



Kurucu Yayın Yönetmenleri / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Yayın Yönetmenleri / Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

Bilimsel Danışma Kurulu / Advisory Board

Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

Beslenme ve Diyetetik /

Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Dr. Hülya Yardımcı

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Zelal Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskioçak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. M. Raşit Tükel

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

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

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

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

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

Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

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

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

Baskı Tarihi: Nisan 2018



Merhaba,

Nazlı Hacıoğlu "**Hemşirelik Öğrencilerinin Sergilediği Riskli Davranışların Belirlenmesi**" isimli çalışmasında, cinsiyetin, öğrencilerin kaldıkları yerin, aile tipinin ve aile gelir durumunun riskli davranışları etkileyen önemli değişkenler olduğunu saptamış.

Gülay Yılmazel ve Nuriye Büyükkayacı Duman "**Yaşlı Kadınlarda Polifarmasi ve Komorbiditeler**" isimli çalışmalarında, yaşlı bireylerde polifarmasinin önüne geçilmesi için birinci basamakta kronik hastalıklarda akılcı ilaç kullanımına yönelik sağlık eğitimlerinin artırılmasını önermektedirler.

Esmâ Sülü Uğurlu ve arkadaşlarının "**Ebeveynlerin Çocuklarının Yanında Sigara İçme Durumlarının İncelenmesi**" isimli çalışmalarında ebeveynlerin sigaranın zararları konusunda bilgi sahibi olmasına karşın, çocuklarının yanında sigara içme sıklıklarını yüksek bulmuşlar.



Fotoğraf: "**Zorlu Yaşam**" Emre Bulduk
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2017 Sergi Ödülü

Ezgi Karadağ ve Bahar Vardar İnkaya "**Hemşirelik İntörn Öğrencilerinin Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları**" isimli çalışmalarında hemşirelik öğrencilerine eğitimleri süresince ölmekte olan bireyin bakımına ilişkin eğitimlerin verilmesini önermektedirler. Fatma Taş Arslan ve Raziye Çelen "**Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi**" isimli çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları puanının yüksek olduğu bulunmuş.

Yasemin Altınbaş ve Türkan Karaca "**Peristomal Cilt Problemleri: Sistemik Literatür İnceleme**" isimli çalışmalarında problemleri önlemede sorumluluğunun hastanın ihtiyaçlarına göre planlanmış bütüncül ve hümanistik bir bakım sağlamak, bunu sağlayacak araç-gereçleri kullanmak ve böylece bakımın kalitesini artırmak olduğu sonucuna varılmış.

Gür Kamer ve arkadaşlarının "**Destek Hizmetler Sunan Mavi Yakalı Çalışanlarda Stres Algısı ve Stres Yönetimi**" isimli çalışmalarında mavi yakalı çalışanların stres algıları ortalamasının altında ve stres yönetim puanları ise ortalamasının üstünde bulunmuş.

Orhan Odabaşı "**Sürekli Tıp Eğitimi Süreçlerinde Akreditasyon – Kredilendirme**" isimli çalışmasında tıp doktorları için sürekli mesleki gelişim etkinliklerine katılımın, bir mesleki sorumluluk, vazgeçilemez bir özlük hakkı olduğu vurgusu ile 2014-2017 yılları arasındaki etkinlikler değerlendirmekte.

Ezgi Toptaş Bıyıklı ve Hilal Yıldırım "**Postpartum Depresyon ve Beslenme**" isimli çalışmalarında vücut ağırlığı değişimi ve farklı besin öğelerinin, postpartum depresyon üzerine etkileri derlenmiş.

Nursan Çınar ve Özge Karadayı Suzan "**Laktasyon Döneminde Gebelik ve Emzirme**" isimli çalışmalarında laktasyon döneminin fertilitateyi etkileme durumu, gebe kalınca emzirmenin bırakılması, gebeyken emzirmenin düşük ya da erken doğum riskini nasıl etkilediği ve çoğul bebek emzirmesi değerlendirilmiş.

Bilimsel ve dostça kalın...

