağan akışı içinde insanlar, çoğunlukla kazalar ve/veya kronik hastalıklar nedeni ile acil tıbbi yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Acil sağlık hizmetleri temelinde, hastane öncesi ve hastane acil sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmakta (Barnard, Sandbach, Nicholls, Wilson, & Ercole, 2019; Reynolds vd., 2017) ve hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkinliği hasta prognozu açısından ayrıca önem arz etmektedir (Barnard vd., 2019). Acil bakım gerektiren durumlarda, acil sağlık sistemi gelişmişliğinin ölüm oranları açısından onlarca kata kadar farklılıklara neden olabildiği saptanmıştır (Reynolds vd., 2017).

Özellikle hastane öncesi müdahalelerde, tıbbi müdahalede bulunacak sağlık personelinin donanımı ve yeterliliği önemlidir. Bu durum İlk ve Acil Yardım alanında çalışmak üzere yetiştirilen öğrencilerin eğitiminin içeriği ve yeterliliği konusunu gündeme getirmektedir. İlk ve Acil Yardım eğitimi müfredatı konusu, tüm dünyada geliştirilmeye çalışılan bir konudur (Aminizadeh, 2019; Ohbe vd., 2019).

Ülkemizde hastane öncesi müdahalede bulunacak 112 ambulans ekipleri, bu konuda eğitim almış sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Sağlık Meslek Lisesi İlk ve Acil Yardım Programı mezunları Acil Tıp Teknisyeni (ATT) olarak, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı'nda iki senelik eğitim sonrası mezun olan sağlık personeli ise Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (AABT) olarak çalışma imkânı bulmaktadır (Yıldırım, Sarı, Gündüz, & Yolcu, 2014). AABT'ler Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ve Resmi Gazete'de tebliğ edilen, görev yetki ve sorumlulukları dahilinde çalışmakta ve meslek öncesi öğrenim dönemlerinde bu müfredata göre eğitim almaktadır.

AABT'lerin sorumlulukları Resmi Gazete'de; 1) İntravenöz girişim yapmak, 2) Hastaneye ulaşıncaya kadar kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak, 3) Oksijen uygulaması yapmak, 4) Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak, 5) Kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak, 6) Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak, 7) Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak, 8) Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak, 9) Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak, 10) Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak, 11) Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak şeklinde tanımlanmıştır (Çelikli, 2016; Gazete, 26.03.2009).

Doğrudan yaşam kurtarma ile bağlantılı yetki ve sorumlulukları olması nedeni ile AABT'lerin mesleki yeterlilikleri acil sağlık hizmetlerinin sunumu açısından önemlidir (Çelikli, 2016). Mesleki yeterliliğin kazanılması için öğrencilere hem teorik dersler verilmekte, hem de mesleki uygulama pratiğinin kazanılmasına yönelik uygulama dersleri

yapılmaktadır. Ancak, acil sağlık eğitimi veren bölümlerin ve eğitim gören öğrenci sayısının son yıllarda artması, bu bölümlerde eğitim gören öğrencilerin mesleki yeterliliklerinin tartışılmasına neden olmaktadır (Mercan, 2017).

Bu araştırmada amaç, bir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun İlk ve Acil Bakım Teknikerliği programında eğitim görmüş ve dönem sonunda mezun olacak olan öğrencilerin, mezun olduklarında yetki ve sorumlulukları dâhilinde yapmaları öngörülen mesleki uygulamaları, eğitimleri süresince yapma durumları ile bu konularda kendilerini yeterli hissetme durumlarının karşılaştırılarak değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı türde yapılan bu araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim-öğretim yılında, bir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı 2. sınıfında aktif öğrenim gören 65 öğrenci oluşturdu. Araştırmada örneklem seçim yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Ancak, araştırmanın yapıldığı tarihte okula gelmeyenler araştırmanın kapsamı dışında kalarak, 62 öğrenci (%95) araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Araştırmada; araştırmacılar tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak hazırlanan veri formu kullanıldı. Veri formu; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren sorular (9 soru), eğitim içeriğine yönelik sorular (14 soru), mesleki yeterlilik hissetme durumları ile ilgili sorular (14 soru), tıbbi uygulama sayılarını belirlemeye yönelik sorular (10 soru) olmak üzere toplam 47 sorudan oluşmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından, Mayıs ayı içinde, bahar yarıyıl sonu sınavı öncesinde, sınıf ortamında toplandı. Dağıtılan veri formları öğrenciler tarafından 10-15 dakikada dolduruldu ve doldurulan formlar araştırmacılar tarafından geri toplandı. Elde edilen verilerin analizleri bilgisayar ortamında frekans ve yüzdeler, kare analizleri ile yapıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmanın yapılması için, ilgili üniversitenin Etik Kurulu'ndan (2018/7-4) ve araştırmanın yapıldığı yüksekokulun müdürlüğünden yazılı, araştırmaya katılan öğrencilerden sözlü izinler alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların %61.3'ü kız öğrencilerden oluşmaktadır. Yaşları en az 19, en çok 42 olan öğrencilerin yaş ortalamaları 21.72 ± 3.55 'tir. Öğrencilerin % 75.8'i ailesinin yanında ikamet etmektedir ve %66.1'i ekonomik durumunu orta düzeyde olarak tanımlamaktadır (Tablo 1).

Öğrencilerin lise mezuniyet durumu değerlendirildiğinde; %21.3'ünün İlk ve Acil Yardım Programından, %37.7'sinin diğer sağlık programlarından, %41'inin ise sağlık meslek eğitimi verilmeyen lise programlarından mezun olduğu tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri

Tanımlayıcı özellikler	S	(%)
Cinsiyet		
Kız	37	61,3
Erkek	24	38,7
İkamet yeri		
Aile yanı	47	75,8
Aile yanı değil	15	24,2
Ekonomik Durum		
İyi	18	29,0
Orta	41	66,1
Kötü	3	4,8
Mezun olunan lise		
Sağlık meslek lisesi	36	59,0
Sağlık meslek lisesi değil	25	41,0

S: sayı

AABT yetki ve sorumlulukları dâhilinde olan konular hakkında eğitim almış olma durumu sorgulandığında öğrencilerin bir bölümü; endotrakeal entübasyon (%9.7), acil doğum durumu (%6.5) ve kardiyopulmoner resusitasyon (%4.8) konuları başta olmak üzere bazı konularda eğitim almadıklarını ifade etti (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin ifadelerine göre müfredatta yer alan konular hakkında eğitim almış olma durumları

	EVET		HAYIR	
	S	%	S	%
Triyaj eğitimi aldınız mı?	60	96,8	2	3,2
Havayolu açma konusunda eğitimi aldınız mı?	60	96,8	2	3,2
IV damar yolu açma eğitimi aldınız mı?	62	100,0	-	-
Temel yaşam desteği konusunda eğitim aldınız mı?	62	100,0	-	-
Kardiyopulmoner resusitasyon eğitimi aldınız mı?	59	95,2	3	4,8
Oksijen uygulaması konusunda eğitim aldınız mı?	62	100,0	-	-
Endotrakeal entübasyon konusunda eğitim aldınız mı?	56	90,3	6	9,7
Kanama kontrolü konusunda eğitim aldınız mı?	62	100,0	-	-
Uygun yaralı taşıma teknikleri konusunda eğitim aldınız mı?	61	98,4	1	1,6
Defibrilatör kullanımı konusunda eğitim aldınız mı?	60	96,8	2	3,2
Travma stabilizasyonu yaparak hasta nakli konusunda eğitim aldınız mı?	62	100,0	-	-
Kırık stabilizasyonu konusunda eğitim aldınız mı?	61	98,4	1	1,6
Kullanma yetkiniz olan ilaçlar konusunda eğitim aldınız mı?	62	100,0	-	-
Acil doğum durumunda doğuma yardım konusunda eğitim aldınız mı?	58	93,5	4	6,5

S: sayı

AABT'lerin yetki ve sorumlulukları dâhilinde olan konular hakkında uygulama yapmış olma durumu sorgulandığında, mesleki uygulama pratikleri dahilinde, öğrencilerin; %83.9'u acil doğum durumunda doğuma yardım, %50'si defibrilatör kullanımı, %49.2'si endotrakeal

entübasyon, %22.6'sı kardiyopulmoner resusitasyon, %21.3'ü kanama kontrolü, %19.4'ü kırık stabilizasyonu uygulama fırsatı bulmadığını ifade etti. Öğrencilerin görev yetki ve sorumlulukları dahilinde bulunan uygulamaları ikiden fazla gerçekleştirme oranları ise; travma stabilizasyonu %74.2, kardiyopulmoner resusitasyon %61.3, kırık stabilizasyonu %58.1, defibrilatör kullanımı % 32.8, endotrakeal entübasyon %19.7, acil doğum durumunda doğuma yardım % 11.3 olarak tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 3. AABT'lerin yetki ve sorumlulukları kapsamındaki alanlarda yaptıkları uygulama sayıları

Belirtilen işlemlerin öğrenciler tarafından uygulama sayıları	HIÇ		1 KEZ		2-5 ARASI	
	S	%	S	%	S	%
1. IV damar yolu	-	-	-	-	62	100,0
2. Kardiyopulmoner resusitasyon	14	22,6	10	16,1	38	61,3
3. Oksijen uygulaması	1	1,6	1	1,6	60	96,8
4. Endotrakeal entübasyon	30	49,2	19	31,1	12	19,7
5. Kanama kontrolü	13	21,3	11	18,0	37	60,7
6. Uygun yaralı taşıma	2	3,3	3	4,9	56	91,8
7. Defibrilatör kullanımı	31	50,0	10	16,4	20	32,8
8. Travma stabilizasyonu	3	4,8	13	21,0	46	74,2
9. Kırık stabilizasyonu	12	19,4	14	22,6	36	58,1
10. Acil doğum durumunda doğuma yardım	52	83,9	3	4,8	7	11,3

Mesleki yeterlilik konusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan, öğrencilerin konulara göre kendilerini yeterli hissetme durumlarını ölçen bir form oluşturulmuştur. Bu forma göre, alınan puan arttıkça mesleki yeterli hissetme durumu azalmaktadır. Sağlık ile ilgili olmayan lise mezunu öğrencilerin mesleki yeterlilik puanlarının (34.94), sağlık meslek lisesi mezunlarına göre (26.61) mesleki olarak yeterli hissetmeme yönünde daha yüksek olduğu saptandı, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.066$) (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin mezun oldukları liselere göre mesleki yeterlilik puanlarının karşılaştırılması

Mezun olunan lise	S	(%)	Mesleki puanları X	Yeterlilik	Anlamlılık
Sağlık meslek lisesi	36	59,0	26,61		301,50
Sağlık meslek lisesi değil	25	41,0	34,94		$p=0,066$

Mann-Whitney U testi, S: sayı

Öğrencilerin tıbbi uygulama sayıları ile, uygulama yaptıkları konuda kendilerini yeterli hissetme durumları karşılaştırıldı (Tablo 5). Kardiyopulmoner resusitasyon uygulanması, defibrilatör kullanımı ve acil doğum uygulamasını, en az bir kere deneyimlemiş olan öğrencilerin, hiç uygulama deneyimi olmayan öğrencilere göre, bu konularda kendilerini anlamlı olarak yeterli hissettikleri bulundu ($p<0,05$). Endotrakeal entübasyon uygulama sayısı ve travma stabilizasyonu uygulama sayısı ile öğrencilerin kendilerini bu konularda yeterli hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 5. Öğrencilerin görev tanımlarında yer alan uygulamaları yapma sayıları ile kendilerini belirtilen uygulama ile ilgili yeterli hissetme durumlarının karşılaştırılması

	Konunun tıbbi Uygulamasını	Hiç Yapmayanlar		En az bir kez uygulayanlar		
		S	%	S	%	
Kardiyopulmoner resusitasyon konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Katılıyorum	5	35,7	39	81,3	$X^2=12,42$ p=0.002
	Kararsızım	8	57,1	9	18,7	
	Katılmıyorum	1	7,1	-	-	
Defibrilatör kullanımı konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Katılıyorum	9	29,0	22	73,4	$X^2=14,34$ p=0.001
	Kararsızım	18	58,1	4	13,3	
	Katılmıyorum	4	12,9	4	13,3	
Acil doğum durumunda doğuma yardım konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Katılıyorum	18	34,6	9	90,0	$X^2=10,55$ p=0.005
	Kararsızım	24	46,2	1	10,0	
	Katılmıyorum	10	19,2	-	-	
Endotrakeal entübasyon konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Katılıyorum	7	23,3	15	48,4	$X^2=4,410$ p=0.110
	Kararsızım	11	36,7	9	29,0	
	Katılmıyorum	12	40,0	7	22,6	
Travma stabilizasyonu yaparak hastayı nakle hazırlama konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Katılıyorum	2	66,7	52	88,1	$X^2=1,171$ p=0.344
	Kararsızım	1	33,3	7	11,9	
	Katılmıyorum	-	-	-	-	

Ki kare analizi

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, tüm sağlık ekibinin bilgi düzeyleri ve mesleki yeterlilikleri önemli bir faktördür (Reynolds vd., 2017; Yıldırım vd., 2014). Ülkemizde, özellikle hastane öncesi sağlık hizmetleri yoğunlukla AABT ve ATT'ler tarafından yapılmaktadır. Ancak ülkemizde ilk ve acil yardım alanında eğitim gören yardımcı sağlık personelinin eğitimleri konusunda henüz bir standardizasyona ulaşamamıştır (Mercan, 2017). Birçok yüksekokulda öğretim elemanı, eğitim ve öğretim materyali ve mesleki uygulama koşullarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Gündüz, Arserim, Limoncu, & Balcı, 2018; Mercan, 2017). Literatürde konu hakkında az sayıda çalışma olduğundan dolayı araştırmadan elde edilen bulgular ulaşılabilen çalışmalar ile kıyaslanarak tartışılmıştır.

Bu araştırmada öğrencilerin almış oldukları dersler sorgulandığında; kardiyopulmoner resusitasyon, endotrakeal entübasyon ve acil doğum durumu konuları başta olmak üzere bazı konularda eğitim almadıklarını ifade eden öğrenciler bulunduğu tespit edildi (Tablo 2). Ancak, öğrencilerin ders müfredatı içerisinde, AABT yetki ve sorumlulukları dahilinde tanımlanan tüm konular bulunmaktadır ve bu konularda eğitim verilmektedir. Tosun ve ark.'nın, eğitim içerikleri AABT müfredatına göre düzenlenmiş 'Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu' öğrencileri ile gerçekleştirmiş oldukları çalışmada da, gerekli teorik ve/veya pratik eğitimler verildiği halde bu eğitimlerin alınmadığı ifadesi tespit edilmiş ve bu konu ilginç olarak değerlendirilmiştir (Tosun, Kızıllan, Kılıç, Özer, & Yıldırım, 2009). Müfredata göre eğitim verilen konularda eğitim almadıklarını ifade etmelerinin; öğrencilerin bu

konuların işlendiği günlerde devamsızlık yapmış olabileceğinden, bu konularda yeterli farkındalık kazanmamış olabileceklerinden, tıbbi literatüre hakim olmamalarından ve/ veya kendilerini bu konularda eksik hissetmelerinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Bu konunun nedenlerinin detaylı olarak araştırılması ve çözüme yönelik girişimlerde bulunulması, programdan mezun olan öğrencilerin mesleki yetkinliklerinin daha üst seviyelere taşınmasını sağlayacaktır.

Bu araştırmada öğrencilerin kardiyopulmoner resusitasyon (%22.6), endotrakeal entübasyon (%49.2) uygulamalarını hiç yapmamış olduğunu bildirme oranı (Tablo 3), Tosun ve ark.'nın çalışmasına göre (sırası ile %9.3 ve 33.3) daha yüksektir (Tosun vd., 2009). Kırık stabilizasyonu (%19.4), Kanama kontrolü (%21.3), defibrilatör kullanımı (%50), uygulamalarını hiç yapmamış olduğunu bildirme durumu ise Tosun ve ark.'nın çalışmasına göre (sırası ile; %53.7, %33.3, %79.6) daha düşüktür (Tosun vd., 2009). Bu araştırmada defibrilasyon ve kardiyopulmoner resusitasyon uygulamaların hiç yapılmama oranlarının yüksek olması sonucu Yıldırım ve ark.'nın çalışmasında bahsedilen uygulama sayılarının düşük olması sonucu ile benzerlik göstermektedir (Yıldırım, 2017). Aynı çalışmada doğum eylemine destek olma ve yeni doğan bakımına ilişkin uygulama sayılarının daha yüksek olması, bu eğitimlerin tıp fakültesi öğretim elemanları ile verilmesi ve ilgili kliniklerde uygulama yaptırılması ile açıklanmıştır. Bizim çalışmamızda yer alan öğrencilerin, Kadın-Doğum ve Yenidoğan kliniklerinde tanımlanmış bir stajı bulunmamaktadır. Öğrencilerin, doğum eylemine destek olma ve yeni doğan bakımına ilişkin uygulamaları çocuk acil ve yetişkin acil servislerinde görmesi ve uygulaması öngörülmektedir, ancak hastane sevk zinciri nedeni ile bu hastaların acil serviste görülme ihtimali düşüktür. Bu noktada, öğrencilerin yetki ve sorumlulukları dâhilinde olan uygulamaları öğrenebilmeleri açısından, staj ve mesleki uygulama yapılacak birimlerin standardizasyonunun önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, mesleki olarak yeterli hissetme durumunun, sağlık meslek lisesi mezunu olup olmama değişkeni açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak farklı bulunmaması (Tablo 4) sağlık konusundaki önlisans programlarının etkinliğinin belirlenmesi açısından önemlidir. Ancak bu konuda, mezunların mesleki yeterlilik durumlarının belirlenmesine yönelik yapılacak çalışmalar ile daha anlamlı sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, kardiyopulmoner resusitasyon ve doğum eyleminde yardımda bulunma uygulamalarının yapılma durumunun mesleki yeterlilik algısı üzerine olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 5). Yıldırım ve ark.'nın çalışmasında, zor olarak algılanan uygulamalardan, doğum eyleminde yardımda bulunma ve kardiyopulmoner resusitasyon

uygulama sayıları artışının zorluk algısı ile negatif bir ilişki bulunması sonucu bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Yıldırım, 2017). Öğrencilerin mesleki yetki ve sorumlulukları dâhilindeki uygulamaları daha rahat yapabilmeleri açısından, uygulama alanlarının genişletilmesi önemlidir.

Araştırmanın sonucunda; eğitim etkinliğinin artırılması açısından öğrencilerin derse devamlılığının önemli olduğu görülmüştür. Ayrıca, en az bir kez uygulama yapılmış olan konularda öğrenmenin daha etkin olduğu ve öğrencilerin kendilerini mesleki anlamda daha yeterli hissettikleri tespit edilmiştir. Bu sonuç doğrultusunda öğrencilerin uygulama imkanlarının artırılması için gerekli düzenlemelerin yapılması önerilmektedir. Öğrencilerin yeterli uygulama imkanı bulamadıkları konularda da maket ve/veya simülasyon üzerinde eğitim ortamlarının oluşturulmasının hem öğrencilerin beceri kazanmasını sağlayacağı, hem de eğitimleri ve yeterlilik düzeyleri açısından olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Aminizadeh M. Comparing the effects of two different educational methods on clinical skills of emergency intermediate technician: A quasi-experimental research, *Journal of Education and Health Promotion*, 2019; 8.
- Barnard B, Sandbach DD, Nicholls TL, Wilson AW, Ercole A. Prehospital determinants of successful resuscitation after traumatic and non-traumatic out-of-hospital cardiac arrest, *Emerg Med J*, ememed-2018;208165.
- Çelikli S. Kuruluşta bugüne paramedik eğitiminde standardizasyon çabaları ve kırılma noktaları, *Hastane Öncesi Dergisi*, 2016;1(2):39-54.
- Gazete R. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Tebliğ Retrieved from <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326-4.htm>, 26.03.2009.
- Gündüz T, Arserim SK, Limoncu ME, Balcı Ö. İlk ve acil yardım teknikerliğinde eğitimin değerlendirilmesi, *Hastane Öncesi Dergisi*, 2018;3(2):121-129.
- Mercan NC. Paramedik eğitimi uygulama alanlarında yaşanan sorunlar çalıştayı sonuç raporu, *Hastane Öncesi Dergisi*, 2017;2(2):127-134.
- Ohbe H, Isogai S, Nakajima M, Jo T, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H. Physician-manned prehospital emergency care in tertiary emergency centers in Japan, *Acute Medicine & Surgery*, 2019;6(2):165-172.
- Reynolds TA, Sawe H, Rubiano AM, Do Shin S, Wallis L, Mock CN. Strengthening health systems to provide emergency care *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*, 3rd edition: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2017;chapter 13.
- Tosun U, Kızılkınan Ç, Kılıç S, Özer M, Yıldırım N. İlk, Yeni Mezun Paramediklerin İlk ve Acil Yardım Teorik/Uygulamalı Eğitim Düzeyi ve Yeterlilik Alguları, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009;8(4): 291-296.
- Yıldırım D, Sarı E, Gündüz S, Yolcu S. Paramedik eğitiminin dünü ve bugünü past and present of paramedic education, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2014;3(1):51-53.
- Yıldırım GÖ. Paramedik öğrencilerin acil tıp kliniğinde uyguladıkları tıbbi becerilerin değerlendirilmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;6(1):9-19.

THE DETERMINATION OF HEALTH SERVICES VOCATIONAL SCHOOL STUDENTS' KNOWLEDGE LEVELS ABOUT THE EFFECTS OF RADIATION ON HEALTH

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Radyasyonun Sağlık Üzerindeki Etkileri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Zehra Deniz ÇIRAK  Gülşüm YETİŞ  Perihan GÜRBÜZ  Turgay KOLAÇ 
İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 20.11.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 03.12.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ABSTRACT

Radiation is the energy emitted from atomic nuclei when passing to steady state. People are exposed to radiation from many different sources. This research was carried out to determine the students' knowledge levels about the effects of radiation on health. This descriptive research was conducted by using 'questionnaire application method' with 351 students of Health Services Vocational School. The statistical analysis of the data was done by using descriptive statistics and chi-square analysis.

Medical Imaging Program students' answering ratios to the statements; 'Radiation causes headache by damaging brain cells' (86.0%), 'Radiation emitting devices disrupt people's psychology' (75.0%) and 'Cell phones have serious negative impacts on health' (68.0%) as 'yes' were statistically different from other students. The students who stated to take necessary precautions against radiation were determined; not to bring mobile phone in the bedroom (81.1%), to keep radiation emitting devices away from head while asleep (61.1%), not to use mobile phone while it is charged (55.2%), to use laptops away from body (58.3%) in higher ratios.

It has been determined that the radiation knowledge level of the students taking health education is not sufficient. In this regard, it would be beneficial to make arrangements in their curricula.

Keywords: Radiation, health, knowledge level

ÖZ

Radyasyon, sürekli duruma geçerken atom çekirdeğinden yayılan enerjidir. İnsanlar birçok farklı kaynaktan radyasyona maruz kalmaktadır. Bu araştırma, radyasyonun sağlık üzerindeki etkileri konusunda öğrencilerin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu tanımlayıcı araştırma, 351 Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencisi ile "anket başvuru yöntemi" ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi betimleyici istatistikler ve ki-kare analizi kullanılarak yapılmıştır.

Tıbbi Görüntüleme Programı öğrencilerinin; 'Radyasyon beyin hücrelerine zarar vererek baş ağrısına yol açar' (% 86.0), 'Radyasyon yayan cihazlar insanların psikolojisini bozar' (% 75.0) ve 'Cep telefonlarının sağlık üzerinde ciddi olumsuz etkileri vardır' (% 68.0) ifadelerini 'evet' olarak yanıtlama oranları diğer öğrencilerden istatistiksel olarak farklıydı. Radyasyona karşı gerekli önlemleri aldığını belirten öğrencilerin daha yüksek oranlarda; cep telefonunu yatak odasına getirmedikleri (% 81.1), radyasyon yayan cihazları uykuda iken başlarından uzak tuttıkları (% 61.1), şarj edilirken cep telefonunu kullanmadıkları (% 55.2), dizüstü bilgisayarları vücuttan uzak tuttıkları (% 58.3) belirlendi.

Sağlık eğitimi alan öğrencilerin radyasyon bilgisi düzeyinin yeterli olmadığı belirlenmiştir. Bu bakımdan, müfredatlarında düzenlemelerin yapılması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Radyasyon, sağlık, bilgi düzeyi

INTRODUCTION

When an atomic nucleus emits energy in the form of electromagnetic waves or particles, during passing from an unstable state to a more stable form, it is called radiation (Kiang & Olabisi, 2019; Molu, Kahyaoğlu, & Köksal, 2016; Yaren & Radyasyon, 2005). Radiation is in our natural habitat and every living being is exposed to radiation from natural and / or technological sources in the environment (Brenner et al., 2003; Çınar, Çetin, Kalender, & Bağcivan, 2015; Sont et al., 2001).

Sun rays, radio waves that enable radio and television communication, radiofrequency waves emitted from mobile phones, waves emitted by devices used for diagnosis and treatment in health field, x-rays used in industry constitute part of the radiation sources which effect our daily lives (Bauer, Janßen, Schmitz, & Ott, 2017; Bijwaard et al., 2017; Daroit, Visioli, Magnusson, Vieira, & Rados, 2015; Kaya, Adapınar, & Özkan, 1997).

It is important to be aware of the radiation hazards of devices that can not be given up to be used in the technological world. Radiation is examined in two groups as ionizing and non-ionizing radiation. Radiation has negative effects on all living organisms (Goodman, Copplestone, Laptev, Gashchak, & Auld, 2019; Molu et al., 2016; Seawright et al., 2019; Zarei, Vahab, Oryadi-Zanjani, Alighanbari, & Mortazavi, 2019). These adverse effects are related to the dose of radiation exposed and the duration of exposure. Prolonged ionizing radiation exposure above 50-100 μ Sievert (mSv) or acute ionizing radiation exposure above 10-50 mSv have been shown to have adverse effects on the human population (Brenner et al., 2003; Daşdağ, 2010; Jacob, Vivian, & Steel, 2004).

Chronic effects of long-term low-dose radiation exposure in the life span has been determined to cause non-neoplastic diseases in many different systems as developmental disorders, intrauterine period anomalies, cataracts and sterility, as well as malignancies. Studies have shown that radiation exposure causes DNA damage and is a risk factor for many cancers as leukemia, lymphoma, lung, bone, liver and kidney cancers (Behjati et al., 2016; Jacob et al., 2004; Kiang & Olabisi, 2019). Also, exposed radiation dose has been shown to increase all causes of death (Kiang & Olabisi, 2019; Seawright et al., 2019; Zarei et al., 2019). Besides, short-term high-dose radiation exposure causes vomiting, hematopoietic system suppression, hair loss, tissue / organ bleeding and infections (Daşdağ, 2010; Osovets, Azizova, Day, Wald, & Moseeva, 2012; Waselenko et al., 2004).

Radiation has no harmless threshold dose value, radiation-containing devices have become a part of our lives (Kiang & Olabisi, 2019). Therefore, awareness about the effects of

radiation and the ways of protection has been gaining importance day by day (Bulus, 2001; Brenner et al., 2003; Jacob et al., 2004; Shiralkar et al., 2003). Considering that young people are more exposed to radiation, it is important to determine and raise awareness of the Vocational School of Health Services students' knowledge levels about the effects of radiation on health.

METHODS

The aim of this research was to determine the knowledge levels of; First and Emergency Aid, Pharmacy Services, Medical Imaging Techniques, Child Development, Medical Laboratory Techniques, Medical Documentation and Secretarial, Oral and Dental Health, Home Patient Care programs students about radiations effect on health and to compare the Medical Imaging Techniques Program students' knowledge levels (who have courses on radiation in their education curriculum) with the stated program students.

The universe of this descriptive research consisted of 480 students who were actively taking education in Vocational School of Health Services in 2016-2017 academic years. In the research, it was aimed to reach the whole universe without using a sample selection method. However, those who refused to participate in the research and who did not attend to school at the time of the research were excluded from the research. After the exclusion of the forms with missing data, the research was completed with a sample of 351 students.

At the beginning of the research, written permissions from Malatya Clinical Research Ethics Committee (2018/6-7), Health Services Vocational School in which the research was performed and informed consent of the students who were participating in the research on a voluntary basis were obtained. In the research; a questionnaire prepared by the researchers using the literature information was used. Survey form consists of 42 questions including; 8 questions about socio-demographic characteristics of the students, 8 questions about their opinion on the effects of radiation on health and 26 questions about their information level on radiation.

The data were collected by using questionnaires in the classroom environment during the extracurricular hours. The questionnaires were completed by the students in 5-10 minutes and the completed forms were collected by the researchers. Statistical analysis of the data was performed with SPSS program by using descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation) and chi-square analysis. Results were evaluated at 95% confidence interval and $p < 0.05$ significance level.

RESULTS

70.9% of the students (n = 351) were girls and the mean age was 19.70 ± 1.94 . 67.0% of the students were in the first year of their education. Of the students who performed in the research; 21.9% (77) was from First and Emergency Aid program, 15.7% (55) was from Pharmacy Services program, 14.2% (50) was from Medical Imaging Techniques program, 13.4% (47) was from Child Development program, 13.1% (46) was from Medical Laboratory Techniques program, 9.4% (33) was from Medical Documentation and Secretariat program, 8.0% (28) was from Oral and Dental Health program and 4.3% (15) was from Home Patient Care program (Figure 1).

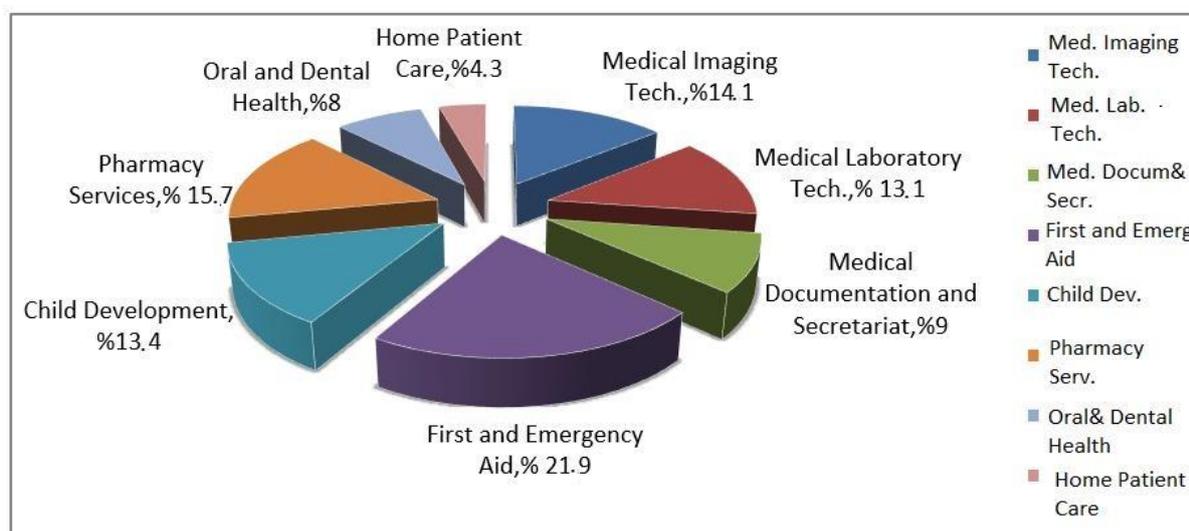


Figure 1 . Percentage of programs of the students who attended the research

When the answers of the students to the statements; ‘Radiation increases the risk of cancer by weakening the immune system’, ‘Radiation causes headache by damaging brain cells’, ‘Exposure to radiation can cause abortion’ were analyzed, the answers were found to be as ‘yes’ in similar proportions of 94.6%, 94%, 95.1% in order (Table 1). In addition, the sentences which were defining the harmful effects of radiation on other living beings; ‘Radiation has negative effects on other living beings besides humans’ and ‘Radiation-emitting vehicles damage the vegetation’ were answered as ‘yes’ by the rates of 91.1% and 85.1% in order. It was found that 71.6% of the respondents stated that ‘Radiation-emitting vehicles cause regional climate change’.

Table 1: Students' answers to the statements about radiation

Answer the following statements based on your own thoughts	Yes		No	
	#	%	#	%
a. Radiation increases the risk of cancer by weakening the immune system	332	94.6	19	5.4

b. Radiation causes headache by damaging brain cells	328	94.0	21	6.0
c. Radiation-emitting devices disrupt people's psychology	210	60.7	136	39.3
d. Mobile phones seriously affect human health in a negative manner	277	79.1	73	20.9
e. Radiation emitting vehicles cause regional climate change	249	71.6	99	28.4
f. Radiation-emitting vehicles damage the vegetation	297	85.1	52	14.9
g. Exposure to radiation can cause abortion	212	95.1	11	4.9
h. Radiation has negative effects on other living beings besides humans	205	91.1	20	8.9

Table 2 compares the students' answers about radiation according to their educational status in the Medical Imaging Program and other programs. Medical Imaging Program students answering ratios to the statements; 'Radiation causes headache by damaging brain cells' (86.0%), 'Radiation emitting devices disrupt people's psychology' (75.0%) and 'Cell phones seriously affect human health' (68.0%) as 'yes' was found to be statistically significantly higher than other students ($p < 0.05$).

Although it is not statistically significant ($p > 0.05$), Medical Imaging Program students answered the statements; 'Radiation increases the risk of cancer by weakening the immune system' (92.0%) and 'Radiation-emitting vehicles cause regional climate change' (61.2%) as 'yes' in higher ratios (Table 2).

Table 2: The comparison of the answers given to the statements about radiation by the students of the Medical Imaging Program and other programs

Statements about radiation	Answer	Medical Imaging Techniques Students		Students of the Other Programs		Significance
		S	%	S	%	
Radiation increases the risk of cancer by weakening the immune system	Yes	46	92.0	270	89.9	$X^2=0.76$
	No	4	8.0	31	10.1	$p=0.279$
Radiation causes headache by damaging brain cells	Yes	43	86.0	252	84.3	$X^2=6.57$
	No	7	14.0	47	15.7	$p=0.019$
Radiation-emitting devices disrupt people's psychology	Yes	36	75.0	198	66.4	$X^2=29.76$
	No	12	25.0	100	33.6	$p=0.000$
Mobile phones seriously affect human health in a negative manner	Yes	34	68.0	196	65.4	$X^2=4.38$
	No	16	32.0	103	34.6	$p=0.032$
Radiation emitting vehicles cause regional climate change	Yes	30	61.2	180	60.3	$X^2=2.98$
	No	19	38.8	119	39.7	$p=0.062$
Radiation-emitting vehicles damage the vegetation	Yes	42	84.0	255	85.3	$X^2=0.05$
	No	8	16.0	44	14.7	$p=0.477$

The answering ratio of the statement 'Radiation-emitting vehicles damage the vegetation' was close to each other and this rate was statistically insignificant ($p > 0.05$).

The students who said 'yes' to the statement 'I take necessary precautions to be protected against radiation' were determined; not to bring their mobile phone in the bedroom (81.1%), to keep devices such as mobile phones and computers away from head while asleep (61.1%), not to use their mobile phone while it is charged (55.2%), to use laptops away from their body

(58.3%) in higher ratios. These behaviors were found to be statistically significant ($p < 0.05$) (Table 3).

In addition, students who stated to take necessary precautions to be protected against radiation were found to think that microwave oven should not be used because of its radiation emitting feature (52.5%) and this was statistically significant ($p < 0.05$). However, they were found to disagree to the statements of 'hair dryer (57.1%) and air conditioner (56.4%) should not be used because of their radiation emitting effects', in a statistically significant manner ($p < 0.05$) (Table 3).

Table 3: Comparison of students' answers to radiation related statements according to their statements about taking necessary precautions to be protected against radiation

	I take necessary precautions to be protected against radiation					
	Answer	Yes		No		significance
		#	%	#	%	
I do not bring my mobile phone in the bedroom	Yes	31	18.9	15	8.2	$X^2=8.73$
	No	133	81.1	169	91.8	$p=0.002$
I keep devices such as mobile phones and computers away from my head while I sleep	Yes	99	61.1	62	33.7	$X^2=26.02$
	No	63	38.9	122	66.3	$p=0.000$
I do not use my mobile phone while it is charged	Yes	90	55.2	52	28.4	$X^2=25.58$
	No	73	44.8	131	71.6	$p=0.000$
I use laptops away from my body	Yes	95	58.3	68	37.2	$X^2=15.43$
	No	68	41.7	115	62.8	$p=0.000$
Microwave should not be used as it emits radiation	Yes	85	52.5	70	38.0	$X^2=7.25$
	No	77	47.5	114	62.0	$p=0.005$
Hair dryer should not be used as it emits radiation	Yes	69	42.9	52	28.3	$X^2=8.03$
	No	92	57.1	132	71.7	$p=0.003$
Air conditioning should not be used as it emits radiation	Yes	71	43.6	49	26.6	$X^2=10.94$
	No	92	56.4	135	73.4	$p=0.001$
I try to stay away from all radiation emitting vehicles	Yes	96	59.3	52	28.6	$X^2=32.92$
	No	66	40.7	130	71.4	$p=0.000$
I constantly warn my environment about the damages of radiation	Yes	92	57.1	48	26.1	$X^2=34.34$
	No	69	42.9	136	73.9	$p=0.005$

The students who said 'yes' to the 'I take necessary precautions to be protected against radiation' statement were determined to; try to stay away from all radiation-emitting vehicles (%59.3) and constantly warn their environment about the damages of radiation (%57.1) in significantly higher ratio ($p < 0.05$) (Table 3).

DISCUSSION

In daily lives, people are exposed to radiation due to many natural (cosmic, earth) and human made (technological products such as mobile phones, medical imaging devices) factors. Safe radiation exposure is only possible through training and increased awareness about radiation. The media and educational institutions should undertake important tasks on

this topic. In this research, questions about general radiation knowledge were asked to the Health Services Vocational School students, in order to compare the radiation knowledge level among students who took education about radiation and who did not. Medical Imaging Techniques students' level of knowledge about radiation was found to be better than other students. Yalçın et al. also had investigated teachers' attitudes towards radiation and found that science-technology and mathematics teachers' attitudes towards radiation concept were positively higher than other branch teachers (Yalçın, Karenoğulları, & Yalçın, 2018). It is thought that this situation depends on the received theoretical education and may be related to the curriculum. In a recent study that determined the patients' knowledge level about the harmful effects of radiation, 76% of the population, most of whom were older than 45 years and were primary school graduates, stated that radiation had harmful effects (Güdük, Kılıç, & Güdük, 2018). Koçyiğit et al. (2014), in a study conducted with assistant physicians, medical school students, nurses and 250 participants working in a university hospital, has determined the students to have better knowledge levels about radiation. They have explained this result by recent and updated education (Koçyiğit et al., 2014). In this research, high awareness about radiation hazards may be due to the fact that the research has been done with the young population receiving university education.

Medical Imaging Program students' statements about the negative effects of radiation on human health are significantly different from the other students and this result is similar to the study of Sarıgöz et al. (Sarıgöz, Karakuş, & İrak, 2012). Yücel et al., in a study conducted with patients of whom most of them were primary school graduates and were waiting for radiological examination, has determined the ratio of cancer and radiation correlation to be known as 57.78 ± 19.87 . The ratio was found to increase with educational level (Yücel et al., 2009). In this research, the answering ratio to the statement 'Exposure to radiation can cause abortion' as 'yes' has been determined to be higher than; Ağbulut and Oktay's study with high school students (68.9%) and their parents (72.8%), and another study with patients (33.5%) (Ağbulut & Oktay, 2017; Yücel et al., 2009). This difference may be due to the fact that the sample group of the research is studying in the health field. The answer to the statement about usage of laptops away from their body (58.3%) is similar with Sarıgöz et al.'s study (Sarıgöz et al., 2012). In the research, although the students stated that microwave oven should not be used because of its radiation emitment, the same answer was not taken in the statements about hair dryer and air conditioner usage. These results point out that the students' awareness about radiation emitting devices may be confusing. Also, the students who indicated to take necessary precautions to be protected against radiation, stated that they

tried to stay away from all radiation-emitting vehicles (%59.3) and they constantly warned their environment about the damages of radiation (%57.1). This is a positive point about the social responsibility status of the students.

In the research, when compared to other subjects, awareness of the effect of radiation on climate and vegetation was lower in all students. This result is similar to that of Sarıgöz et al.'s study (Sarıgöz et al., 2012). It is seen that social awareness is not sufficient and awareness should be increased on these issues. The students should be educated about radiation in the curriculum, and after graduation, they should be provided with up-to-date information in order to refresh their knowledge through in-service training programs. At the same time, it is obvious that the media are effective in providing and sharing information on radiation protection and radiation safety. Seminars, programs and brochures can be prepared and shared through the media about radiation.