Araştırma / Research

- Hemşirelik Öğrencilerinin Sergilediği Riskli Davranışlar 73
Risky Behaviours Exhibited of Nursing Students
Dr. Nazlı Hacıoğlu
- Yaşlı Kadınlarda Polifarmasi ve Komorbiditeler 80
Polypharmacy and Comorbidities among Elderly Women
Dr. Gülay Yılmazel, Dr. Nuriye Büyükkayacı Duman
- Ebeveynlerin Çocuklarının Yanında Sigara İçme 86
Durumlarının İncelenmesi
An Examination on Smoking Status of Parents Around Their Children
Dr. Esmâ Sülü Uğurlu, Gaye Utku Abbasoğlu, Nilay Durmaz, Özge Köksal
- Hemşirelik İntörn Öğrencilerinin Ölmekte Olan Bireye 92
Bakım Vermeye İlişkin Tutumları
The Attitudes of Nursing Interns towards Providing Care for Dying People
Dr. Ezgi Karadağ, Dr. Bahar Vardar İnkaya
- Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi 99
Determination of the Attitudes among Nursing Students towards Evidence-Based Nursing
Dr. Fatma Taş Arslan, Raziye Çelen
- Peristomal Cilt Problemleri: Sistemik Literatür İnceleme 107
Peristomal Skin Problems: A Systematic Literature Review
Dr. Yasemin Altınbaş, Dr. Türkan Karaca
- Destek Hizmetler Sunan Mavi Yakalı Çalışanlarda 118
Stres Algısı ve Stres Yönetimi
Perception of Stress and Stress Management among Blue-Collar Employees Providing Support Services
Dr. Kamer Gür, Dr. Saime Erol, Hemşire Ayşe Sengel
- Sürekli Tıp Eğitimi Süreçlerinde Akreditasyon – Kredilendirme 129
Accreditation-Credits in Continuing Medical Education
Dr. Orhan Odabaşı

Derleme / Review Article

- Postpartum Depresyon ve Beslenme 136
Postpartum Depression and Nutrition
Uzm. Dyt. Ezgi Toptaş Bıyıklı, Dr. Hilal Yıldırım
- Laktasyon Döneminde Gebelik ve Emzirme 143
Pregnancy and Breastfeeding in the Lactation Period
Dr. Nursan Çınar, Özge Karakaya Suzan

Kapak Fotoğrafi / Cover Photo

Kemal Göl: Fotoğrafçılıkla, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimim sırasında 1983 yılında ilgilenmeye başladım. Çoğunlukla doğa ve insan fotoğrafı çekiyorum. Cennet Anadolu'nun her köşesini fırsat buldukça adım



adım yürüyerek gezmeye, sahip olduğumuz kadim kültüre ait eserleri belgelemeye çalışıyorum. Fotoğraf çekerken, insanların gözünde her ne durumda olursa olsun bir yerlerde "umudun" var olduğunu göstermeye çalışıyorum kendimce. İlk kişisel fotoğraf sergimi 2013 yılında açtım. Çeşitli yarışmalarda aldığım ödüller ve sergilenen fotoğraflarım var.

Benim için son derece değerli olan, TTB STED tarafından ödüle layık görülen "Barışa Özlem" isimli bu fotoğrafımı da Gezi Olayları sırasında çekmiştim.

Halen Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olarak serbest hekimlik yapmaktayım.

Dr. Nazlı Hacıoğlu¹

Geliş/Received : 22.02.2018
Kabul/Accepted : 09.03.2018

Öz

Amaç: Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin riskli davranışlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, 15 Kasım-15 Aralık 2017 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu çalışmada örnek seçilmemiştir. Verilerin toplandığı günlerde okulda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 469 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren "Bilgi Formu" ve "Riskli Davranışlar Ölçeği-Üniversite Formu" kullanılmıştır. 60 maddelik likert tipindeki ölçeğin; antisosyal davranışlar, alkol, sigara ve madde kullanımı, beslenme alışkanlıkları, intihar eğilimi ve okul terki olmak üzere yedi alt boyutu bulunmaktadır. Puanların artması riskli davranışların yükseldiği anlamına gelmektedir. Veriler SPSS 18.0 paket programında değerlendirilmiş; veri analizlerinde yüzdelik oranlar, t testi ve anova testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Bu araştırmada öğrencilerin riskli davranış puanları yüksek (165.50 ± 32.05) bulunmuştur. Riskli davranışlara ilişkin en yüksek puanın (86 ± 10.79) intihar eğilimi; en düşük puanın (26 ± 5.77) alkol kullanımı boyutundan alındığı görülmüştür. Erkek öğrencilerde beslenme alışkanlıkları, alkol ve sigara kullanımı; evde arkadaşlarıyla ve evde yalnız kalanlarda antisosyal davranış ve alkol kullanımı; geliri giderinden az olanlarda madde kullanımı; parçalanmış ailelerden gelenlerde intihar eğilimi puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmada cinsiyet, öğrencilerin kaldıkları yer, ailenin tipi ve ailenin gelir durumu riskli davranışları etkileyen önemli değişkenler olarak belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Riskli davranışlar, Hemşirelik öğrencileri, Üniversite öğrencileri

Abstract

Aim: In this study, it was aimed to determine the risky behaviors of nursing students.