REFERENCES

- Ağbulut H, Oktay M. Radyasyonun taşınması ve yayılımı hakkında öğrencilerin ve halkın görüşleri nelerdir? *Marm Üni Ata Eğ Fak Eğ Bil Der*, 2017;44:1-13. [\[CrossRef\]](#)
- Bauer S, Marco J, Martin S, Günter O. Mathematical modeling of optical radiation emission as a function of welding power during gas shielded metal arc welding, *Heal phy*, 2017;113:335-346. [\[CrossRef\]](#)
- Behjati S, Gundem G, Wedge DC, et al. Mutational signatures of ionizing radiation in second malignancies, *Nat com*, 2016;7:1-8. [\[CrossRef\]](#)
- Bijwaard H, Vries G, J.Scheurleer J, et al. Compliance to Diagnostic Reference Levels for radiation exposure in common radiological procedures in Dutch hospitals: A nation-wide survey carried out by medical imaging students, *Radiogr*, 2017;23:197-201. [\[CrossRef\]](#)
- Bolus NE. Basic review of radiation biology and terminology, *J nuc med tech*, 2001;29:67-73. [\[CrossRef\]](#)
- Brenner DJ, Doll R, Goodhead TD, et al. Cancer risks attributable to low doses of ionizing radiation: assessing what we really know, *PNAS*, 2003;100:13761-13766. [\[CrossRef\]](#)
- Çınar Fİ, Çetin FŞ, Kalender N, Bağcıvan G. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin güneşten korunmaya ilişkin davranışlarının belirlenmesi, *Gülh Tıp Derg*, 2015;57:241-246. [\[CrossRef\]](#)
- Daroit NB, Visioli F, Magnusson AS, Vieira Gr, Rados PV. Cell phone radiation effects on cytogenetic abnormalities of oral mucosal cells, *Bra or res*, 2015;29. [\[CrossRef\]](#)
- Daşdağ S. İyonlaştırıcı radyasyonlar ve kanser, *Dicle T Der*, 2010;37:177-185.
- Goodman J, Copplestone D, Laptev GV, Gashchak S, Auld KJRS. Variation in chronic radiation exposure does not drive life history divergence among *Daphnia* populations across the Chernobyl Exclusion Zone, *Eco Ev*, 2019;9:2640-2650. [\[CrossRef\]](#)
- Güdük Ö, Kılıç CH, Güdük Ö. Radyasyonun Zararlı Etkileri Hakkında Hastaların Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Örneği, *Adıy Ün Sağ Bil Der*, 2018;4:874-889. [\[CrossRef\]](#)
- Jacob K, Vivian G, Steel J. X-ray dose training: are we exposed to enough? *Cl rad*, 2004;59:928-934. [\[CrossRef\]](#)

Kaya T, Adapınar B, Özkan Y. *Temel radyoloji tekniği, Nobel Kitabevi, İstanbul, 1997.*

Kiang JG, Olabisi AO. *Radiation: a poly-traumatic hit leading to multi-organ injury, Cell & Biosci, 2019;9:25.* [\[CrossRef\]](#)

Koçyiğit A, Kaya F, Çetin T, et al. *Radyolojik tetkikler sırasında maruz kalınan radyasyon hakkında sağlık personelinin bilgi düzeyleri, Pam T Der, 2014;7:137-142.* [\[CrossRef\]](#)

Molu Z, Kahyaoğlu H, Köksal EA. *Fen Bilgisi Öğretmen Adaylarının Radyoaktiflikle İlgili Bilgi Düzeyleri, JOTCSC, 2016;1:165-190.* [\[CrossRef\]](#)

Osovets S, Azizova TV, Day RD, Wald N, Moseeva MB. *Direct and indirect tasks on assessment of dose and time distributions and thresholds of acute radiation exposure, Hea phy, 2012;102:182-195.* [\[CrossRef\]](#)

Sarıgöz O, Karakuş A, İrak K. *Meslek yüksekokulu öğrencilerinin elektromanyetik kirlilik ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi, Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges), 2012;2:1-8.* [\[CrossRef\]](#)

Seawright JW, Sridharan V, Landes RD, et al. *Effects of low-dose oxygen ions and protons on cardiac function and structure in male C57BL/6J mice, Li Sci Sp Res, 2019; 20:72-84.* [\[CrossRef\]](#)

Shiralkar S, Rennie A, Snow M, Galland RB, Lewis MH, Gower-Thomas K. *Doctors' knowledge of radiation exposure: questionnaire study, Bmj, 2003;327:371-372.* [\[CrossRef\]](#)

Sont WN, Zielinski JM, Ashmoreet JP, et al. *First analysis of cancer incidence and occupational radiation exposure based on the National Dose Registry of Canada, Am J Epid, 2001;154:309-318.* [\[CrossRef\]](#)

Waselenko JK, MacVittie TJ, Blakely WF, et al. *Medical management of the acute radiation syndrome: recommendations of the Strategic National Stockpile Radiation Working Group, A int med, 2004;140: 1037-1051.*

Yalçın P, Karenogulları T, Yalçın SA. *Öğretmenlerin Radyasyon Kavramına Karşı Tutum ve Bilgilerinin Değerlendirilmesi, Eğ Bil, 2018;43:245-260.* [\[CrossRef\]](#)

Yaren H, Karayılanoğlu T. *Radyasyon ve insan sağlığı üzerine etkileri, TSK Kor Hek Bült, 2005;4:199-208.* [\[CrossRef\]](#)

Yücel A, Karakas E, Bulbul E, Kocar İ, Duman B, Onur A. *Knowledge about ionizing radiation and radiation protection among patients awaiting radiological examinations: a cross-sectional survey, Koc T Der, 2009;10:25-31.* [\[CrossRef\]](#)

Zarei S, Vahab M, Oryadi-Zanjani MM, Alighanbari N, Mortazavi SMJ. *Mother's Exposure to Electromagnetic Fields before and during Pregnancy is Associated with Risk of Speech Problems in Offspring, J biomed phy & eng, 2019;9:61.*

EBELERİN İŞE BAĞLI GERGINLİKLERİ İLE ÇATIŞMA ÇÖZÜM STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Relationship between Midwifery Work Related Strain and Conflict Resolution Styles

Zeliha ÖZŞAHİN¹  Gülçin NACAR²  Yeşim AKSOY DERYA¹ 

¹ İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Malatya

² İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 02.12.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 09.12.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ÖZ

Bu araştırma, ebelerin işe bağlı gerginlikleri ile çatışma çözüm stilleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Tanımlayıcı ve ilişkisel nitelikte planlanan bu araştırma Türkiye'nin doğusunda bulunan bir il ve bu ile bağlı ilçe hastanelerinde çalışan 115 ebe üzerinde yürütülmüştür. Veriler, "Kişisel Tanıtım Formu", "İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ)" ve "Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği (ÇÇSE)" ölçeği aracılığı ile elde edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ebelerin yaş ortalamasının 39.05 ± 8.56 ve %50.9'unun lisans mezunu olduğu görülmüştür. Ebelerin %37'sinin doğum salonunda çalıştığı, %58.8'inin hem gündüz hem de gece çalıştığı bulunmuştur. Ebelerin işe bağlı gerginlik ölçeği puan ortalaması 58.35 ± 7.39 iken, ÇÇSE puan ortalaması 40.95 ± 7.72 'dir. Ebelerin işe bağlı gerginlik ölçeği ve çatışma çözüm stilleri puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (r: -0.240; p: 0.010). Ayrıca çatışma çözüm stilleri puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunurken (r: -0.240; p: 0.011), diğer alt boyutları ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan ebelerin işe bağlı gerginlik düzeylerinin yüksek olduğu ve eşleriyle yaşadığı ilişkilerde bu durumdan etkilendiği saptanmıştır. İşe bağlı gerginlik düzeyi arttıkça çatışma çözmede İletişimi kesme yönteminin daha çok kullanıldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İşe bağlı gerginlik, ebelik, çatışma çözüm stilleri

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between midwifery work-related strain and conflict resolution styles. A province in eastern Turkey this research descriptive and relational nature of planned and connected with working in this district hospitals was conducted on 115 midwives. Data were collected using the "Personal Information Form", "Work-related Strain Inventory(WRSI)" and "Conflict Resolution Styles Inventory (CRSI)". In statistical evaluation; Number, percentage, mean, standard deviation and Pearson correlation analysis were used. The mean age of the midwives participating in the study was 39.05 ± 8.56 and 50.9% of them were bachelor's degree. It was found that 37% of midwives worked in delivery room and 58.8% worked both day and night. The mean score of work-related strain inventory of midwives was 58.35 ± 7.39 , of Conflict Resolution Styles Inventory was 40.95 ± 7.72 . There was a weak negative relationship between midwives' mean scores on work-related strain inventory and conflict resolution styles inventory (r: -0.240; p: 0.010).

In addition, there was a negative correlation between the conflict resolution styles inventory communication cut-off subscale and the mean score of the work-related tension scale (r: -0.240; p: 0.011), but no significant relationship was found between the other subscales. It was found that midwives who participated in the study had high levels of work-related strain and were affected by their relationship with their spouses. As the level of work-related strain increases, it is determined that the method of cutting communication is used more in conflict resolution.

Keywords: Work-related strain, midwifery, conflict resolution styles

Zeliha ÖZŞAHİN ✉, zelis_akbulut@hotmail.com
İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Malatya

How to cite this article / Bu makaleye atıf yapmak için: Özşahin Z, Nacar G, Aksoy Derya Y. Ebelerin İşe Bağlı Gerginlikleri ile Çatışma Çözüm Stilleri Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 2019; 7(2): 187-195. doi: 10.33715/inonusaglik.654057

GİRİŞ

Çalışma ortamı kavramı; çalışma saatleri, fiziksel çevre, iş sağlığı ve güvenliği, maddi konuları içine alan çalışma koşulları kavramını da kapsamanın yanı sıra profesyonel kimlik, karara katılma, anlamlı iş, özerklik, profesyonel gelişim, etkili liderlik, yöneticiler ve diğer meslektaşlarla ilişkiler, karşılıklı güven, fiziksel ve psikolojik güvenlik, öğrenmenin teşvik edilmesi, etkili iletişim ve ekip çalışması gibi etkenleri barındıran bir kavramdır (Saygılı, 2008). Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalar duyguların çalışma ortamından oldukça etkilendiğini göstermektedir (Weber & Bartle-Haring, 1998; Soylu & Kağnıcı, 2015; Şahin & Aksu, 2015). Duyguların iş yaşamının ayrılmaz bir parçası olduğu ve çalışma ortamıyla iç içe olduğu göz önünde bulundurulursa, çalışanların duygusal durumlarına daha fazla önem verilmesi gerektiği görülmektedir (Gürbüz & Yüksel, 2008).

Hastane ortamı sağlık alanında çalışanların yoğun olarak stres yaşadıkları yerlerden biridir (Arıkan & Karabulut, 2004). Ağır iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, gece çalışma, hasta ve yakınlarına duygusal destek verme zorunda olma gibi nedenler sağlık profesyonellerinin iş yaşamıyla ilgili stres ve gerginlik yaşamasına neden olmaktadır (Başçı, Özyurda & Yılmazel 2016). İşe bağlı gerginlik insanlarla yoğun ve süreğen ilişkide olan ebeler gibi mesleklerde görülmektedir (Sünter, Canbaz, Dabak, Öz & Pekşen 2006; Koşucu, Göktaş & Yıldız, 2017). Ebelerin doğumhane, acil servis, jinekolojik servisler gibi diğer çalışma alanlarında hasta güvenliği ilkeleri doğrultusunda, doğum eylemini anne ve bebeğin sağlığını riske atmadan yönetebilmeleri, doğum sonrası gelişebilecek acil durumlara uygun şekilde müdahale edebilmek ve bütün doğum eylemi sürecinde, nitelikli bakım vermelerinin uygun çalışma koşulları ve yoğun olmayan iş yükleri ile yakından ilgilidir (Özkan, Saygılı, & Aba 2018). Ayrıca yoğun çalışma temposu, gece nöbetleri, eleman eksikliği, iş ortamındaki problemler, sağlık hizmeti verilirken oluşan bazı yetersizlikler nedeniyle gerektiğinden fazla çalışma, sağlık çalışanlarının dağılımının orantısız dağılımı gibi sorunlar sağlık profesyonellerinde bıkkınlık ve işe bağlı gerginlik sorunlarını beraberinde getirmektedir (Başçı vd., 2016; Sivrikaya, & Erişen, 2019). Kişilerin işe bağlı gerginliği sadece iş ortamıyla sınırlı kalmamakta, iş yaşamının devamı niteliği taşıyan aile hayatı da dahil genel yaşamını da olumsuz etkileyerek çatışmalara yol açabilmektedir (Koşucu vd., 2017).

Kavramsal olarak çatışma, birbirine bağlı iki ya da daha fazla taraf arasında birbirine zıt hedefler, ihtiyaçlar, istekler, değerler, inançlar veya tutumlara dayalı yaşanan kişilerarası ya da içsel uyumsuzluk olarak tanımlanmıştır (Iglesias, & Becerro de Bengoa Vallejo, 2012; Şahin & Aksu, 2015). Çatışma tüm kişilerarası ilişkilerde kaçınılmaz bir olaydır. Önemli olan

çatışmanın ne kadar sıklıkta yaşandığı ve çatışma çözme stilidir (Weber & Bartle-Haring, 1998; Wood 2008). Evlilikte çatışma çözme stilleri, çiftlerin ilişkilerinde karşılaştıkları sorunları ele alma şekilleri olarak tanımlanmaktadır (Wood, & Bell, 2008). Çiftler arasındaki ilişkide çiftlerden birinin diğerinin duygularını ve düşüncelerini doğru bir şekilde anlaması önemli bir faktördür (Soylu & Kağnıcı, 2015). İlişkiyi geliştiren, iki tarafı da yıpratmayan ve tatmin eden şekilde çatışmaların sonlandırılması yapıcı çatışma çözme stilleri olarak adlandırılmıştır (Gözkan, 2017). Düşmanca duyguların dile getirildiği, kırıncı veya taraflardan birinin diğerini baskı altına alarak kendi isteği üzerinde direktmesi, yani çözülmeyen çatışmalar ise yıkıcı çatışma çözme stilleri olarak kabul edilmiştir (Moed vd., 2015). Demografik farklılıklar, değer farklılığı, yetersiz iletişim, güvensizlik ve çalışma ortamları çatışmaya neden olabilir (Holt & De Vore, 2005; Rodriguez 2006, Aydın 2013). Buradan yola çıkarak bu araştırma, ebelerin işe bağlı gerginliklerinin eşleri ile yaşadıkları çatışmalarda kullandıkları çözüm stilleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma ebelerin işe bağlı gerginlikleri ile çatışma çözüm stilleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Malatya'ya bağlı ilçe hastanelerinde çalışan ebeler oluşturmuştur. Çalışmada örneklem hesaplaması yapılmamıştır. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir ve araştırmaya katılmayı kabul eden evli 115 ebe örneklemi oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, ebelerin çalışma özelliklerini belirleyen “Kişisel Tanıtım Formu”, “İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği” ve “Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği” kullanılmıştır.

Kişisel Tanıtım Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel tanıtım formunda, ebelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaşı, medeni durumu, eğitim durumunu içeren 3 soru), çalışma şekli (birim, çalışma yılı, nöbet sayısı gibi 5 soru) olmak üzere toplamda 8 soru yer almaktadır.

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ): Bu ölçek, 1991 yılında Revicki ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği Aslan ve arkadaşları tarafından

1998 yılında yapılmıştır. İşe bağlı gerginlik ölçeği 18 sorudan oluşan 4'lü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekte yer alan ifadeler için 1= Bana hiç uygun değil, 2=Kısmen bana uygun, 3=Bana uygun, 4=Büyük ölçüde bana uygun, 5=Tamamıyla bana uygun şeklinde puanlama istenmiştir. Ölçekte yer alan 2, 4, 8, 9 ve 11. ifadeler ters yönde puanlanmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan 72'dir. Aslan ve arkadaşları tarafından güvenilirlik katsayısı 0.85 ile 0.90 arasında bulunmuştur (Aslan, 1998; Koşucu 2017).

Çatışma Çözme Stilleri Envanteri (ÇÇSE): Envanter, orijinal olarak yetişkin çift ilişkileri için hazırlanmış (Kurdek, 1994) ve CONAMORE proje ekibi (Branje vd., 2009; de Wied vd., 2007; Missoten vd., 2011, 2016, 2017; Muriel vd., 2011; van Doorn vd., 2007, 2008, 2011a, 2011b) tarafından ergen - ebeveyn ilişkileri için kullanılmak üzere uyarlanmıştır. Envanter proje yürütücüsü tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, İngilizce ve Türkçe 'ye hâkim bir araştırma görevlisi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Kullanıma geçmeden önce maddeler Türkçe anlaşılabilirlik açısından tekrar gözden geçirilmiş, maddelerin anlamını koruyarak Türkçe en iyi ne şekilde ifade edilebileceği üzerinde çalışılmıştır. Envanter, 16 madde içermekte ve her biri 4 madde içeren 4 alt ölçekten oluşmaktadır: Çatışmaya girme (örn. "*Ona yönelik sert sözler söylerim*", "*Kendimi kaybeder, söylemek istemediğim şeyler söylerim*"), sorun çözme (örn. "*İkimizin de kabul edebileceği seçenekler bulurum*", "*Sorunu tartışır ve bir orta yol bulmaya çalışırım*"), iletişimi kesme (örn. "*Onu yok sayarım/ilgi göstermem*", "*Geri çekilir, mesafeli ve ilgisiz davranırım*") ve uyum gösterme (örn. "*Kendi görüşümü biraz savunsam da onun isteğine uyarım*", "*kendi görüşümü savunmam*"). Ölçeğin maddeleri 5'li Likert ölçeğine göre değerlendirilmektedir (1 = *Hiçbir zaman*; 5 = *Her zaman*). Bu çalışmada ergenler bu ölçeği anne, baba ve yakın arkadaşları ile olan ilişkileri için cevaplamışlardır. Çiftlerle yapılmış olan orijinal psikometrik çalışmada (Kurdek, 1994) iç tutarlılık katsayıları şu aralıklarda bulunmuştur: problem çözme .68 - .82, çatışmaya girme .72 - .85, iletişimi kesme .66 - .86 ve uyum gösterme .77 - .89 (Gözkan, 2017).

Verilerin Toplanması

Veriler Haziran 2019- Ekim 2019 tarihleri arasında Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi ve ilçe devlet hastanelerinde hafta içi günlerde araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Yapılan görüşmeler ortalama 10 dk sürmüştür.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülebilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (Karar No: 2019/70). Hastanede

çalışan ebelere araştırmacılar tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra anketler uygulandı.

Araştırmanın Sınırlılığı

Bu araştırma, sadece bir ilde çalışan ebeler ile gerçekleştirildi. Elde edilen sonuçların tüm ebelere genellenmesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Verilerin Analizi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi SPSS 22.0 paket programını kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan ebelerin sosyodemografik özellikleri tablo 1’ de gösterilmiştir. Ebelerin yaş ortalamasının 39.05 ± 8.56 olduğu ve %50.9’ unun lisans mezunu olduğu görülmüştür. Ebelerin %37’ sinin doğum salonunda çalıştığı, %58.8’ nin hem gündüz hem de gece çalıştığı bulunmuştur. Ebelerin ortalama çalışma süresinin 17.13 ± 9.7 yıl olduğu, aylık ortalama nöbet sayısının 6.48 ± 5.8 olduğu ve kişi başına düşen ortalama hasta sayısının 15.21 ± 12.1 olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Ebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (S: 115)

Sosyodemografik Özellikler		
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	39.05 ± 8.56	
Eğitim	Sayı	%
Lise mezunu	16	14.0
Ön lisans mezunu	33	28.9
Lisans mezunu	58	50.9
Yüksek lisans mezunu	7	6.1
Çalıştığı birim		
Doğum salonu	37	32.5
Lohusa servisi	12	10.5
Jinekoloji servisi	4	3.5
Diğer (poliklinik, NST vb.)	61	53.5
Çalışma şekli		
Gündüz	30	26.3
Gece	17	14.9
Hem gece hem gündüz	67	58.8
Çalışma süresi (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	17.13 ± 9.7	
Nöbet sayısı (ay) ($\bar{X} \pm SS$)	6.48 ± 5.8	
Kişi başına düşen hasta sayısı ($\bar{X} \pm SS$)	15.21 ± 12.1	

Araştırmaya katılan ebelerin İBGÖ ve ÇÇSE ile alt boyutların puan ortalamasının dağılımı tablo 2’ de sunulmuştur. Ebelerin İBGÖ puan ortalaması 58.35 ± 7.39 iken, ÇÇSE

puan ortalaması 40.95 ± 7.72 ' dir. Ebelerin ÇÇSE' nin alt boyutları puan ortalaması ise sırasıyla çatışmaya girme alt boyutu için 7.66 ± 3.29 , sorun çözme alt boyutu için 13.36 ± 2.95 , iletişimi kesme alt boyutu için 10.07 ± 3.20 ve uyma alt boyutu için 9.85 ± 4.08 ' dir (Tablo 2).

Tablo 2. Ebelerin İBGÖ ve ÇÇSE ile alt boyutlarının puan ortalamasının dağılımı (S: 115)

Ölçek	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm SS$
İBGÖ	38.0	72.0	58.35 ± 7.39
ÇÇSE	22.0	64	40.95 ± 7.72
Çatışmaya girme alt boyutu	4.0	20.0	7.66 ± 3.29
Sorun çözme alt boyutu	5.0	18.0	13.36 ± 2.95
İletişimi kesme alt boyutu	4.0	18.0	10.07 ± 3.20
Uyma alt boyutu	4.0	39.0	9.85 ± 4.08

Araştırmaya göre ebelerin İBGÖ ve ÇÇSE ile alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi tablo 3' te gösterilmiştir. Ebelerin İBGÖ ve ÇÇSE puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (r: - 0.240; p: 0.010). Ayrıca ÇÇSE iletişimi kesme alt boyutu ile İBGÖ puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunurken (r: -0.240; p: 0.011), diğer alt boyutları ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Ebelerin İBGÖ ve ÇÇSE ile alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	İBGÖ
ÇÇSE	r : - 0.240; p: 0.010
Çatışmaya girme alt boyutu	r : - 0.147; p: 0.118
Sorun çöme alt boyutu	r : 0.009; p: 0.924
İletişimi kesme alt boyutu	r : - 0.240; p: 0.011
Uyma alt boyutu	r : - 0.156; p: 0.097

r : Pearson Korelasyon Analizi

TARTIŞMA

Ebelik mesleği gebelik ve doğum gibi yaşamın en özel anlarında kadınlara ve ailelerine bakım verme fırsatı vermesinin yanı sıra, anne ve bebeğin zarar görmeden dünyaya gelmesi için yüklenen sorumluluk, etik problemler ve hekim, yönetici gibi diğer disiplinler ile yaşanan problemler nedeniyle oldukça stresli bir meslektir (Karaçam & Akyüz, 2011). İşe bağlı yaşanan bu gerginlik aile ve sosyal yaşantıyı olumsuz etkileyebilmektedir (Coskuner, 2013; Şahin & Sarıdemir, 2016). Özellikle iş kaynaklı gerginlik bireylerin evlilik ilişkilerinde de sorunlara yol açabilmektedir (Canel, 2012). Ebelerin işe bağlı gerginlikleri ile çatışma çözüm stilleri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırma bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada ebelerin İBGÖ puan ortalamasının 58.35 ± 7.39 olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Avcı ve arkadaşları (2018) hemşireler ile yaptıkları çalışmalarında İBGÖ puan ortalaması 35.160 ± 6.186 bulurken, Başçı ve arkadaşları (2016) hemşirelerin İBGÖ puan ortalamasını 31.81 ± 4.09 olarak bulmuştur. Koşucu ve arkadaşları (2017) ise hemşirelerin işe bağlı gerginlik puan ortalamalarının 40.97 ± 9.02 olduğunu saptamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre ebelerin işe bağlı gerginlik düzeyleri Avcı ve arkadaşları (2018), Başçı ve arkadaşları (2016) ve Koşucu ve arkadaşları (2017) araştırmasındaki hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Aradaki farklılığın ebelerin, hastanede yatma süresi kısa olan, sirkülasyonu hızlı birimlerde çalışması nedeniyle iş yüklerinin artması ve doğum eyleminin oluşturduğu stres nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir. Doğum eylemi süresince ebeler, anne ve bebek için doğumun güvenle tamamlanmasını sağlamaya çalışmanın yanında, kadının fiziksel ve duygusal gereksinimlerini de tespit ederek karşılamaya çalışmaktadır (Dilcem ve Genç, 2019). Bu nedenle daha fazla işe bağlı gerginlik yaşadıkları düşünülmektedir.

Eşlerin evlilik yaşantılarında karşılaştıkları problemlere ilişkin çatışma çözme stilleri uzun süreli, kaliteli ve doyurucu bir evlilik için son derece önemlidir. Eşlerin mutlu ve uyumlu bir evlilik yaşamı için etkin çatışma çözme stillerini öğrenmeleri gerekmektedir (Soylu & Kağnıcı, 2015). Araştırmada ebelerin ÇÇSE puan ortalaması 40.95 ± 7.72 dir. Ebelerin ÇÇSE' nin alt boyutları puan ortalaması ise sırasıyla çatışmaya girme alt boyutu için 7.66 ± 3.29 , sorun çöme alt boyutu için 13.36 ± 2.95 , iletişimi kesme alt boyutu için 10.07 ± 3.20 ve uyma alt boyutu için 9.85 ± 4.08 dir (Tablo 2). Bulgular doğrultusunda ebelerin eşleri ile yaşadıkları problemleri çözerken daha çok sorun çözme ve iletişimi kesme çözüm stillerini kullandıkları görülmüştür. Soylu ve Kağnıcı (2015)' nin evli bireyler ile yaptığı araştırmada çiftlerin daha çok geri çekilme ve itaat çatışma çözme stillerini kullandıkları bulunmuştur (Soylu & Kağnıcı, 2015). Araştırma bulgumuz Soylu ve Kağnıcı (2015)' nin bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Sağlık çalışanları mesleklerinin doğası gereği uzun, stresli ve yoğun mesailer boyunca bakım ve tedavi vermek zorunda kalmaktadır. Bu durum zaman zaman işe bağlı daha fazla gerginlik yaşanmasına neden olmaktadır (Arslan, 2012). İşe bağlı gerginlik psikolojik iyi oluş halini olumsuz etkilemektedir. Anksiyete, depresyon ve stres yaşanmasına yol açmaktadır (Tokuç vd., 2011). Evlilik uyumunun sağlanmasında ve eşlerin karşılaştıkları problemleri etkin bir şekilde çözümlenebilmesinde ruh sağlığının iyi olması gerekmektedir (Soylu ve Kağnıcı, 2015). Araştırmada ebelerin İBGÖ ve ÇÇSE puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Literatürde benzer çalışma bulunmamakla birlikte Coşkuner (2013)' in araştırmasında kadınların işe ayırdıkları zaman ve iş yükleri

artıkça evlilik doyumlarının azaldığı görülmüştür (Coşkuner, 2013). Tekingüz ve arkadaşlarının çalışmasında da iş stresinin iş aile arasında çatışmaya neden olduğu saptanmıştır (Tekingündüz vd., 2015). Buradan hareketle işe bağlı gerginliğin evlilikte çatışma çözme stillerini olumsuz etkilediği düşünülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada ebelerin işe bağlı yoğun bir gerginlik yaşadığı ve bu gerginliğin evlilikte problem çözme stillerini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Hastaneler sağlıktan sapmaların olduğu durumlarda tedavi ve bakım sağlamak üzere 7/24 hizmet veren kuruluşlardır. Hastane çalışanları zorlu çalışma ortamları, ağır iş yükü ve zaman zaman şiddet olayları ile karşı karşıya gelmektedir. Özellikle kadın çalışanlar evde daha fazla sorumluluk aldığından ebeler iş-aile çatışmasını daha fazla yaşamaktadır. Meydana gelen bu çatışma hem aile hem de iş yaşantısında doyumsuzluğa ve tükenmişliğe neden olabilmektedir. Bu nedenle çalışanların iş ve aile yaşamları arasında denge kurmaları son derece önemlidir. Sağlık kuruluşlarının meydana gelebilecek olumsuzlukların önüne geçmek, iş verimliliğini ve çalışan memnuniyetini artırmak için çalışan dostu ortamlar felsefesi ile hareket etmesi önerilmektedir. Ayrıca düzenli aralıklar ile incelemeler yapılarak konuya ilişkin hizmet içi eğitimler ile çözüm önerileri oluşturulmaya çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Arıkan D, Karabulut N. Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2004;7(1).
- Arslan M. İş-aile ve aile-iş çatışmalarının kadın çalışanların iş doyumları üzerindeki etkisi, *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 2012;2(1):99-114.
- Ashforth B, Humphrey RH. "Emotion in the Workplace. A Reappraisal", *Human relations*, 1995;48(2).
- Avcı GG, Öztürk G, Azaklı N, Çekinmez ST. Özel bir grup hastanesinde çalışan hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeylerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi, *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2018;3(1):1-7.
- Aydın A. Hemşirelerin kişilerarası duyarlılık ve çatışma çözme yaklaşımları. *Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013.*
- Başçı AB, Özyurda F, Yılmazel G. Ankara Üniversitesi hemşirelerinde işe bağlı gerginlik düzeyi ve rol çatışması-rol belirsizliği durumu ve diğer etmenler, *JAREN*, 2016; 2(2):51-58.
- Canel AN. *Evlilik ve aile hayatı-Marriage and family life, İstanbul, Turkey: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2012.*
- Coşkuner S. Akademisyenlerin iş ve aile karakteristiklerinin evlilik, aile ve yaşam tatmini ile ilişkisi: İş ve aile çatışmasının aracı rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara, 2013.*
- Dilcen HY, Genç RE. Travmatik doğumun önlenmesinde ebeğin rolü, *Life Sciences*, 2019;14(3):64-73.

- Dost-Gözkân A. Çatışma çözme stili envanterinin psikometrik özelliklerinin ergen örnekleminde incelenmesi, *Psikoloji Çalışmaları/Studies in Psychology*, 2017;37(2):51-73.
- Elena Losa Iglesias M, Becerro de Bengoa Vallejo R. Conflict resolution styles in the nursing profession, *Contemporary nurse*, 2012;43(1):73-80.
- Gürbüz S, Yüksel M. Çalışma ortamında duygusal zekâ: İş performansı, iş tatmini, örgütsel vatandaşlık davranışı ve bazı demografik özelliklerle ilişkisi, 2008.
- Holt JL, DeVore CJ. Culture, gender, organizational role, and styles of conflict resolution: A meta-analysis, *International Journal of Intercultural Relations*, 2005;29:165–196.
- Karaçam Z, Akyüz EÖ, Karaçam Z, Akyüz E. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2011;19(1):45-53.
- Koşucu SN, Göktaş SB, Yıldız T. Cerrahi ve dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerin işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeylerinin değerlendirilmesi, *Cukurova Medical Journal*, 2017;42(4):675-681.
- Moed A, Gershoff ET, Eisenberg N, Hofer C, Losova S, Spinrad TL, Liew J. Parent-adolescent conflict as sequences of reciprocal negative emotion: Links with conflict resolution and adolescents' behavior problems, *Journal of Youth and Adolescence*, 2015;44:1607-1622.
- Özkan Ş, Saygılı M, Aba G. Doğumhanede çalışan ebeler için işyükü analizine dayalı insangücü planlaması, *ACU Sağlık Bil Derg*, 2017; <https://doi.org/10.31067/0.2018.100>
- Polat N. Hemşirelerde İşe Bağlı Stres ve İş doyumunu: bir eğitim hastanesinde saha çalışması. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı, Ankara, reappraisal, *Human Relations*, 2008;48:97–125.
- Reese-Weber M, Bartle-Haring S. Conflict resolution styles in family subsystems and adolescent romantic relationships, *Journal of Youth and Adolescence*, 1998;27(6):735-752.
- Saygılı M. Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
- Sivrikaya SK, Erişen M. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve işe bağlı gerginlik düzeylerinin incelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019;22(2):121-129.
- Soylu Y, Kağmıcı DY. Evlilik uyumunun empatik eğilim, iletişim ve çatışma çözme stillerine göre yordanması, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2015;5(43).
- Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri, *Genel Tıp Dergisi*, 2006;16(1):9-14.
- Şahin S, Aksu SG. İdari göreve sahip akademisyenlerin kişilik özellikleri ile kullandıkları çatışma çözme stilleri ilişkisi: İzmir İli Örneği, *Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 2015;16(2):135-154.
- Tekingündüz S, Kurtuldu A, Öksüz S. İş-aile yaşam çatışması, iş tatmini ve iş stresi arasındaki ilişkilerin analizi: bir kamu hastanesi örneği, *Bildiriler Kitabı*, 688-693 23. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 14-16 Mayıs 2015, MUĞLA.
- Tokuç B, Turunç Y, Ekuklu G. Edirne'de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri, *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2011;11(42):39-44.
- Wood VF, Bell PA. Predicting interpersonal conflict resolution styles from personality characteristics, *Personality and Individual Differences*, 2008;45(2):126-131.

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL SORUNLARLA İLGİLİ TÜRKİYE’DE YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

Investigation of Childhood to Be Made in Emotional and Behavioral Problems with Graduate Thesis on Turkey

Mine AYANOĞLU¹ 
Suna TARKOÇİN⁵ 

Ebru BOĞA² 
Cihangir KAÇMAZ⁵ 

Mehmet Akif KAY³ 
Ahmet TEMİZ⁶ 

Ramazan İNCİ⁴ 
Şahin GÖĞEBAKAN⁷ 

¹Mardin Artuklu Üniversitesi, Mardin

²Dicle Üniversitesi, Diyarbakır

³İnönü Üniversitesi, Malatya

⁴Batman Üniversitesi, Batman

⁵Bingöl Üniversitesi, Bingöl

⁶Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay

⁷Milli Eğitim Müdürlüğü, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 03.12.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 13.12.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, duygusal ve davranışsal sorunlarla ilgili Türkiye’de yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesidir. Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden betimsel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Yüksek Öğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi internet sitesinden ulaşılan 145 yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tezleri oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanan veri toplama formu oluşturulmuştur. İncelenen tezler, veri toplama formunda yer alan sorular doğrultusunda incelenmiş, elde edilen verilerin frekans ve yüzdeleri analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda duygusal ve davranışsal sorunları içeren en fazla çalışmanın tıpta uzmanlık tezi (%44.83) olduğu; yıllara göre bakıldığında en fazla 2000-2009 yılları arasında (%41) çalışma yapıldığı saptanmıştır. Çalışma gruplarına bakıldığında en fazla farklı yaş grubundaki çocuklar (%39.31) üzerinde çalışmaların yapıldığı; lisansüstü çalışmalarında en fazla amaçsal örnekleme tekniğinin (%58.62) kullanıldığı görülmüştür. Hastalık türü/çalışılan sorun türüne göre en fazla birden fazla bozukluk türünü aynı anda çalışılan (%50.34) lisansüstü tezlere rastlanmıştır. İncelenen lisansüstü tezlerin çoğunlukla tam metin (%79.31) olarak ulaşıldığı; anabilim dalları incelendiğinde duygusal ve davranışsal sorunlarla ilgili lisansüstü çalışmaların çoğunluğunun Çocuk Ruh Sağlığı/Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları anabilim dalında (%30.34) yayımlandığı tespit edilmiştir. İncelenen lisansüstü tezlerde model ve desen olarak en fazla betimsel model (%42.76) çalışıldığı; yöntemine bakıldığında en fazla nicel araştırma yönteminin (%67.59) kullanıldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Duygusal ve davranışsal sorunlar, çocuk ruh sağlığı, sorunlu davranışlar, çocuk gelişimi

ABSTRACT

The purpose of this study is the examination of graduate theses related with emotional and behavioral problems in Turkey. Descriptive scanning model, one of the quantitative research methods, was used in the study. The sample of the study consists of 145 master's, doctorate and medical speciality theses which can be accessed from the website of National Thesis Center of Higher Education Institution. In the study, as a data collection tool, a data collection form was prepared by the researchers in accordance with the purpose of the research. The aforementioned theses were examined in accordance with the questions in the data collection form and the frequency and percentages of the obtained data were analyzed. As a result of the research, it was found that the most studies including emotional and behavioral problems were the medical speciality theses (44.83%); the most dense period is 2000-2009 with (% 41) studies. When the study groups were examined, it was found that the studies were mostly done on children (39.31%) in different age groups; in graduate studies, purposeful sampling technique (58.62%) was used. Theses which studied more than one diseases/problems at the same time have 50.34% of 145 theses. 79.31% of the postgraduate theses examined were mostly full text; the majority of

Mine Ayanoğlu ✉, minekidir@hotmail.com

Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Mardin

graduate studies related to emotional and behavioral problems were published in the Department of Child Mental Health / Child Adolescent Mental Health and Diseases (30.34%). The descriptive model (42.76%) was the most used model and pattern in the theses examined; when the method of the dissertations examined, it was seen that the quantitative research was the most used method (67.59%).

Keywords: Emotional and behavioral problems, child mental health, problematic behavior, child development

GİRİŞ

Ruh sağlığı, kişinin kendi iç dünyası ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olma iyi olma halidir (Yörükoğlu, 1996). Ruh sağlığı ile ilgili yapılan farklı bir tanım da ruh sağlığını kişinin hayatında strese neden olan olayları dini değerlerin, kişinin olumsuz duygu ve davranışlarının azalttığını, bu azalmanın aynı zamanda kişide psikolojik iyi olma halini artırdığını ve bu durumun da kişide meydana getirdiği bedensel iyilik hali olarak açıklanmıştır (Cummings, Neff & Hussaini, 2003).

Ruh sağlığını etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Özellikle ruh sağlığı yaşla birlikte kişinin iyi olma halini ya durgunlaştırmakta ya da daha kötüye doğru götürmektedir. Yaşla birlikte değişen bu davranışlar erkeklerde kadınlardan ve çocuklarda yetişkinlerden daha fazla görülürken, kişiden kişiye göre de değişiklik göstermektedir. Kişilerde yaşanan bu değişimler; kişiyi biyolojik ve psikolojik olarak etkileyip duygu ve davranış sorunlarına neden olabilmektedir. Duygu ve davranış sorunu yaşayan bireylerin toplumsal uyum sağlaması zorlaşmakta ve sosyal hayatının akışını olumsuz etkileyebilmektedir. Araştırmacılar psikolojik iyi olmanın (çevresel etmen, bireysel gelişim, insanlar ile olumlu ilişki, yaşamı anlamlı bulma, kendini kabul ve otonomi) önemli katkısının olabileceğini duygu ve davranış sorunu yaşamadıklarını ileri sürmektedirler (Kirby, Coleman & Daley, 2004).

Davranış; bireyde var olan kişisel özelliklerin kendi benliğiyle ve yaşadığı çevre ile uyumlu bir bağlantı kurabilmesi ve sosyal yaşamındaki iletişimi sağlam bir bağ ile sürdürebilmesi şeklinde tanımlanır. Bunun yanı sıra gelişim dönemlerinde oluşan sorunlar çevrenin olumsuz katkıları eklendiğinde, çocuklarda karşıt tepki olarak genellikle duygusal bozukluklar görülebilir. Bu olumsuz tepkiler, duygu ve davranış bozuklukları olarak ifade edilmektedir (Yavuzer, 2008).

Kişinin yaşam sürecinde baş etmesi gereken değişik özellikte ve sayıda birçok problem ortaya çıkabilmektedir. Bu sebep ile bireyin davranış olarak yaratıcı, eleştirel ve sorun odaklı düşünebilen ve karşılaşılan soruna uygun ve kalıcı çözümler bulabilen özelliği taşıması çok önemli bir durumdur (Büyükkaragöz, 1995).

Davranış değerlendirmede ölçüt normal ve anormal gözlemlenebilen davranışları saptamaktır. Gözlenen bu davranışlar, kişinin duygusal olarak yaşadığı bazı zorluk ve sorunları gösterir. ‘Davranış sorunu’ çevreye ve sosyal yaşamdaki insanlara rahatsızlık veren

dışa yansıyan davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Özellikle çocukluk döneminde ‘davranışsal sorunlar’ olarak belirtilen çok sayıda problem bulunmaktadır. Çocuklukta yaşanan davranış sorunları; çocukların yaşadığı çevrede kendisi ya da diğer insanlar için problem teşkil edecek davranışları yaparak, kendilerinin veya etrafındaki insanların güvenliğini tehlikeye düşürecek bir davranışta bulunması olarak nitelendirilebilir. Çocuk ve ergenlerde görülen duygusal ve davranışsal bozuklukların çoğu içsel ve dışsal nedenlere davranış sorunları olarak ayrı değerlendirilebilir. Duygusal ve davranışsal sorunları olumlu ve olumsuz davranış farklılığı belirlemek ve tanımlamak güç bir durumdur. Dışarıdan gözlemlenmesi güç olan içselleştirilmiş duygu sorunları çocuğun problemi kendi kendine yaşadığı kaygı bozukluğu, depresyon, geçirdiği travma sonrası stres gibi sorunlardan oluşurken, bunun ile birlikte dışardan gözlemlenmesi basit olan dışsallaştırılmış; çevrenin reddetmesinde kaynaklı karşı gelme, suç eğilimli davranışlar, şiddet içeren saldırgan hareketler gibi dış çevreye tepki ile geliştirilen davranışsal sorunlardır Bununla birlikte bir davranışın, problem davranış olarak nitelendirilebilmesi için ne tür düzey ve sıklıkta o yapıldığının ortaya çıkması gerektiğinin belirlenmesi önemli bir durumdur (Austin & Sciarra, 2012).

Türkiye’de yapılan araştırmalara göre çocuklarda en sık görülen davranış bozuklukları; korku tırnak yeme, enürezis, enkoprezis, parmak emme, tik, öfke, şiddet, sağlık personelinde korkma, iştahsızlık gibi davranış problemleri yaşadıkları belirtilmiştir (Derman & Başal, 2013).

Çocukluk döneminde yaşanan davranış problemlerinin okul yaşantısında başarısızlık ve ileri dönemdeki ergenlik sürecinde de hiperaktivite, öz-kontrol ve algılama gibi hem bilişsel hem de motor alanda sıkıntıların ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Bu davranışsal sorunlar çocuğun çevreden aldığı olumsuz uyarılarla birleşerek, düzeltilebilmesi zor problemlere olabilmektedir. Örneğin çocuklarda; anaokulunda sergilenen zorba davranışlar, ergenlikteki saldırgan davranış bozukluğunu olarak gözlenmektedir (Emond vd., 2007).

Davranış bozukluğu tanısı olan çocukların ergenlik ve yetişkinlikte döneminde, kişilik bozukluğu duygusal ve sosyal yaşantısında problemler ve beraberinde davranışsal sorunların eşlik ettiği durumları yaşama riski oldukça yüksektir (Hill, 2002).

Araştırmalara göre en fazla gözlenen sorunlu davranış belirtilerinin “zorba tutumlar, tehdit etme, psikolojik baskı, yalan söyleme, fiziksel şiddet eğiliminde bulunma olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmalarda duygusal ve davranışsal sorunları olan çocukların okulda akademik başarısızlık, antisosyal arkadaşlık ilişkisi, saldırganlık gibi davranış problemleri geliştirebilirler (Kanlıkılıçer, 2005).

Çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunların onların gelişimi üzerindeki etkileri dikkate alınarak bu araştırmada Türkiye’de yapılmış olan lisansüstü tezlerini duygusal sorunlar, davranışsal sorunlar, çocuk ruh sağlığı ve sorunlu davranışlar anahtar kelimeleri aracılığıyla incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda şu sorulara yanıt aranmıştır;

- Davranışsal sorunlar, duygusal sorunlar, çocuk ruh sağlığı ve sorunlu davranışlar anahtar kelimelerini içeren tezlerde yıllara göre farklılık var mıdır?
- İncelenen lisansüstü tezlerde çalışma grubu, kullanılan örneklem tekniği, çalışılan hastalık veya sorun türü, tam metin ya da özet olarak ulaşımla durumu, yayınlandığı anabilim dalı arasında farklılık var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmada nicel perspektif benimsenmiş, betimsel yöntem kullanılmış ve yapılan çalışmanın Grubu, çalışmanın evren/örneklem bilgisi ve kullanılan veri toplama aracı konusunda bu bölümde bilgi verilmiştir.

Çalışma Grubu

Çalışmaya geçmişten bu yana Türkiye’de yapılmış ve Yüksek Öğretim Kurumu Ulusal Tez Merkezi internet sitesi ve üniversitelerin kütüphanelerinden ulaşılabilen lisansüstü tezler dahil edilmiştir. Bu kapsamda Çocuk Ruh Sağlığı/ Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği/ Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı/ Psikiyatri Hemşireliği Programı, Psikoloji Anabilim Dalı/ Psikoloji, insan bilimleri ve felsefe programı, Çocuk sağlığı hastalıkları, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık/ Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları/ Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları /Psikiyatri Anabilim Dalı, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı ile Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve Sosyal Bilimler ve İnsanlıklar Enstitüsü ve bunların alt ana bilim dallarından bazılarında 1983-2019 yılları arasındaki Türkiye’de yapılmış özet ve tam metinlerine ulaşılan tüm lisansüstü tezler bilgisayar ortamına kodlanarak aktarılmıştır. Söz konusu anabilim dallarının çalışmada dâhil edilme kriteri olarak belirlenmesinde 1983-2019 yılları arasında Duygusal Sorunlar, Davranışsal Sorunlar, Çocuk Ruh Sağlığı ve Sorunlu Davranışlar şeklindeki 4 anahtar kelime kullanılarak araştırma yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

YÖK Ulusal Tez Merkezi’nde kayıtlı lisansüstü çalışmalar incelendiğinde 15.10.2019 tarihi itibari ile 579337 (Tıpta uzmanlık, yüksek lisans ve doktora tezi) adet tez geçmişten günümüze kadar yazıldığı belirlenmiştir. 1983-2019 yılları arasında toplam 579337 adet lisansüstü tez tamamlandığı görülmektedir. ‘Duygusal Sorunlar, Davranışsal Sorunlar, Çocuk Ruh Sağlığı ve Sorunlu Davranışlar’ şeklindeki 4 anahtar kelime ile tarama sonucunda çıkan 188 adet teze ulaşılmıştır. Aranana anahtar kelimelerle ulaşılan 43 adet tez çocuklarla ilişkili olmadığından çalışmamızda esas olarak çocuk gelişimi ile ilgili olduğundan konuyla uyumlu olmadığı düşünülerek çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmaya dâhil edilen tez sayısı 145’tir. Aranana anahtar kelimelerle bulunan değerler ise; Duygusal Sorunlar 40, Davranışsal Sorunlar 46, Çocuk Ruh Sağlığı 48 ve Sorunlu Davranışlar 11’dir.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama amacı ile veri toplama formu oluşturulmuştur. Bu form oluşturulmadan, daha önce yapılmış olan Tez inceleme çalışmaları araştırılmıştır, bunlardan Aral ve ark. (2015) çalışmasından yararlanılarak yeni bir form geliştirilmiştir. Bu formda; İncelenen Tezlerin Türü ve Yıllara Göre Dağılımı, Çalışma Grubu, Kullanılan Örneklem Tekniği, Hastalık Türleri/Çalışılan Tanı türü, Tam metin ya da özet olarak ulaşılmış olanlar, Hangi Enstitü/Anabilim Dalında Olduğu, Modeli/Deseni, Yöntemleri, Tezlere Ulaşmada Kullanılan Anahtar Kelimeler yer almaktadır.

BULGULAR

Bu araştırmada, Türkiye’de yapılmış olan lisansüstü tezlerini duygusal sorunlar, davranışsal sorunlar, çocuk ruh sağlığı ve sorunlu davranışlar anahtar kelimeleri aracılığıyla incelenmesi amaçlanmıştır. Örneklem dâhil edilen 145 lisansüstü çalışmaya ait veriler aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 1: İncelenen tezlerin türü ve yıllara göre dağılımı

Değişken	1999 ve öncesi		2000 – 2009		2010 – 2014		2015 - 2019		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Yüksek Lisans	8	61,54	25	41,67	14	38,89	14	38,89	61	42,07
Doktora	1	7,69	5	8,33	10	27,78	3	8,33	19	13,10
Tıpta Uzmanlık	4	30,77	30	50	12	33,33	19	52,78	65	44,83
Toplam	13	9	60	41	36	25	36	25	145	100

Tablo 1 incelendiğinde duygusal sorunlar, davranışsal sorunlar, çocuk ruh sağlığı ve sorunlu davranışlar anahtar kelimeleri aracılığıyla incelenen lisansüstü tezlerin %42,07’sinin yüksek lisans, %13,10’un doktora, %44,88’inin tıpta uzmanlık tezi olduğu saptanmıştır. Bu tezlerin, % 25’inin (36 çalışma) 2015-2019 yılları arasında, aynı şekilde % 25’inin (36 çalışma) 2010-2014 yılları arasında, % 41’inin (60 çalışma) 2000-2009 yılları arasında, % 9’ununsa 1999 ve öncesi yıllarda yapıldığı saptanmıştır. Bu sonuçlara göre, konu ile ilgili lisansüstü tez çalışmalarının en çok tıpta uzmanlık düzeyinde yapıldığı görülmüştür. 1999 ve öncesinde 13 çalışmaya ulaşılmıştır. Bunun nedenin bu yıllarda Ulusal Tez Merkezine verilerin tamamının girilememesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 2: İncelenen tezlerin çalışma grubu

Değişken	f	%
Farklı yaş Grubundaki Çocuklar	57	39,31
Aileler(Çocuk ve Anne Babalar)	34	23,45
Anne Babalar	17	11,72
Anaokulu Öğrencileri	17	11,72
Hasta ve Kontrol Grubu		
Oluşturan Çocuklar	11	7,59
Hasta Çocuklar	5	3,45
Lise Öğrencileri	4	2,76
Ortaokul Öğrencileri	3	2,07
Hasta Yetişkinler	2	1,38
Üniversite Öğrencileri	2	1,38
Engelli Öğrenci	2	1,38
Öğrenci- Öğretmen	2	1,38
Diğer*	3	2,07
TOPLAM	145	100

* Çocuk ve Uzman, Öğretmen, Öğrenci- Öğretmen ve Ebeveyn

Tablo 2 incelendiğinde incelenen tezlerin çalışma grubunu %39,31 (57 kişi) ile farklı yaş grubundaki çocuklar oluşturmaktadır. Bu gruptaki çocuklar belli dönemsel ayırım gözetilmeden farklı yaş grubu (5-12, 7-15, 6-12 vb.) çocuklardan oluştuğu için bu kategoride belirtilmiştir. Ayrıca çalışma gruplarının %25,45’inin ailelerden (çocuk ve anne babalar), %11,72’sinin anaokulu öğrencilerinden, aynı şekilde %11,72’sinin anne babalardan, %7,59’unun hasta ve kontrol gruplarından, %3,45’inin hasta çocuklardan, %2,07’sinin ortaokul öğrencilerinden, %2,07’sinin diğer çalışma gruplarından ve de %1,38 oranlarında üniversite öğrencilerinden, engelli öğrencilerden, hasta yetişkinlerden ve öğrenci-öğretmenlerden oluştuğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara bakıldığında farklı yaş grubundaki çocuklarla yapılan çalışmaların sayısının fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 3: İncelenen tezlerde kullanılan örneklem tekniği

Değişken	f	%
Amaçsal örnekleme	85	58,62

Rastgele	24	16,55
Kolay ulaşılabilir	18	12,41
Kartopu ve Zincir örnekleme	9	6,21
Seçkisiz Örnekleme	3	2,07
Karma	2	1,38
Tabakalı örnekleme	1	0,69
Evrenin tamamı	1	0,69
Olasılıksız	1	0,69
Üçgenleme	1	0,69
TOPLAM	145	100

Tablo 3 incelendiğinde amaçsal örneklemenin 58,62’yle (85 çalışma) araştırmacılar tarafından incelenen tezlerde en çok kullanılan örnekleme tekniği olduğu görülmüştür. Amaçsal örneklemeden sonra araştırmacıların en çok rastgele (%16,55) ve kolay ulaşılabilir (%12,41) örnekleme tekniği kullandıkları tespit edilmiştir. Tabakalı örnekleme, evrenin tamamı, olasılıksız ve üçgenleme örnekleme tekniklerinin sadece birer çalışmada kullanıldıkları saptanmıştır.

Tablo 4: İncelenen tezlerdeki hastalık türleri/çalışılan sorun türü

Değişken	f	%
Birden Fazla bozukluk türüyle aynı anda çalışılanlar *	73	50,34
DEHB	20	13,79
Otizm	10	6,90
Obsesif Kompulsif Bozk.	7	4,83
Bipolar Bozukluk	5	3,45
Saldırganlık/Zorbalık	5	3,45
Anksiyete Bozukluğu	5	3,45
Madde ya da Ekran Bağımlılığı	3	2,07
Yaygın gelişimsel bozukluk	3	2,07
Karşı olma ve Karşı gelme Boz.	2	1,38
Cinsellikle ilgili problemler	2	1,38
Konuşma Bozukluğu	2	1,38
Öğrenme Güçlüğü	2	1,38
Yeme Bozukluğu	1	0,69
Benlik Uyumsuzluğu	1	0,69
Disiplin Sorunu	1	0,69
Epilepsi	1	0,69
Zihinsel engelli	1	0,69
Tik Bozukluğu	1	0,69
TOPLAM	145	100

*Aynı anda birden fazla duygusal/davranışsal/gelişimsel bozukluğun birlikte ele alındığı çalışmalar

Tablo 4 incelendiğinde duygusal ve davranışsal bozukluk ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerin Hastalık Türleri/Çalışılan Sorun Türüne göre bakıldığında; %50,34’nün Birden Fazla bozukluk türüyle aynı anda çalışılanlar *, %13,79’nun DEHB, %6,90’nun otizm, %4,83’nün Obsesif Kompulsif Bozk., %3,45’nin Bipolar Bozukluk ve Saldırganlık/Zorbalık, Anksiyete Bozukluğu, %2,07’nin Madde ya da Ekran Bağımlılığı ve Yaygın gelişimsel bozukluk,

%0,69’nun Tik Bozukluğu, Yeme Bozukluğu, Benlik Uyumsuzluğu, Disiplin Sorunu, Epilepsi, Zihinsel engelli olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: İncelenen tezlerdeki tam metin ya da özet olarak ulaşılmış olanlar

Değişken	f	%
Tam metin	115	79,31
Özeti	30	20,69
TOPLAM	145	100

Tablo 5 incelendiğinde duygusal ve davranışsal bozukluk ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerin Tam metin ya da özet olarak ulaşılmış olanlara göre bakıldığında; %79,31’nin tam metin, %20,69’nun özet şeklinde ulaşılabildiği saptanmıştır.

Tablo 6: İncelenen tezlerin hangi enstitü/anabilim dalında olduğu

Değişken	f	%
Çocuk Ruh Sağlığı/ Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı	44	30,34
Psikoloji Anabilim Dalı/ Psikoloji, insan bilimleri ve felsefe programı	31	21,38
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları/ Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları /Psikiyatri Anabilim Dalı	13	8,97
Çocuk sağlığı hastalıkları	9	6,21
Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı	8	5,52
Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği/ Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı/ Psikiyatri Hemşireliği Programı	7	4,83
Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı	5	3,45
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı	5	3,45
Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık/ Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı	2	1,38
Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı	2	1,38
Diğer 1*	6	4,14
Diğer 2**	13	8,97
TOPLAM	145	100

* Bilgisayar Ve Eğitim Teknolojileri Anabilim Dalı, Aile Sağlığı Anabilim Dalı, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Aile Eğitimi Ve Danışmanlığı Anabilim Dalı ve Okul Öncesi Öğretmenliği Anabilim Dalı

** Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve Sosyal Bilimler Ve İnsanlıklar Enstitüsü alt not şekliyle ziyade tablo altı bilgisi olarak verilmeli

Tablo 6 incelendiğinde duygusal ve davranışsal bozukluk ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerin hangi Enstitü/Anabilim Dalında Olduğuna göre bakıldığında; %30,34’nün Çocuk Ruh Sağlığı/ Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, %21,38’in Psikoloji Anabilim Dalı/ Psikoloji, insan bilimleri ve felsefe programı, %8,97’sinin Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları/ Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları /Psikiyatri Anabilim Dalı ve diğer anabilim dallarında, %6,21’nin Çocuk Sağlığı Hastalıklarında, %5,52’sinin Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, %4,83’nün Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği/ Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı/ Psikiyatri Hemşireliği Programı, %4,14’nün diğer ana bilim dallarında %3,45’nin Çocuk

Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı ve Sosyal Hizmet Anabilim Dalında, %1,38’nin Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık/ Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı ve Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalında olduğu saptanmıştır.

Tablo 7: İncelenen tezlerin modeli/deseni

Değişken	f	%
Tanımlayıcı Model	10	6,90
Betimsel Model	62	42,76
Tarama	15	10,34
Karşılaştırmalı Model	18	12,41
Korelasyon- İlişkisel Desen	11	7,59
Deneysel Desen	9	6,21
Uygulamalı Araştırma Modeli	1	0,69
Olgu Bilim(fenomolijik)	1	0,69
Kesitsel Araştırma	4	2,76
Vaka Kontrol Deseni	3	2,07
Tasarım ve Geliştirme	1	0,69
Karma Desen	8	5,52
Nedensel-Karşılaştırmalı Desen	1	0,69
Ampirik Desen	1	0,69
TOPLAM	145	100

Tablo 7 incelendiğinde duygusal ve davranışsal bozukluk ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerdeki model/desene göre bakıldığında; % 42,76’sının betimsel model, % 12,41’nin karşılaştırmalı model, %10,34’nün tarama, 7,59’nun Korelasyon- İlişkisel Desen, % 6,90’nun Tanımlayıcı Model, % 6,21’nin Deneysel Desen, %5,52’sinin Karma Desen, %2,76’sının kesitsel araştırma, % 2,07’sinin vaka kontrol deseni ve uygulamalı araştırma modeli, olgu bilim, tasarım ve geliştirme, nedensel-karşılaştırmalı desen, ampirik desen %0,69 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, betimsel modelin araştırmacılar tarafından en çok tercih edilen model/desen olduğunu ortaya koymuştur.

Tablo 8: İncelenen tezlerin yöntemleri

Değişken	f	%
Nicel	98	67,59
Nitel	21	14,48
Karma	25	17,24
Belirtilmeyen	1	0,69
TOPLAM	145	100

Tablo 8 incelendiğinde duygusal ve davranışsal bozukluk ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerdeki yöntemlere bakıldığında; %67,59’unun nicel, %17,24’ünün karma, %14,48’in nitel, 0,69’un ise yöntemin belirtilmediği saptanmıştır. Bu sonuçlara göre, araştırmacıların tez çalışmalarında nicel yöntem kullanmaya daha yatkın oldukları görülmektedir.

Tablo 9: Tezlere ulaşmada kullanılan anahtar kelimeler

Değişken	f	%
Duygusal Sorunlar	40	27,59
Davranışsal Sorunlar	46	31,72
Çocuk Ruh Sağlığı	48	33,10
Sorunlu Davranışlar	11	7,59
TOPLAM	145	100

Tablo 9 incelendiğinde duygusal ve davranışsal bozukluk ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerinde kullanılan anahtar kelimelere bakıldığında; çoğunluğunun %33,10’un Çocuk Ruh Sağlığı alanında, %31,72’inin davranışsal sorunlarda, %27,59’un Duygusal sorunlar ve %7,59’un Sorunlu davranışlar alanında yapıldığı saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, Türkiye’de yapılan yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tezleri duygusal sorunlar, davranışsal sorunlar, çocuk ruh sağlığı ve sorunlu davranışlar anahtar kelimeleri aracılığıyla yıllar göre dağılımları göz önünde bulundurularak incelenmiştir.

Araştırma dâhilinde inceleme yapılan 145 lisansüstü çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda, çalışma türlerine göre dağılıma bakıldığında en fazla çalışma %44,88 oranla tıpta uzmanlık tezidir. Ardından %42,07 oranla yüksek lisans çalışmaları yapılırken, en az çalışma %13,10 oranla doktora tezleridir. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda doktora tezlerinde az çalışma yapılmış olması bir eksiklik olarak görülebilir. Yüksek lisans tamamlandıktan sonra doktora eğitimine devam etme oranının düşük olması da bu sonucu etkilemiş olabilir. Nitekim Türkiye’de Okul Öncesinde Drama Alanında Yapılan Lisansüstü tezlerin incelendiği bir araştırmada, çalışılan tez türlerinde %82,5 oranıyla yüksek lisans çalışmaları yer alırken, doktora tezlerinin %17,5 oranında olduğu belirlenmiştir (Can Yaşar & Aral, 2011).

Çalışmanın yıllara göre dağılımına bakıldığında 2015-2019 yılları arasında 36 çalışma, 2010-2014 yılları arasında 36 çalışma, 2000-2009 yılları arasında 60 çalışma, 1999 ve öncesinde ise 13 çalışma yapıldığı görülmektedir. 2000-2009 yılları arasında çalışmaların daha fazla sayıda olmasında, bu dönemde Türkiye’de lisansüstü eğitime yönelimin artmış olması etkili olabilir. Farklı konularda yapılan ve lisansüstü araştırmaların incelendiği meta-analiz çalışmalarında da, 2000-2009 yılları arasındaki çalışma sayılarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Balcı, 2012; Bertan, Haznedaroğlu, Yurdakök & Güçiz, 2009).

Çalışmalarda yer alan çalışma gruplarına bakıldığında, incelenen tezlerin çalışma grubunu %39,31 (57 kişi) ile farklı yaş grubundaki çocuklar oluşturmaktadır. Bu gruptaki çocuklar belli dönemsel ayırım gözetilmeden farklı yaş grubu (5-12, 7-15, 6-12 vb.)

çocuklardan oluştuğu için bu kategoride belirtilmiştir. Ayrıca çalışma gruplarının %25,45’inin ailelerden (çocuk ve anne babalar), %11,72’sinin anaokulu öğrencilerinden, aynı şekilde %11,72’sinin anne babalardan, %7,59’unun hasta ve kontrol gruplarından, %3,45’inin hasta çocuklardan, %2,07’sinin ortaokul öğrencilerinden, %2,07’sinin diğer çalışma gruplarından ve de %1,38 oranlarında üniversite öğrencilerinden, engelli öğrencilerden, hasta yetişkinlerden ve öğrenci-öğretmenlerden oluştuğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara bakıldığında farklı yaş grubundaki çocuklarla yapılan çalışmaların sayısının fazla olduğu görülmüştür. Gelişimsel olarak hassas bir dönem olan ve etkiye açık olan çocukluk döneminde, daha fazla duygusal ve davranışsal bozukluk olması ve yetişkinlik döneminde yaygınlığın düşük olması bu sonuçta etkili olabilir. Nitekim Çetiner ve Sucuoğlu (2019) tarafından 2378 ilkokul öğrencisi ile gerçekleştirilen çalışmada, çalışmaya katılan ilkokul öğrencilerinin % 6’sı duygusal ve davranışsal bozukluklar açısından risk grubunda yer almıştır. Başka bir çalışmada ise; 0-5 yaş arası çocukların %9.5-%14.2’sinde herhangi bir duygusal davranışsal bozukluk olduğu, tanı koyma yaşının da 4-6 yaşlar arasında değiştiği vurgulanmaktadır (Wagner, Kutash, Duchnowski, Epstein & Sumi, 2005). Buna karşılık yetişkinlikte bu oran ciddi bir şekilde değişmektedir. Yaygın bir duygusal ve davranışsal bozukluk türü olan DEHB yaygınlığına bakıldığında, 2007 yılında Amerika, Avrupa ve Ortadoğu’daki 10 ülkede gerçekleştirilen bir çalışmada, yetişkinlerde DEHB yaygınlığı oranı %1.2 ile %7.3 arasında bulunmuştur (Kessler vd., 2006; Fayyad vd., 2007).

Çalışma gruplarındaki örneklem tekniklerine bakıldığında, amaçsal örneklemenin 58,62’yle (85 çalışma) araştırmacılar tarafından incelenen tezlerde en çok kullanılan örneklem tekniği olduğu görülmüştür. Amaçsal örneklemeden sonra araştırmacıların en çok rastgele (%16,55) ve kolay ulaşılabilir (%12,41) örneklem tekniği kullandıkları tespit edilmiştir. Tabakalı örnekleme, evrenin tamamı, olasılıksız ve üçgenleme örneklem tekniklerinin sadece birer çalışmada kullanıldıkları saptanmıştır. En fazla tercih edilen amaçsal örnekleme, derinlemesine araştırma yapabilmek amacıyla çalışmanın amacı doğrultusunda bilgi bakımından zengin durumların seçilmesi olarak tanımlanmaktadır (Büyüköztürk vd., 2012). Dolayısıyla bu çalışma sonucunda amaçsal örneklem sayısının daha fazla olmasının nedeni, zengin bilgi içeriği sağlaması olabilir.

İncelenen tezlerin Hastalık Türleri/Çalışılan Sorun Türüne göre bakıldığında; %50,34’nün Birden Fazla bozukluk türüyle aynı anda çalışılanlar, %13,79’nun DEHB, %6,90’nun otizm, %4,83’nün Obsesif Kompulsif Bozk., %3,45’inin Bipolar Bozukluk ve Saldırganlık/Zorbalık, Anksiyete Bozukluğu, %2,07’nin Madde ya da Ekran Bağımlılığı ve Yaygın gelişimsel bozukluk, %0,69’nun Tik Bozukluğu, Yeme Bozukluğu, Benlik

Uyumsuzluğu, Disiplin Sorunu, Epilepsi, Zihinsel engelli olduğu saptanmıştır. Genel olarak çalışmalarda birden fazla bozukluk türünün yer aldığı sonucuna ulaşılrken, bu sonuçtan farklı olarak Örnek (2017) tarafından gerçekleştirilen ve Çalışan Çocukların Psikolojik Sağlık Sorunları hakkında sistematik bir derleme yapılan çalışmada, orijinal dili İngilizce olan 11.174 makale incelenmiş ve içlerinden 7 tanesi seçilerek derlemeye dahil edilmiştir. Bu araştırma sonucunda ise en fazla araştırılan psikolojik sorunların DEHB olduğu saptanmıştır. Biederman (2005) de gerçekleştirdiği çalışmada, okul çağındaki çocuklarda %5 - %10 oranla yaygın olarak DEHB görüldüğünü belirtmektedir. Farklı ülkeler arasında DEHB yaygınlığına bakıldığında; hastalığın sınıflandırılmasında (DSM-ICD farklılıklar), tanı değerlendirme (aileden alınan bilgi temelli, yönetim veri tabanı ya da tanı skalaları temelli) veya çalışılan popülasyon farklılıklarından dolayı farklılıklar gözlenmektedir (Skounti, Philalithis & Galanakis, 2007).

İncelenen tezlerin Tam metin ya da özet olarak ulaşılmış olanlara göre bakıldığında; %79,31’nin Tam metin, %20,69’nun özet şeklinde ulaşılabildiği saptanmıştır. Gelişen bilgi teknolojileri ile birlikte çalışmaların daha fazla kişiye ulaşmasını sağlamak, tezlerin tam metin olarak erişime sunulmasını etkileyebilir. Boz (2001) tarafından internet üzerinden tezlere tam metin erişim üzerine yapılan bir çalışmada da, tezlerin mekandan bağımsız olarak ulusal ve uluslar arası alanda erişime açılmasının yararları vurgulanmaktadır.

Araştırmada ilgili Enstitü/Anabilim Dallarına bakıldığında birden çok anabilim dalında çalışmaların olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmaların farklı anabilim dallarında yapılmış olmasında duygusal ve davranışsal bozuklukların geniş bir kapsamda ele alınması etkili olabilir.

Duygusal ve davranışsal bozukluk ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerdeki model/desene göre bakıldığında; %42,76’sının betimsel model, %12,41’nin karşılaştırmalı model, %10,34’nün tarama, 7,59’nun Korelasyon- İlişkisel Desen, %6,90’nın Tanımlayıcı Model, %6,21’nin Deneysel Desen, %5,52’sinin Karma Desen, %2,76’sının kesitsel araştırma, %2,07’sinin vaka kontrol deseni ve uygulamalı araştırma modeli, olgu bilim, tasarım ve geliştirme, nedensel-karşılaştırmalı desen, ampirik desen %0,69 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, betimsel modelin araştırmacılar tarafından en çok tercih edilen model/desen olduğunu ortaya koymuştur. Verilen bir durumu olabildiğince tam ve dikkatli bir şekilde tanımlayan ve özellikle eğitim alanında en yaygın tarama yöntemi olan betimsel model; bireylerin, grupların ya da fiziksel ortamların özelliklerini özetlemektedir (Büyüköztürk vd., 2019).

Bu araştırmadaki sonuçlara göre, araştırmacıların tez çalışmalarında nicel yöntem kullanmaya daha yatkın oldukları görülmektedir. Erdem (2011) de çalışmasında benzer bir sonuca ulaşarak Türkiye’de eğitim alanında yapılan bilimsel araştırmaların %82 oranla nicel araştırma yöntemleri kullanılarak gerçekleştirildiğini ifade etmektedir. Nitel çalışmalarda bulguların genellenmesi bir sınırlılık olarak ele alınmaktadır (Büyüköztürk vd., 2012). Dolayısıyla çalışmalarda az sayıda nitel yöntem kullanılmasının gerekçesi genellemedeki sınırlılık olabilir.

Duygusal ve davranışsal bozukluk ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerinde kullanılan anahtar kelimelere bakıldığında; çoğunluğunun %33,10’un Çocuk Ruh Sağlığı alanında, %31,72’inin davranışsal sorunlarda, %27,59’un Duygusal sorunlar ve %7,59’un Sorunlu davranışlar alanında yapıldığı saptanmıştır. Bu sonuca göre anahtar kelime ile tez içeriğinin uyumlu olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Öneriler

- ✓ Çalışmaların yaş aralığına bakıldığında farklı yaş aralıklarındaki çocuklar ve bunların anne babaları ile ilgili çalışmaların olduğu fakat bebeklik dönemini de ele alan bir çalışmanın olmadığı görülmektedir. Bu yüzden araştırmacıların bebeklik dönemleri ile ilgili olarak ta çalışmalar yapması ve bu yönde literatüre katkılarda bulunması önerilmektedir.
- ✓ Özellikle duygusal ve davranışsal problem eğilimi gösteren çocukların genetik yatkınlığı ve aile içi ortamlarını etkisi düşünüldüğünde; çalışmalara çocuklar ve anne babanın yanı sıra, ailedeki diğer aile üyelerini de ele alınması ve planlanmasının yapılması önerilebilir.
- ✓ Özellikle hastalık boyutu ele alınırsa, çok kültürlü ortamlardan farklı örneklem grupları ile çalışmanın yapılması, geçerliliği daha yüksek sonuçların ortaya çıkmasına imkân sağlayacağı düşünülebilir. Bu bağlamda farklı ortam ve kültürlerde yetişmiş, farklı ırka ve millete mensup çocuk ya da bireylerin de ele alınarak geniş boyutlu çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Aral N, Tanrıbuyurdu EF, Tiryaki AY, Sağlam M, Aysu B. Türkiye’de Çocuk gelişimi alanındaki lisansüstü tezlerin incelenmesi, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2015;14(1):7-16 .
- Austin VL, Sciarra DT. *Çocuk ve ergenlerde duygusal davranışsal bozukluklar. (M. Özekeş, Çev. Ed.) Nobel yayıncılık, 2012, Ankara.*
- Balcı A. Türkiye’de çocuk edebiyatı üzerine hazırlanan lisansüstü tezler hakkında bir meta-analiz çalışması/a meta-analysis study on post-graduate theses written on children's literature in Turkey, *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012;9(17):195-206.

- Bertan M, Haznedaroğlu D, Yurdakök K, Güçüz BD. Ülkemizde erken çocukluk gelişimine ilişkin yapılan çalışmaların derlenmesi (2000-2007), *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2009;52(1).
- Boz M. *Internet üzerinden tezlere tam metin erişim: Türk üniversiteleri için kavramsal bir model*, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2001, Ankara.
- Büyükkaragöz S. *Yükseköğretim Programları ve Demokratik Tutumlar*, Ankara: Türk Demokrasi Vakfı, 1995.
- Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. (2019). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Pegem, Ankara.
- Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. *Örnekleme yöntemleri*, 2012. <http://w3.balikesir.edu.tr/~msackes/wp/wp-content/uploads/2012/03/BAY-Final-Konulari.pdf> sitesinden 28 Kasım 2019 tarihinde erişilmiştir.
- Can Yaşar M, Aral N. *Türkiye’de okul öncesinde drama alanında yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi*. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2011;1(22):70-90.
- Cummings SM, Neff JA, Hussaini BA. *Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: the role of race, religiosity, and social support*, *Health and social work*, 2003;28 (1):23-32.
- Crnic KA, Gaze C, Hoffman C. *Cumulative parenting stress across the preschool period: infant and child development*, 2005;14:117-132.
- Davkins MP, Fullilove C, Dawkins M. *Early assessment of problem behavior in high-risk environments. family therapy*, 1995;22(3):133-141.
- Derman MT, Başal HA. *Okulöncesi çocuklarında gözlenen davranış problemleri ile ailelerinin anne-baba tutumları arasındaki ilişki*, Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2013.
- Emond A, Ormel J, Veenstra René Oldehinkel A. *Preschool Behavioral and Social Cognitive Problems as Predictors of (Pre)adolescent Disruptive Behavior*. *Child Psychiatry and Human Development*, 2007.
- Erdem D. *Türkiye’de 2005–2006 yılları arasında yayımlanan eğitim bilimleri dergilerindeki makalelerin bazı özellikler açısından incelenmesi: Betimsel bir analiz*, *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 2011;2(1):140-147.
- Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, Lepine JP. *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. *The British Journal of Psychiatry*, 2007;190(5):402-409.
- Hill J. *Biological, psychological and social process in the conduct disorders*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2002.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Spencer T. *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. *American Journal of psychiatry*, 2006;163(4):716-723.
- Kanlıkuşer P. *okul öncesi davranış sorunlarını tarama ölçeği: geçerlilik/güvenilirlik çalışması*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2005.
- Kirby SE, Coleman PG, Daley D. *Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults*, *Journal of gerontology*, 2004;59b(3):123-129.
- Shaw DS, Owens EB, Vondra JI, Kennan K. *Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems*, *Development and Psychopathology*, 1996;8(4):679-699.
- Örnek ÖK. *Çalışan Çocukların Psikolojik Sağlık Sorunları: Sistemik Derleme*, Yayın Kurulu, 2017;26 (4):151-161.

Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2008.

Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı, Özgür Yayınları, 20. Basım, İstanbul, 1996.

ACUTE KIDNEY INJURY DUE TO CARDIOVASCULAR SURGERY

Kalp Damar Cerrahisine Bağlı Akut Böbrek Yaralanması

Mahmut PADAK 

Reşat DİKME 

Ömer GÖÇ 

Harran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Şanlıurfa

Geliş Tarihi / Received: 20.09.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 06.12.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ABSTRACT

Cardiopulmonary bypass (CPB) is an extracorporeal circulatory model consisting essentially of a pump, reservoir and oxygenator. At the beginning of CPB, blood of the patient flows into the extracorporeal circulation, which does not contain the endothelial surface, from the patient and initiates the inflammatory process, that is developed by the cellular, extracellular or humoral components of the blood and this process varies according to the patient's genotype, peroperative parameters and complexity of the pathology. Acute renal injury among patients undergoing cardiac surgery appears to be associated with poor prognosis and increased mortality. Acute kidney injury (AKI) is a condition that increases the common mortality and morbidity in intensive care unit (ICU) patients and adversely affects the clinical course.

Keywords: Cardiopulmonary bypass, acute kidney injury, dialysis

ÖZ

Kardiyopulmoner baypas (KPB), bir ekstrakorporeal dolaşım modeli olup esas olarak bir pompa, rezervuar ve oksijeneratörden oluşur. KPB'nin başlangıcında kan hastadan bu endotelial yüzey içermeyen ekstrakorporeal dolaşıma katılarak hastanın genotipi, peroperatif parametreler ve patolojinin kompleksitesine göre kalp cerrahisi sonrasında değişik derecelerde gelişen ve kanın hücresel, hücre dışı veya humoral bileşenleri tarafından yönetilen inflamatuvar süreci başlatır. Kalp ameliyatı geçiren hastalar arasında akut böbrek hasarı oluşumu kötü prognoz ve mortalite artışı ile ilişkili görünmektedir. Akut böbrek hasarı (ABH), yoğun bakım hastalarında sık karşılaşılan mortalite ve morbiditeyi artırarak klinik seyri olumsuz yönde etkileyen bir tablodur.

Anahtar kelimeler: Kardiyopulmoner baypas, akut böbrek hasarı, diyaliz

INTRODUCTION

Critical diseases and major surgical interventions as trauma burns, sepsis cancer, heart disease and liver failure are among the causes of acute renal failure (ARF). Studies conducted over the past few years have shown that ARF is frequently encountered in patients in the intensive care unit (ICU) (De Mendonça et al., 2000; Dimov, Usmani, Noor & Kumar, 2006).

During cardiac surgery under cardiopulmonary bypass (CPB), the functions of the heart and lungs must be stopped and blood in the heart should be evacuated. During this operation, the functions of the heart and lungs are provided by a device called a heart-lung machine outside the body. Cardiopulmonary bypass is a system in which the heart's pump function and the gas exchange function of the lungs are provided by a pump oxygenator that is temporarily connected to the patient's vascular system. In this system, also called extracorporeal circulation, carbon dioxide is taken from venous blood from the heart and oxygen is added and sent back to a large artery. Extracorporeal circulatory circuit is composed of; arterial and venous lines, venous reservoir, pump, oxygenator, heat exchanger, vent and cardiectomy reservoir, aspiration systems, filters, ultrafiltration filter and cardioplegia system parts. When CPB is fully supplied, extracorporeal equipment provides both circulation and ventilation. However, this method is nonphysiological since blood flow is often nonpulsatile and has low pressure than normal (Ismail & Miskolczi, 2019).

Acute renal injury among patients undergoing cardiac surgery appears to be associated with poor prognosis and increased mortality. Acute Kidney Injury (AKI) affects approximately 20% of all hospitalized patients (National Confidential Enquiry into Patient Outcomes and Death (NCEPOD), 2009) and has significant socioeconomic effects on both long-term hospitalization and health (Hsu et al., 2009; Kerr, 2011).

Long-term studies have shown that AKI attacks can significantly increase both the risk of developing chronic kidney disease and premature death (Lassnigg et al., 2004). In addition, 2 to 6% of patients require dialysis because of AKI development after cardiac surgery, indicating that a significant number of kidney diseases may occur (Rosner & Okusa, 2006; Thiele, Isbell & Rosner, 2015).

Although extracorporeal circulation (ECC) has increased in recent years, it is mandatory to use it frequently in some cases of cardiac surgery. In open heart surgery, the functions of the heart and lungs need to be stopped and the blood in the stopped mechanism, should be transferred to a different system. Although this system is non-physiological as it does not carry the functions of a complete human body physiology, as organs and related systems may

function only with the help of extracorporeal circulation, ECC in heart surgery is a preferred method (Bassin & Bell, 2016).

Kidney deterioration after bypass is a relatively common event. Approximately 25% of cardiac output is delivered to the kidneys. Endocrine changes due to dilution after bypass may reduce renal function. Also the kidneys have to filter out damaged erythrocytes and other damaged elements in the bypass lines. The destruction of erythrocytes (hemolysis) causes the release of hemoglobin into the plasma. This can lead to hemoglobin cylinders. If the amount of released hemoglobin is too high, the kidney cannot reabsorb the filtered hemoglobin and hemoglobinuria occurs. Preoperative poor renal function is the best indicator of postoperative failure as in the lungs (O'Neal, Shaw & Billings, 2016).

Acute kidney injury (AKI) is a common and serious complication that increases short-term mortality in hospitalized patients (Uchino et al., 2006; Ricci, Cruz & Ronco, 2008). Patients with severe forms of AKI need acute dialysis and the incidence of AKI (AKI-D) requiring dialysis in the US has increased rapidly compared to previous years (Hsu, McCulloch, Dudley, Lo & Hsu, 2013).

Perioperative fluid management may affect postoperative renal function. Normal saline solution is the most commonly used intravenous solution in perioperative fluid management (Awad, Allison & Lobo, 2008). However, recent clinical studies have shown that excessive saline-based solution can cause hyperchloremic acidosis, which can lead to excessive renal blood flow and poor clinical outcomes (McCluskey, 2013; Reid, 2003). In a previous human study, normal saline intravenous infusion led to reduction in renal blood flow rate and renal cortical tissue perfusion (Freeland, Jahromi, Duvall & Mancini, 2015). In contrast, other studies have shown that stable crystalloid and colloid solutions can prevent the development of hyperchloremic metabolic acidosis and increase the mean level of renal cortical tissue perfusion compared to saline-based solutions (Base et al., 2011; Chowdhury et al., 2014). After cardiac surgery, renal replacement therapy (RRT) is required between 1.6% and 7.7%, which may lead to an increase in mortality in these patients (Coppolino, Presta, Saturno & Fuiano, 2013; Perez et al., 2009). Many perioperative risk factors including advanced age (Freeland, 2015; Ried, 2011), angiography and prolonged surgical time, blood transfusion, and preoperative high serum creatinine have been reported as predictors of cardiac surgery-related AKI (Hu et al., 2013).

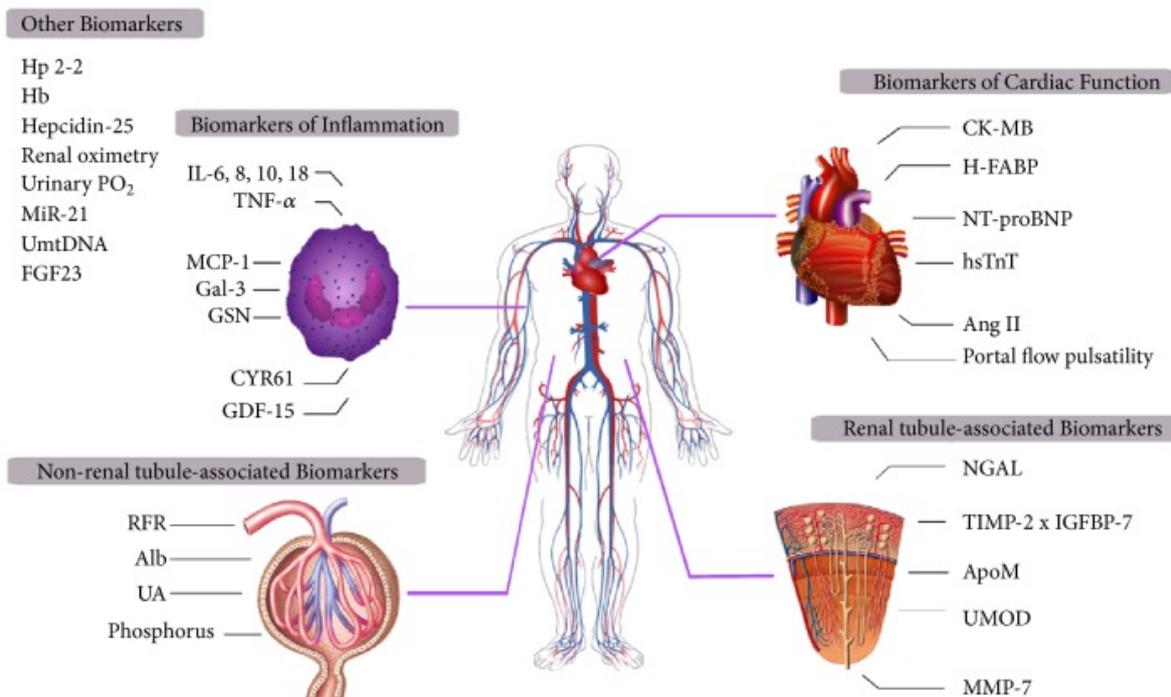


Figure 1: Biomarkers of cardiac surgery-associated acute kidney injury (CSA-AKI). Biomarkers of CSA-AKI are divided into four categories including renal tubule-associated biomarkers, nonrenal tubule-associated biomarkers, biomarkers of cardiac function, and biomarkers of inflammation. Other biomarkers that cannot be classified into the above types are listed as one category at the top left. *CK-MB*: creatine kinase-MB, *H-FABP*: heart fatty acid binding protein, *NT-proBNP*: N-terminal pro-B-type natriuretic, *AngII*: angiotensin II, *NGAL*: neutrophil gelatinase-associated lipocalin, *TIMP-2*: tissue inhibitor of metalloproteinases 2, *IGFBP-7*: insulin-like growth factor-binding protein 7, *ApoM*: apolipoprotein M, *UMOD*: urinary uromodulin, *MMP-7*: matrix metalloproteinase-7, *IL*: interleukin, *TNF- α* : tumor necrosis factor alpha, *MCP-1*: monocyte chemoattractant protein-1, *Gal-3*: galectin-3, *GSN*: gelsolin, *CYR61*: cysteine-rich protein 61, *GDF-15*: growth differentiation factor 15, *RFR*: renal functional reserve, *Alb*: albumin, *UA*: uric acid, *Hp2-2*: 2-2 phenotype of haptoglobin, *Hb*: hemoglobin, *PO₂*: oxygen tension, *MiR-21*: microRNA-21, *UmtDNA*: urinary mitochondrial DNA, and *FGF23*: fibroblast growth factor 23 (Binbin, Jianghua, Yi, 2019).

Acute renal failure (ARF) is a frequent serious condition in patients undergoing cardiovascular surgery. The risk factors of ARF are multiple and include; age, coexisting diabetes, preoperative hypovolemia, a preoperative serum creatinine level over 2 mg/dl, systemic anesthesia, perioperative blood loss, hypotension, hemolysis, abdominal aortic surgery, aortic valve surgery with coronary bypass, emergent cardiac surgery, preoperative intraaortic balloon pump requirement.

DISCUSSION AND CONCLUSION

AKI is defined as sudden deterioration in renal function and the accumulation of urea and other nitrogen waste products in the body, as well as the deterioration of extracellular volume and electrolytes.

Surgical interventions and anesthesia cause inflammatory response in all patients. During open heart surgery, this response is more pronounced since cardiopulmonary bypass

(CPB) is a non-physiological process. During cardiopulmonary bypass, blood elements are in contact with foreign matter and surfaces. Blood products in contact with nonendothelial surfaces are activated and the release of vasoactive mediators is stimulated (Aldea et al., 2002). Capillary permeability increases, hemolysis and hemodilution develops. Hemodilution causes fluid displacement between compartments, fluid retention and denaturation of plasma proteins. Simultaneous activation of the coagulation system occurs. As a result, systemic inflammatory response syndrome occurs (Warren, 2009; Day, 2005). Significant pathological changes in cardiac, pulmonary, renal, and cerebral functions and major complications such as organ dysfunction may occur (Lindholm, 2004; Serrano, 2010).

There have been significant changes in acute renal failure (ARF) terminology recently. acute kidney injury (AKI) has largely been replaced by ARF. The reason for this change is the recent studies which showed that acute and relatively mild kidney damage can also lead to significant clinical changes by effecting urine output and blood biochemistry. The term ARF is used for severe AKI requiring more RRT (Khwaja , 2012; Chertow et al., 2005).

Advanced age, diabetes, surgery with ECC, red blood cell transfusion and long-term mechanical ventilation are among the risk factors that will accelerate AKI development. Many mechanisms as altered renal blood flow, hypoperfusion, inflammation, pulsatile flow loss, ischemia, decreased autoregulation and nephrotoxic drugs have been proposed for the development of AKI after cardiac surgery (Binbin, Jianghua & Yi, 2019).

The development of acute renal injury is due to poor postoperative outcomes and high mortality rates in patients undergoing isolated coronary artery bypass graft (CABG). There are many mechanisms related to AKI development, including ischemic reperfusion lesion, nephrotoxin release, hemolysis, oxidative stress, systemic inflammatory responses, endothelial lesion and cytokine secretion that produce tubular cell damage (Coppolino, Presta, Saturno & Fuiano, 2013).

For the prevention of AKI; risk determination of surgical procedure in the presence of early biomarkers, hemodynamics monitorization, real-time Glomerular Filtration Rate (GFR) measurements with renal perfusion and intracapsular membrane pressure monitorizations, perhaps stemcells with may be considered (Bolliger & Fassl, 2018; Nadim et al., 2018).

REFERENCES

Aldea GS, Soltow LO, Chandler WL, Triggs CM, Vocelka CR, Crockett GI. Limitation of thrombin generation, platelet activation, and inflammation by elimination of cardiotomy suction in patients undergoing coronary artery bypass grafting treated with heparin-bonded circuits, *J Thorac Cardiovasc Surgery*, 2002;123(4):742- 55.

Awad S, Allison SP, Lobo DN. *The history of 0,9 % saline*, *Clin Nutr*, 2008;27:179–88.

Base EM, Standl T, Lassnigg A, Skhirtladze K, Jungheinrich C, Gayko, D. *Efficacy and safety of hydroxyethyl starch 6 % 130/0.4 in a balanced electrolyte solution (Volulyte) during cardiac surgery*, *J Cardiothorac vascular anesthesia*, 2011;25:407–14.

Bassin L, Bell D. *Temporary extracorporeal bypass modalities during aortic surgery*, *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 2016;30(3):341-57.

Binbin Wu, Jianghua Chen, Yi Yang. *Biomarkers of Acute Kidney Injury after Cardiac Surgery: A Narrative Review*, *Biomed Res Int*, 2019;11. <https://doi.org/10.1155/2019/7298635>, *PMCID: PMC6620851* PMID: 31.346.523

Bolliger D, Fassl J. *Avoiding acute kidney injury after cardiac surgery: Simple and Easy?* *J Cardiothorac vascular anesthesia*. 2018;32(1):223-4.

Chertow GM, Burdick E, Honour M, Bonventre JV, Bates DW. *Acute kidney injury, mortality, length of stay, and costs in hospitalized patients*, *J Am Social Nephrol*, 2005;16:3365-3370.

Chowdhury AH, Cox EF, Francis ST, Lobo DN. *A randomized, controlled, double-blind crossover study on the effects of 1-L infusions of 6 % hydroxyethyl starch suspended in 0.9 % saline (Voluven) and a balanced solution (Plasma Volume Redibag) on blood volume, renal blood flow velocity, and renal cortical tissue perfusion in healthy volunteers*, *Ann Surg*, 2014;259:881–7.

Coppolino G, Presta P, Saturno L, Fuiano G. *Acute kidney injury in patients undergoing cardiac surgery*, *J Nephrol*. 2013;26(1):32-40.

Day JR., Taylor, KM. *The systemic inflammatory response syndrome and cardiopulmonary bypass*. *International J Surgery*, 2005;3:129-40.

De Mendonca A, Vincent JL, Suter PM, et al. *Acute renal failure in the ICU: risk factors and outcome evaluated by the SOFA Score*, *Intensive care medicine*, 2000;26:915-21.

Dimov V, Usmani A, Noor S, Kumar A. *Who is at risk for developing acute renal failure after surgery? IMPACT consults. Proceedings of the 2nd Annual Cleveland Clinic Perioperative Medicine Summit, Cleveland Clinic journal of medicine*, 2006;73:12-13.

Freeland K, Jahromi AH, Duvall LM, Mancini MC. *Postoperative blood transfusion is an independent predictor of acute kidney injury in cardiac surgery patients*, *Journal Nephrothol*, 2015;4(4):121-6.

Hsu CY, Chertow GM, McCulloch CE, Fan D, Ordonez JD, Go AS. *Nonrecovery of kidney function and death after acute on chronic renal failure*, *Clin Journal Am Soc Nephrol*, 2009;4(5):891–8.

Hsu RK, McCulloch CE, Dudley RA, Lo LJ, Hsu CY. *Temporal changes in incidence of dialysis-requiring AKI*, *Journal Am Soc Nephrol*, 2013;24:37–42.

Hu Y, Li Z, Chen J, Shen C, Song Y, Zhong Q. *The effect of the time interval between coronary angiography and on-pump cardiac surgery on risk of postoperative acute kidney injury: a meta-analysis*, *Journal Cardiothorac Surgery*, 2013;8(1):178.

Ismail A, Miskolczi SY. *Cardiopulmonary Bypass*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2019.

Khwaja A. *KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury*, *Nephron Clinical Practice*, 2012;120:c197-c184. <http://dx.doi.org/10.1159%2F000339789>

Kerr M. *The economic impact of acute kidney disease [NHS Kidney Care report]*, 2011.

Lassnigg A, Schmidlin D, Mouhieddine M, Bachmann, LM, Druml W, Bauer P. *Minimal changes of serum creatinine predict prognosis in patients after cardiothoracic surgery, a prospective cohort study*, *Journal Am Soc Nephrol*, 2004;15(6):1597–605.

-
- Lindholm L, Westerberg M, Bengtsson A, Ekroth R, Jensen E, Jeppsson A. closed perfusion system with heparin coating and centrifugal pump improves cardiopulmonary bypass biocompatibility in elderly patients, Ann Thorac Surg, 2004;78:2131-8.*
- McCluskey SA, Karkouti K, Wijeysondera D, Minkovich L, Tait G, Beattie WS. Hyperchloremia after noncardiac surgery is independently associated with increased morbidity and mortality, a propensity-matched cohort study, Anesth Analg, 2013;117:412–21.*
- Nadim MK, Forni LG, et al. Cardiac and vascular surgery-associated acute kidney injury. The 20th International Consensus Conference of the ADQI (Acute Disease Quality Initiative) Group, J Am Heart Assoc, 2018;7.*
- National Confidential Enquiry into Patient Outcomes and Death (NCEPOD) Report(2009). Adding Insult to Injury.*
- O'Neal JB, Shaw AD, Billings FT. Acute kidney injury following cardiac surgery: current understanding and future directions, Crit Care, 2016;20(1):187.*
- Perez Valdivieso JR, Monedero P, Vives M, Garcia Fernandez N, Bes Rastrollo M, GEDRCC (Grupo Espanol de Disfuncion Renal en Cirugia Cardiaca). Cardiac-surgery associated acute kidney injury requiring renal replacement therapy, A Spanish retrospective case-cohort study, BMC Nephrol, 2009;10(1):27.*
- Reid F, Lobo DN, Williams RN, Rowlands BJ, Allison SP. (Ab)normal saline and physiological Hartmann's solution: a randomized double-blind crossover study, Clin Science, 2003;104:17–24.*
- Ricci Z, Cruz D, Ronco C. The RIFLE criteria and mortality in acute kidney injury: A systematic review, Kidney Int, 2008;73:538–546.*
- Ried M, Puehler T, Haneya A, Schmid C, Diez C. Acute kidney injury in septua- and octogenarians after cardiac surgery, BMC Cardiovasc Disord, 2011;11(1):52.*
- Rosner MH, Okusa MD. Acute kidney injury associated with cardiac surgery, Clin J Am Soc Nephrol, 2006;1(1):19–32.*
- Serrano CV Jr, Souza JA, Lopes, NH, Fernandes JL, Nicolau JC, Blotta MH, et al. Reduced expression of systemic proinflammatory and myocardial biomarkers after offpump versus on-pump coronary artery bypass surgery: a prospective randomized study, Journal of critical care, 2010;25(2):305-312.*
- Thiele RH, Isbell JM, Rosner MH. AKI associated with cardiac surgery, Clin J Am Soc Nephrol, 2015;10(3):500–14.*
- Uchino S, Bellomo R, Goldsmith D, Bates S, Ronco C. An assessment of the RIFLE criteria for acute renal failure in hospitalized patients, Crit Care Med, 2006;34:1913–1917.*
- Warren OJ, Smith AJ, Alexiou C, Rogers PL, Jawad N, Vincent C, et al. The inflammatory response to cardiopulmonary bypass: part 1--mechanisms of pathogenesis, J Cardiothorac Vasc Anesth, 2009;23:223-31.*

SAĞLIK DAVRANIŞLARININ DEĞİŞTİRİLMESİNDE TRANSTEORETİK MODEL KULLANIMI

The Use of Transteorethic Model in Changing Health Behaviors

Zeynep ÜNVER 

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Sivas

Geliş Tarihi / Received: 05.11.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 26.11.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ÖZ

Sağlık davranış değişikliği sürecini geliştirmek ve en etkili sağlık davranış değişikliğini elde etmek için günümüzde yaygın olarak Transteoretik Model (TTM) kullanılmaktadır. Bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun girişim oluşturan TTM davranış değişimini kolaylaştıran bir rehber olarak kullanılmaktadır. Transteoretik Model bireyin herhangi bir davranış değişikliğinin bir anda olmadığını, davranış değişikliğinin birbirinden farklı aşamaları ve süreçleri içerdiğini kabul eden bilişsel davranışçı bir modeldir. Bu derlemenin amacı Transteoretik Model kullanımıyla davranış değişim aşamalarını tanımlayarak, modeli kullanacak araştırmacılara, hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına temel bilgi ve davranış değişikliği gerçekleştirebilmek üzere kaynak sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Transteoretik model, davranış değişimi, değişim süreci.

ABSTRACT

Transteoretic Model (TTM) is widely used to improve health behavior change process and to achieve the most effective health behavior change. TTM is used as a guide to facilitate behavior change. The Transteoretic Model is a cognitive behavioral model that accepts that an individual does not have any behavioral change at a time and that the behavioral change involves different stages and processes. The purpose of this review is to define the stages of behavior change by using Transteoretic Model and to provide resources to researchers, nurses and other health professionals who will use the model in order to realize basic information and behavior changes.

Keywords: Transtheoretical model, behavior change, changes process.

GİRİŞ

Son 20 yıldır birey, aile ve toplumun sağlıklı yaşam biçimine uyum sağlamalarına yardım etmede hemşireler ve sağlık çalışanları için davranış değiştirme çalışmalarında birçok kuramsal teori ve modeller tanımlanmıştır (Aydoğdu & Bahar, 2011; Taş & Seviş, 2015). Davranışsal değişimler için kullanılan kuramlar ve modellerden birkaçı; Sosyal Öğrenme Teorisi, Sağlık İnanç Modeli, Planlı Davranış Kuramı, Sağlığı Geliştirme Modeli ve Transteoretik Model (TTM)' dir. TTM kullanışlı ve uygulanabilir olması nedeniyle son yıllardaki sağlığı geliştirme çalışmalarında, bireylere olumlu davranış değişimi kazandırmak için kullanılan rehber modellerden biri olarak görülmektedir (Prochaska, Redding & Evers, 2008; Erol & Erdoğan, 2008; Güngörmüş & Erci, 2012).

Transteoretik Model (TTM)

Transteoretik Model (TTM); James Prochaska ve Carlo DiClemente tarafından 1982 yılında geliştirilen, bireylerin kendilerindeki sağlıksız davranışı fark ettikleri anda başlayıp sağlıklı davranışı kazanana kadar geçirdikleri aşamalara odaklanan bütünleştirici ve biyopsikososyal bir modeldir (Prochaska vd., 2008). İlk olarak sigarayı bırakma programlarında kullanılan model, daha sonra egzersiz yapma, güneşten korunma, diyetle alınan fazla yağ miktarının azaltılması, ağırlık kontrolü, prezervatif kullanımı, mamografi taramasının desteklenmesi, ilaç kullanımının yaygınlaşması, stresle başa çıkma ve madde bağımlılığını bırakma gibi geniş bir alandaki pek çok problemlili davranışın değiştirilmesinde başarıyla kullanılmaktadır (Özdemir & Taşçı, 2013).

Bu modelin diğer davranış değişikliği için kullanılan modellerden ayıran en önemli özelliği, davranış değişiminin bir süreç olduğunu savunmasıdır. Yani bireyleri sadece belli bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştiremediklerine göre sınıflandırmaz, davranış değişimi sürecinde geçilen aşamalara göre sınıflandırır (Güngörmüş, 2010; Sertel, Yücel & Deveci, 2016).

TTM'de, davranış değişimi; aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak tanımlanır. Geleneksel davranışçı yaklaşımlarda, değişim; keskin ve doğrudan sonuç olarak değerlendirilirken, model bireylerin isteyerek davranış değişikliği gerçekleştirmesine yardım etme ve değişim sürecini anlama üzerine odaklanır. TTM sonuçların doğru değerlendirilmesini, ilerlemelerin ölçülmesini ve girişimlerin etkinliğini değerlendirir (Özdemir & Taşçı, 2013).

Transteoretik Modelin ana bileşeni değişim aşamaları (düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket, sürdürme aşamaları) olmakla birlikte; değişim süreçleri (bilinci artırma, duygusal dışavurum, benliğin yeniden değerlendirilmesi, çevreyi yeniden değerlendirme, kendini özgürleştirme, yardımcı ilişkiler, karşıt koşullanma, uyarın kontrolü, pekiştirme yönetimi, sosyal özgürleşme) karar verme dengesi (değişimin artı ve eksi yanları), öz etkinlik (bireyin farklı zorlayıcı ortamlar karşısında ve bazı çeldiricilerle karşılaştığında sağlık davranışını sürdürebileceğine dair inancı) modeli oluşturan diğer bileşenlerdir (Sertel vd., 2016).

Tablo 1. Transteoretik model yapısı (Prochaska vd.,2008)

1.Değişimin Aşamaları	
Düşünmeme	Önümüzdeki 6 ay içinde harekete geçmek niyetinde değil.
Düşünme	Önümüzdeki 6 ay içinde harekete geçme niyetinde.
Hazırlık	Önümüzdeki 30 gün içinde harekete geçmek niyetinde ve bu yönde bazı davranışsal adımlar atıyor.
Hareket	6 aydan daha az süredir davranış değişikliği yapıyor.
Sürdürme	6 aydan uzun süredir davranış değişikliği yapıyor.
2.Değişimin Süreçleri	
Bilinçlenme (Farkındalığın Artması)	Sağlıklı davranış değişikliğini destekleyen yeni gerekçeleri, fikirleri ve ipuçlarını bulmak ve öğrenmek
Duygusal Uyarılma	Sağlıksız davranışların neden olduğu risklerle birlikte olan olumsuz duyguları (korku, endişe) deneyimlemek
Kendini Yeniden Değerlendirme	Davranış değişikliği yapmanın bireyin kimliğinin önemli bir parçası olduğunu fark etmek
Çevreyi Yeniden Değerlendirme	Bir kişinin sağlıksız davranışlarının olumsuz etkilerinin ya da sağlıklı davranışlarının olumlu etkisinin sosyal veya fiziksel ortamında fark edilmesi.
Sosyal Özgürleşme-Çevresel Fırsatlar	Toplumsal normların sağlıklı davranış değişikliğini destekleme yönünde değiştiğinin farkına varmak
Destekleyici İlişkiler	Sağlıklı davranış değişikliği için sosyal destek aramak ve kullanmak
Karşıt Koşullanma (Yerine Koyma)	Sağlıksız davranışların yerine daha sağlıklı alternatif davranışların yerleştirilmesi
Uyarın Kontrolü	Sağlıklı davranışların hatırlatıcılarını eklerken sağlıksız davranışların hatırlatıcılarını ortadan kaldırmak
Pekiştirme (Ödüllendirme)	Olumlu davranış değişikliği için ödülleri artırırken ve sağlıksız davranışların ödülleri azaltmak
Kendisi İle Anlaşma	Değişim taahhüdünde bulunmak
3.Karar Alma	
Artıları (Pros)	Değişimin faydaları
Eksileri (Cons)	Değişimin zararları
4.Öz-Etkililik	
Kendine Güven	Zorlayıcı durumlarda sağlıklı davranış sürdürülebilirlik konusunda kendine olan güven
Teşvik	Zorlayıcı durumlarda sağlıksız davranışa geri dönme isteğinin yoğunluğu

1. Değişim Aşamaları

Değişim aşamaları, bireyin davranış değiştirmedeki ilgi ve motivasyonunu belirtir. Modele göre sağlıklı davranışı kazanmaya çalışan birey bu davranışı kazanana kadar belli bazı aşamalardan (düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket, sürdürme aşaması) geçer (Şekerci, 2016). Bireylerin hareketi her zaman aşama aşama olmasa bile genellikle ileri yöndedir. Ancak birey zaman zaman geri yönde hareket (relaps) edebilmektedir. Bu durumun önlenmesi ve sağlıklı davranış değişikliğinde başarının sağlanması için öncelikle içinde bulunulan aşama kesin olarak belirlenip bireyin içinde bulunduğu aşamaya uygun girişimler uygulanmalıdır (Taş, Seviş & Güngörmüş, 2016; Fidancı, Öztürk & Ünal, 2017).

1.1. Düşünmeme Aşaması

Değişim aşamasının ilk basamağı olan düşünmeme aşamasındaki bireyler gelecek altı ay içerisinde sağlıksız olan davranışını sağlıklı davranışla değiştirmeyi planlamıyorlardır. Bireylerin bu aşamada bulunmasının farklı nedenleri olabilir (Prochaska vd., 2008).

Düşünmeme aşamasındaki bireyler yaptıkları sağlıksız davranışın kendilerine zarar verdiğinin ya da yapmaları gereken sağlıklı davranışın kendileri için faydalı olduğunun farkında olmayabilirler. Ya da sağlıklı davranışı kazanmayı birkaç kez denemiş fakat başarısız olmuş olabilirler. Bazı bireyler de gerekli olan davranış değişikliğini yapabilecek olduklarına inanmayıp denemeyi düşünmüyor olabilirler. Bu aşamadaki bireyler genellikle değişime karşı dirençli, motivasyonu düşük ya da olmayan bireylerdir (Prochaska & Prochaska, 2011). Bu bireyler davranış değişikliğinin olumlu yönleri hakkında düşünmeye teşvik edilmeli ve sağlıksız davranışlarının yaşamı üzerindeki negatif etkilerini hissetmeleri sağlanmalıdır (Erol, Erdoğan, 2008; prochange.com, ET: 26.09.2019).

1.2. Düşünme Aşaması

Düşünme aşamasında bulunan bireyler, bir problemin var olduğunun farkındadırlar ve gelecek altı ay içinde davranış değişikliği yapmayı ciddi bir şekilde düşünmektedirler, ancak henüz eylemde bulunmamışlardır (Erol & Erdoğan, 2008; Freeman & Dolan, 2001). Buna bireylerin sağlıklı davranışı nasıl kazanabileceklerini bilmiyor, ya da sağlıklı davranışı kazanıp kazanamayacakları hakkında tereddüt yaşıyor olmaları sebep olabilir. Bazı bireyler ise yapmayı düşündükleri davranış değişikliğinin yararları ve zorlukları arasındaki kararsızlık ve çelişkili duygular yaşıyor olabilirler (Erol & Erdoğan, 2008; Velicer, Prochaska & Fava,

2000). Bireyleri davranış değişikliğinin negatif yönlerini azaltmaya çalışmaları konusunda teşvik etmek gerekmektedir (prochange.com, ET: 26.09.2019).

1.3. Hazırlık Aşaması

Hazırlık aşamasında bulunan birey bir ay içinde sağlıklı davranışı gerçekleştirme konusunda harekete geçmeye niyetlidir. Sağlıklı davranışı kazanmak için karar veren bu bireyler davranış değişikliğini nasıl yapabileceklerini araştırıp bu yönde ufak denemeler yapmaktadırlar. Ancak yaptıkları eylemler henüz düzenli ve etkili değildir (Erol, Erdoğan, 2008; Fidancı vd., 2017; Koyun, 2013). Bireyler bu aşamada güvendikleri arkadaşlarından destek aramaya teşvik edilmelidir. Değişim planlarını insanlara söylemeleri ve sağlıklı davranışı uyguladıkları zaman kendilerini nasıl hissedeceklerini düşünmeye teşvik edilmelidir (prochange.com, ET: 26.09.2019). Bu aşama, harekete geçmenin tetikleyicisi olarak ifade edilmektedir (Prochaska vd., 2008).

1.4. Hareket Aşaması

Hareket aşamasındaki bireyler son altı ay içerisinde sağlıksız davranışlarını değiştirmiş ve sağlıklı davranışlar kazanmaya başlamıştır (Freeman & Dolan, 2001). Motive olup değişime başlamış bireyler başarılı olduklarını düşünür ve başarılarını paylaşmaktan gurur duyarlar (Friman, Huck & Olsson, 2017). Ancak hareket aşaması, bireyin davranış değişikliği yapabileceğine inancında, kendisine güveninde azalma gibi ihtimaller nedeniyle bir önceki aşamaya dönme riskini barındırdığı için kritik bir aşamadır (Şekerci, 2016).

1.5. Sürdürme Aşaması

Sürdürme aşaması, sağlıklı davranış değişiminin altı aydan daha fazla süredir yapılmış ve devam eden aşamasıdır. Bireylerden kazandıkları sağlıklı davranışı devam ettirmesi beklenmektedir (Erol & Erdoğan, 2008). Bireylerin motivasyon ve özgüvenleri, kazandıkları sağlıklı davranışlar nedeniyle artmıştır. Ancak önceki adımlara dönüş (relaps) ihtimali hala devam ettiği için birey dikkatli olmalıdır (Fidancı vd., 2017).

Geri dönüş (relaps) görülen bireylerde başarısızlık ve suçluluk hissinin gelişmesinin yanında yeniden sağlıklı davranış değişikliği yapmaya karşı da direnç gelişir. Relaps yaşayan bireylerin yaklaşık %15'inin düşünmeme aşamasına, %85'inin ise düşünme/hazırlık aşamasına geri döndükleri görülmüştür (Erol & Erdoğan, 2008).

Son yıllardaki Transteoretik Model kullanılarak yapılan çalışmalarda sonlandırma aşamasından bahsedilmektedir. Sonlandırma aşaması davranış değişikliğinin en az 5 yıl boyunca devam ettirildiği aşamadır. Davranış bilimcilere göre sonlandırma aşaması davranış değişikliğinin tamamen sağlandığı ve geri dönüşlerin olmadığı; bireylerin öz etkililiğinin %100 olduğu bir aşamadır. Bu bağlamda sürdürme aşamasının hedefi; relaps oluşumunu engellemek ve bireyleri sonlandırma aşamasına getirmektir (Şekerci, 2016).

2. Değişim Süreçleri

Değişim süreçleri yeni bir davranış kazanmaya çalışan bireyin değişim yolculuğu boyunca ne tür tepkiler verdiğini, hangi yol ve yöntemleri kullandığını ele alır (Şekerci, 2016). Birey sağlıklı davranışı kazanana kadar pek çok farklı süreçten geçmektedir ancak Transteoretik Model bu süreçleri 5 bilişsel ve 5 davranışsal olmak üzere toplam 10 temel sürece ayırmaktadır. Davranışsal süreçler bireyin tüm aşamalar boyunca seçtiği davranışları içerirken; bilişsel süreçler bireyin farkındalık, duygu ve değerlerini ele almaktadır (Erol & Erdoğan, 2008).

2.1. Bilinci Arttırma

Bireyin sağlıksız davranışının ne olduğunu, neden kaynaklandığını, ne gibi sonuçlara sebep olduğunu içeren ve çözümlerinin neler olabileceğine dair farkındalığının arttığı bir süreçtir. Artan bu farkındalığın sebebi; geribildirim, eğitim, yüzleşme, yorumlama, bibliyoterapi ve medya kampanyaları gibi girişimler olabilir (Velicer vd., 2000).

2.2. Duygusal Uyarılma

Bu süreçte, birey sağlıksız davranışının sebep olduğu olaylar hakkında yoğun üzüntü deneyimler (Taş vd., 2016). Bu süreçte bulunan birey sağlıksız davranışını başkalarıyla paylaşma gibi bir yöntem kullanarak kendisini duygusal olarak rahatlatma çabası içerisinde girer (Şekerci, 2016). Bu evreyi harekete geçirmek için psikodrama, rol yapma, geri bildirimler, medya kampanyaları kullanılabilir (Taş vd., 2016).

2.3. Kendini Yeniden Değerlendirme

Bu süreçteki birey kendini sağlıklı ve sağlıksız davranışlarıyla birlikte bilişsel ve duygusal olarak değerlendirir. Yeniden değerlendirmek için sağlıklı rol modeller ve benzetmeler; hayal gücünü kullanma ve değerleri yeniden tartma gibi teknikler kullanılabilir (Miller & Rollnick, 2002).

2.4. Çevreyi Yeniden Değerlendirme

Bu süreçte bulunan birey sağlıksız davranışının varlığının ya da yokluğunun fiziksel ve sosyal çevresi ile olan ilişkisini bilişsel ve duygusal olarak değerlendirir. Çevreyi yeniden değerlendirmek için empati eğitimi ve aile müdahalesi gibi teknikler kullanılabilir (Velicer vd., 2000).

2.5. Sosyal Özgürleşme - Çevresel Fırsatlar

Bu süreçte bulunan birey sağlıklı davranışı başlatmak için sosyal baskıdan kurtulmaya çalışır. Sosyal ve çevresel fırsatların ya da alternatiflerin arayışına giren bireyin bu husustaki farkındalığı artar (Şekerci, 2016).

2.6. Destekleyici İlişkiler

Değişimin bu süreci bireye güven veren, bireyi kabul eden ve destekleyen ilişkilerin yanı sıra sağlıklı davranış değişikliklerini destekleyen ilişkileri içerir. Bu süreçte danışman desteği, arkadaşlık ilişkileri, sosyal destek grupları yardımcı olarak kullanılabilir (Erol & Erdoğan, 2008).

2.7. Karşıt Koşullanma (Yerine Koyma)

Bu süreçteki birey sağlıksız olan davranışının yerine koyabileceği sağlıklı davranışı öğrenmeye ve kullanmaya odaklanır (Erol & Erdoğan, 2008).

2.8. Uyarın Kontrolü

Birey sağlıksız davranışa yeniden başlama riskini azaltmak için uyarınları kontrol eder ya da sağlıklı olan diğer alternatifleri seçer. Bu süreçte, kendi kendine yardım gruplarına katılma ve çevrenin yeniden düzenlenmesi gibi teknikler yardımcı olarak kullanılabilir (Miller & Rollnick, 2002).

2.9. Pekiştirme (Ödüllendirme)

Kendi kendine davranış değişikliğini sağlamaya çalışan bireyler için ödül bir güven kaynağı işlevi görmektedir. Bu süreçteki bireyler sağlıklı davranışı sağlıksız davranışa tercih ettikleri durumlarda kendilerini ödüllendirerek davranışı sürdürme motivasyonlarını artırabilirler (Koyun, Eroğlu & Bodur, 2015).

2.10. Kendisi ile Anlaşma

Bu süreçte birey değişime olan inancını harekete geçirir ve sağlıklı davranışa karşı uyum sağlar. Birden fazla yardım seçeneğinin kullanılması bu uyumu arttırabilir (Erol & Erdoğan; 2008).

Davranış değişimi için süreçlerin her birisi değişim aşamaları ile ilişkilidir. Süreç kullanımı düşünmeme aşamasında en az, orta safhalara (düşünme ve hazırlık aşamaları) doğru artar ve hareket aşamasında en fazladır. Son safha olan devam ettirme (sürdürme) aşamasında giderek azalır. Tipik olarak deneysel süreçlerde kullanım erken pik yapar, davranışsal süreçlerde daha geç pik yapar (Lenio, 2006).

Tablo 2. Değişim süreçleri ile değişim aşamalarının eşleştirilmesi (Lenio,2006).

	Değişim Aşamaları				
	Düşünmeme	Düşünme	Hazırlık	Hareket	Devam Ettirme
Değişim Süreçleri	Bilinçlenme				
	Belirgin Rahatlama				
	Çevreyi Yeniden Değerlendirme				
	Kendini Yeniden Değerlendirme				
	Bireysel Özgürleşme				
	Pekiştirici Yardım Karşıt Koşullama				
Başa Çıkma İlişkiler					
Uyarıların Kontrolü					

3. Karar Alma

Transteoretik Modelin bir diğer ana bileşeni olan karar alma bileşeni, kazanılmaya çalışılan sağlıklı yeni davranışın yararları (pros) ve zararlarının (cons) karşılaştırılması üzerine temellenir. Davranış değişikliğinin sebepleri, değişimin faydaları ve pozitif yönleri değişimin yararları iken; davranış değişikliğindeki engeller, değişikliğin yapılmama nedenleri ve değişikliğin negatif yönü değişikliğin zararları olarak ele alınmaktadır (Şekerci, 2016).

Transteoretik Modelin ilk aşamalarında bulunan bireyde daha çok yeni davranış kazanımının olumsuzlukları, engelleri ön plandayken, birey aşamalarda ilerleme kaydettikçe kararsal denge davranış değişikliğinin pozitif yönlerine doğru hareket eder (Plummer, Velicer

& Redding, 2001). Örneğin hareket ve devam ettirme aşamasında bulunan bireyler yeni davranışlarının, olumlu özelliklerini ortaya çıkarırken, düşünmeme ve düşünme aşamasında bulunanlar ise davranışın yararlarından daha fazla zararlarını öne çıkarma çabası içindedirler. Hazırlık aşamasındaki bireylerde ise, davranışın yarar ve zararlarının denge içinde olduğu bir davranış şekli görülmektedir (web.uri.edu, ET: 26.09.2019).

4. Öz-etkililik

Öz etkililik kavramı Bandura'nın sosyal öğrenme teorisinin bir bileşenidir ve kişinin özel bir davranışı uygulamadaki yeterliliğinde algıladığı güven olarak tanımlanmaktadır (Sharifirad, Eslami, Charkazi, Mostafavi & Shahnazi, 2012). Transteoretik modelde yer alan öz etkililik bileşeni de Bandura'dan uyarlanmıştır ve bir davranışa direnç gösterme veya değişimi sağlamada başarılı olabileceğine inanan bireylerin derecesini ölçmektedir. Prochaska, Redding ve Evers tarafından 1997 yılında modele eklenen öz-yeterlilik; kendine güven ve teşvik olmak üzere iki bileşene ayrılmıştır (Fidancı vd., 2017; Koyun vd., 2015).

4.1. Kendine Güven: Bireylerin istenmeyen davranışa dönmesini ya da bir önceki aşamaya relapsını engelleyerek durum ile başa çıkabilmelerini sağlayan öz yeterliliktir (Koyun vd., 2015).

4.2. Teşvik: Bireyin zor durumdayken eski sağlıksız davranışı sürdürme isteğinin yoğunluğu olarak tanımlanır (Şekerci, 2016; Koyun vd., 2015). Bireyin sağlıklı davranışını sürdürmesi ve relapsını engellemek için bu iki bileşen arasındaki denge öz yeterlilik lehine yönlendirilmelidir. Bireyin sağlıklı davranışa devam edip etmemesi kişinin öz yeterlilik algısıyla ilişkilidir (Koyun vd., 2015). Düşünmeme ve düşünme aşamasındaki bireylerde teşvik, kendine güvenden daha büyükken, hareket ve sürdürme aşamalarında öz yeterlilik teşvikten daha büyüktür (Fidancı vd., 2017; Plummer vd., 2001).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak ve olumsuz sağlık davranışlarını değiştirmek sağlık profesyonellerinin en temel işlevleri arasındadır. Davranış değişikliği için rehber olarak kullanılan Transteoretik Model temelli motivasyonel görüşmelerin olumsuz sağlık davranışı değiştirmede etkili bir yöntem olduğu görülmektedir. Hemşirelerin kronik hastalık süreci yönetiminde ve olumsuz sağlık davranışlarını değiştirmede önemli görevlerinin olduğu bilinmektedir. Çünkü hemşireler sağlık hizmetlerinin sunulmasında bireylerle sürekli bir iletişim halindedir. Hemşirelik uygulamaları ile örtüşen bu modelin yaşama geçirilebilmesi

için hemşirelerin çalışmalarında transteoretik modele dayalı motivasyonel görüşme tekniğini kullanmaları ve bilimsel kanıtları göz önünde bulundurarak bireye en uygun davranış değişimi yaklaşımlarını bulmak için çaba harcamaları gerekmektedir. Gelecekte motivasyonel görüşme tekniği bileşenlerini ve değişim mekanizmalarını tam anlamıyla açıklayabilmek için motivasyonel görüşme ve transteoretik modele dayandırılarak süreç odaklı yürütülecek çalışmalara ihtiyaç duyulacağından bu konuda daha kapsamlı çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2011;4:34-40.*
- Cancer Prevention Research Center. Transtheoretical Model, Detailed Overview. <https://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/> ET: 26.09.2019.*
- Erol S, Erdoğan S. Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study, Patient Education and Counseling, 2008;72:42-48.*
- Fidancı I, Öztürk O, Ünal M. Transtheoretic model in smoking cessation, Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2017;34(1):9-13.*
- Freeman A, Dolan M. Revisiting prochaska and diclemente's stages of change theory: an expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation, Cognitive and Behavioral Practice, 2001;8:224-234.*
- Friman M, Huck J, Olsson LE, Transtheoretical model of change during travel behavior interventions: an integrative review, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2017;14,581:1-15.*
- Güngörmüş Z. Lise öğrencilerinde sigara içme davranışının transteoretik model çerçevesinde değerlendirilmesi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2010;19:12-18.*
- Güngörmüş Z, Erci B. Transtheoretical model –based education given for smoking cessation in higher school students, Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2012;43:1548-1559.*
- <https://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change> Erişim Tarihi: 26.09.2019.*
- Koyun A. Yetişkin kadınlara değişim aşamaları modeli (transteoretik model) ile yapılan eğitimin sigarayı bırakma davranışı üzerine etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013.*
- Koyun A, Eroğlu K, Bodur S. Sigara içen yetişkinler için geliştirilmiş değişim aşamaları modeli ölçeklerinin türkçeye uyarlama çalışması, Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2015;7(2):69-78.*
- Lenio JA. Analysis of the transtheoretical model of behavior change, J Student Research, 2006;73-86.*
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, The Guilford Press, New York, London, 2002;274-275.*
- Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013;1:41-47.*

- Plummer BA, Velicer WF, Redding CA, et al. Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking: measurement and validation in a large, school-based population of adolescents. Addict Behav, 2001; 26:551-71.*
- Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice, 2008:97-121.*
- Prochaska JO, Prochaska JM. Behavior change (chapter 2), In C. Heverling & T. Reilly (Eds.), Population health creating a culture of wellness. Burlington Jones & Bartlett Learning, LLC, 2011;23-41.*
- Sertel Berk HÖ, Yücel B, Deveci E. ergenlik döneminde obezite; bilişsel davranışçı kuramlar ve motivasyon kuramları açısından karşılaştırmalı bir inceleme, Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics, 2016;1(2):50-58.*
- Sharifirad GR, Eslami AA, Charkazi A, Mostafavi F, Shahnazi H. The effect of individual counseling, line follow-up, and free nicotine replacement therapy on smoking cessation in the samples of Iranian smokers: Examination of transtheoretical model, Journal of Research in Medical Sciences, 2012 December;1128-1136.*
- Şekerci GY. Yetişkin diyabetli kadınlara değişim aşamaları modeli ile yapılan eğitimin egzersiz davranışı üzerine etkisi. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2016;127.*
- Taş F, Seviş EÜ, Güngörmüş Z. Lise öğrencilerinde ağızotunu (dumansız tütün) bırakturmaya yönelik Transteoretik Model temelli motivasyonel görüşmelerin etkisi. Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, 2015.*
- Taş F, Seviş EÜ, Güngörmüş Z. Sigara bağımlılığında davranış değişimi için transteoretik model ile motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2016;8(4):380-393.*
- Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, et al. Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention, Homeostasis in Health and Disease, 2000;40:174-195.*

ÜST ÇENEDE KESERLER BÖLGESİNDE BULUNAN SÜPERNÜMERERER DİŞİN TEŞHİSİ VE TEDAVİSİ

Diagnosis and Treatment of a Supernumer Tooth in the Upper Jaw Anterior Area

Derya Büşra YAKINCI 

Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi / Received: 11.11.2019

Kabul Tarihi / Accepted: 26.11.2019

Yayın Tarihi / Published: 25.12.2019

ÖZ

Artı dişler, normal dentisyona ilave olarak fazladan sürmüş veya gömülü kalmış diş ya da diş benzeri yapılardır. Artı dişlerin etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Artı dişler her iki cinsiyette de farklı yaş gruplarında görülebilmektedir. 8 yaşındaki erkek çocuk hasta dişlerinde şekil ve görüntü bozukluğu şikayeti ile kliniğine başvurdu. Yapılan ağız içi ve radyografik değerlendirmeler sonucu üst daimi keser dişler arasında fazla diş varlığı tespit edildi. Hastanın görüntüsünden memnun olmamasının yanında fazla diş varlığı dental ve ortodontik problemler yaratacağı nedeniyle dişin çekimine karar verildi. Diş çekimi yapıldıktan sonra belirli aralıklarla takip edildi ve dişlerin arasındaki boşluğun kapanmaya başladığı tespit edildi. Hastanın diğer dental işlemleri de bu süre içinde tamamlandı. Hasta rutin aralıklarla takip edilmektedir.

Anahtar kelimeler: Meziodens, diastema, takip

ABSTRACT

Mesiodenses are teeth or tooth-like structures that are additionally driven or embedded in addition to normal dentition. The etiology of surplus teeth is not fully known. Plus teeth can be seen in different age groups in both sexes. An 8-year-old boy was admitted to our clinic with the complaint of malformations of his teeth and image. As a result of intraoral and radiographic evaluations, the presence of mesiodens was detected between the upper permanent incisors. As the patient was not satisfied with the appearance, it was decided to withdraw the tooth because the presence of more teeth would create dental and orthodontic problems. After the tooth extraction, it was followed periodically and the gap between the teeth started to close. Other dental procedures were completed during this period. The patient is followed up at regular intervals.

Keywords: Mesiodens, diastema, follow up

GİRİŞ

Artı dişler, normal dentisyona ilave olarak fazladan sürmüş veya gömülü kalmış diş ya da diş benzeri yapılardır (Ezirganlı & Köşger, 2010). Artı dişlere sünmere veya süpernumere dişler de denir. Süpernumere diş terimi, normal sayıdan fazla dişlerin formasyonu ile sonuçlanan osteogenezis sırasında oluşan, gelişimsel bozukluk olarak da tanımlanabilir (Gündüz, Celenk, Zengin & Sümer, 2008). Sünmere dişlerin etiyojisi hala tam olarak açıklanamamıştır, ancak kalıtımın önemli bir etiyojistik faktör olduğu düşünülmektedir (Gallas & Garcia, 2000). Bazı gelişimsel bozukluklar da etiyojistik faktör olarak düşünülmektedir: süpernumere diş varlığı görülen sendromlar şunlardır; dudak-damak yarığı, Kleidocranial Disostozis, Gardner's sendromu, Kondroektodermal Displazi, Eler-Danlos sendromu (Anthonappa, King & Rabie, 2013). Süpernumere dişler her iki cinsiyette de görülebilmekle birlikte erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha sık oranda rastlanır (Gündüz, Celenk, Zengin & Sümer, 2008). Süpernumerer diş prevalansının daimi dentisyonda %0.5-3.8, süt dişlerinde ise %0.3-0.6 arasında olduğu bildirilmiştir (Valmaseda, Berini & Gay, 2001). Süpernumerer dişler tek başlarına, çok sayıda, tek veya çift taraflı, bir veya her iki çene de gözlenebilirler. Olguların %76-86'sında tek, %12-23'ünde iki ve %1'inde üç veya daha fazla süpernumerer dişe rastlandığı bildirilmiştir. Herhangi bir sendromla ilişkisi olmayan, çok sayıda süpernumerer diş gözlenen olgu sayısı oldukça azdır (Orhan, Özer & Orhan, 2006). En sık olarak görülen süpernumere diş, maksiller santraller arasında yer alan meziodens'dir (Bayram, Ozer & Sener, 2006). Bu olguda 2 üst santral diş arasında meziodens varlığı tespit edilen hastanın teşhisi, tedavisi ve takibi sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

8 yaşındaki erkek çocuk hasta dişlerinde şekil ve görüntü bozukluğu şikayeti ile 7 ay önce kliniğe başvurdu. Yapılan ağız içi ve radyografik değerlendirmeler sonucu üst daimi keser dişler arasında fazla diş varlığı tespit edildi (Resim 1, 2).



Resim 1: Artı diş intraoral görüntü



Resim 2: Artı diş radyografik görüntü

Aileye mevcut görüntü ve şekil bozukluğunun sebebinin 2 üst keser dişin arasında bulunan artı diş sebebiyle meydana geldiği ve ağızda bulunan artı dişin çocuğun sağlıklı gelişimi açısından bir faydası olmayacağı gibi bir takım komplikasyonlara sebep olacağı bildirildi ve aileden de onay alınarak dişin çekimine karar verildi. Üst çene keser bölgesine bukkal ve palatinalden infiltratif anestezi (2ml articain) ile dişin çekimi yapıldı. Çekilen diş yaklaşık olarak 12 mm uzunluğundadır (Resim 3).



Resim 3: Çekim sonrası artı diş ölçüm görüntüsü

Diş çekiminden sonra ağız içindeki diğer dental işlemler de tamamlandı ve kontrol programına alınarak 1. ay ve 6. ay kontrollere çağırıldı. 6. ay kontrolünde üst keser dişlerin meziodens çekiminden sonra birbirlerine yaklaştıkları ve diastemanın azaldığı ve yan keser dişlerin sürdüğü saptandı. Hastanın takibi devam etmektedir (Resim 4, 5).



Resim 4: 1. ay intraoral kontrol görüntüsü



Resim 5: 6. ay intraoral kontrol görüntüsü

TARTIŞMA

Etiyolojisi tam olarak tespit edilememiş olsa da herediter etkenlerin meziodens üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada aynı ailede bulunan farklı bireylerde süpernumere diş varlığı tespit edilmiştir (Marya & Kumar, 1998). Fakat bu olguda aileden alınan anamnezde ailede başka bireylerde fazla diş olmadığı bilgisine ulaşıldı. Diğer yandan gelişimsel hastalıkların varlığı da etiyolojik faktörler arasındadır fakat hastada gelişimsel hastalık bulgusu yoktur.

Sürnumerer dişler; sürme bozukluğu, sürme gecikmesi, dişlerde yer değişiklikleri, yer darlığı, diastema, primordial veya foliküler kist oluşumları, ilgili bölgede ağrı ve şişlik, komşu dişlerde kök rezorpsiyonları gibi çeşitli problemlere sebep olabilmektedir (Srivastava & Srivastava, 2001). Meziodensin boyutu, dişler veya diş köklerine olan yakınlığı, çevre dokularla ilişkisi ve aktif bir problem kaynağı olup olmadığı önemlidir. Konik mesiodensler çoğunlukla gelişimini tamamlamış bir köke sahip olup ağız içerisine sürebilirler. Buna karşın tüberkül şekilli mesiodensler nadir olarak sürmelerine karşın çoğunlukla daimi keserlerin sürmesini geciktirirler (Primosch, 1981).

Ağız içine sürmüş süpernumerer dişler, daimi dişin sürmesine engel oluyorsa, herhangi bir patolojik durum varsa, ağız hijyenini bozup çürüğe neden oluyorsa, estetiği ve fonasyonu bozuyorsa, süpernumerer dişin olduğu bölgede greftleme ve implant düşünülüyorsa çekimi tercih edilir (Parolia, Kundabala, Dahal, Mohan & Thomas, 2011). Ancak çekim her zaman süpernumere dişler için tercih edilen bir tedavi seçeneği değildir. Eğer gömülü olan süpernumere diş semptomsuz ve dentisyonda herhangi bir değişikliğe neden olmuyorsa çekim yapılmadan olduğu yerde bırakılmalı ve düzenli kontrolleri yapılması gerektiği belirtilmiştir (Rajab & Hamdan, 2002). Bu olguda konik görünümdeki meziodens ağız içinde sürmesini tamamlamış olarak bulunmakta ve santral dişlerde yer değiştirmeye sebep olmaktadır. Meziodens çekimi yapıldıktan sonra kontrollerde hem diastema kaynağı ortadan kalktığından hem de lateral dişlerin sürme trajelerinden dolayı santral dişler arasındaki diastemanın azaldığı gözlemlendi. Meziodens olgularında çekim yapılsa da yapılmasa da takibi gerekir. Çekim yapılmadan takip edilen olgularda rutin olarak klinik ve radyografik muayeneler yapılmalı ve stabil durumda değişiklik olursa müdahale edilmelidir. Çekim yapılan olgularda ise ek tedavi gereksinimi açısından hasta değerlendirilmelidir. Bu olguda hasta diastemanın kapanması açısından takip altındadır. 6. Ay kontrolünde diastemanın azaldığı gözlemlendi. Hasta daimi köpek dişleri sürüncüye kadar takip edilecek olup diastemanın tam olarak kapanmaması durumunda ortodontik tedavi açısından değerlendirilecektir.

KAYNAKLAR

- Anthonappa RP, King NM, Rabie AB. Aetiology of supernumerary teeth: A literature review, Eur Arch Paediatr Dent 2013;14:279-288.*
- Bayram M, Ozer M, Sener I. Bilaterally impacted maxillary central incisors: Surgical exposure and orthodontic treatment: a case report, The Journal of Contemporary Dental Practice, 2006;7:1.*
- De Oliveira Gomes C, Drummond SN, Jham BC, Abdo EN, Mesquita RA. A survey of 460 supernumerary teeth in Brazilian children and adolescents, Int J Pediatr Dent, 2008;18:98-106.*
- Ezirganlı Ş, Köşger HH. Süpernumerer mikrodonti: iki olgu sunumu, Dicle Dişhekimliği Dergisi, 2010;11:7-10.*
- Gallas MM, Garcia A. Retention of permanent incisors by mesiodens: A family affair, Br Dent J, 2000;188:63-64.*
- Gündüz K, Celenk P, Zengin Z, Sümer P. Mesiodens: a radiographic study in children, J Oral Sci, 2008;50:287-91.*
- Marya CM, Kumar BR. Familial occurrence of mesiodentes with unusual findings : case reports, Quintesser Int, 1998;29:49-51.*
- Orhan AI, Özer L, Orhan K. Familial occurrence of nonsyndromal multiple supernumerary teeth, Angle Orthod, 2006;76:891-897.*
- Parolia A, Kundabala M, Dahal M, Mohan M, Thomas MS. Management of supernumerary teeth, J Conserv Dent, 2011;14(3):221-4.*
- Primosch RE. Anterior supernumerary teeth: Assessment and surgical intervention in children, Pediatr Dent, 1981;3:204-215.*
- Rajab LD, Hamdan MA. Supernumerary teeth: Review of the literature and a survey of 152 cases, Int J Paediatr Dent, 2002;12:244-254.*
- Srivastava N, Srivastava V. An inverted supernumerary tooth: Report of case, ASDC J Dent Child, 2001;68:61-2.*
- Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Supernumerary premolars. Report of 10 cases, Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol, 2001;43:19-25.*