Material and Method: The research was conducted between the dates 15 November-15 December 2017, as a descriptive study. An example has not been selected in this study. 469 students who were in school at the time of the data collection and who agreed to participate in the study were included in the study. The "Data Form" including socio-demographic specifications of students and "Risky Behaviors Scale University Form" were used to collect data. Risky behaviors scale is a likert type scale with 60 items has seven sub headers including antisocial behaviors, usage of alcohol, usage of tobacco, usage of drugs, feeding habits, tendency to suicide, leaving the school. Increase of points from sub sections means increase of risky behaviors. The datas were inspected by SPSS 18.0 software package and percentage ratio test, anova test were use to analyze the data.

Results: Risky manner points of participant students were measured as high level (165.50 ± 32.05) in this study. It was inspected that the highest point of risky manner is tendency to suicide (86 ± 10.79); the lowest point is alcohol usege (26 ± 5.77). Tendency of suicide for male students were inspected meaningfully higher regarding eating habits, alcohol and tobacco usege, antisocial manners who are living with or without friends at a home, usage of drugs who has less income than expenses, the ones who comes from diverted families ($p < 0.05$).

Discussion and Conclusion: Sex of student, where the student is living, type and income level of family factors was detected as important variables effecting the risky behaviours.

Key words: Risky behaviour, Nursing students, University students

Giriş

Bireylerin hayatındaki en önemli süreçlerden biri olan gençlik dönemi cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan, bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, hızlı birtakım ruhsal ve bedensel değişimlerin yaşandığı fırtınalı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Her birey kendine özel büyüme ve gelişme kalıpları gösterdiği için bu dönemleri takvimsel yıllarla sınırlandırmak zordur. Ancak Dünya Sağlık Örgütü 15-24 yaş aralığının gençlik dönemi olduğunu belirtmektedir (1).

Çoğunlukla üniversite eğitiminin alındığı genç yetişkinlik dönemi ise ergenlikten yetişkinliğe geçişin yaşandığı 18-25 yaşları arasına denk gelen dönemi kapsamaktadır. Ergenlikte yaşanan problemlerin kaynağı çoğunlukla bu dönemdeki biyolojik ve kimyasal değişimler olmakla birlikte, genç yetişkinlik döneminde yaşanan güçlüklerin asıl kaynağı sosyal ve kişisel değişimlerdir. Bu dönemde özellikle gençlerin mesleki ve sosyal gelişimleri, buna bağlı olarak da kimlik gelişimleri önem kazanmaktadır (2).

Dryfoods'a göre, genç yetişkinlikte; kendini tanıma, kendi kişisel değerlerini oluşturma, problem çözme, karar verme ve duygusal olarak bağımsız olma gibi rolleri kazanma; ebeveynler, arkadaşlar ve diğer kişilerle sosyal etkileşimde gerekli becerileri edinme gibi sorumlulukların yerine getirilmesi gereklidir (3). Yetişkinliğe geçişte özgü bu görevlerin başarılmasında yaşanan gerilim, gençlerin yaşamında bir stres kaynağı oluşturabilmekte ve onların riskli davranışlara yönelmesine neden olabilmektedir (4).

Riskli davranışlar kişisel ya da sosyal olarak istenmeyen sonuçlara neden olan, bireylerin iyilik halini tehdit eden ve içinde bulunduğu gelişim dönemini sağlıklı bir şekilde geçirmesini engelleyen davranışlardır (5,6). Söz konusu davranışlar, kişilerin gelecekteki yaşamlarını da olumsuz yönde etkileyerek önemli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (7).

Yetişkinlerde hastalık ve ölümlerin önde gelen nedenleri arasında yer alan riskli davranışlar, sıklıkla gençlik döneminde ortaya çıkmakta ve yetişkin dönemde de devam etmektedir. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, fiziksel hareketsizlik, tütün, alkol ve madde kullanımı, korunmasız cinsel ilişki, yaralanmalara neden olan ve şiddet

içeren davranışlar gençlerde gözlenen başlıca risk davranışlarıdır. Bu davranışlar gençler için ciddi zarar verici ve hatta ölümlü sonuçlanan durumlara yol açabilmektedir (8-11).

Türkiye İstatistik Kurumu sonuçlarına göre (2016) Türkiye'deki toplam nüfusun % 16.3'ünü 15-24 yaş grubundaki gençler oluşturmaktadır (12). Toplam nüfus içinde önemli bir payı oluşturan gençler, içinde buldukları dönemde yaşadıkları fiziksel ve psikososyal değişimlere uyum sağlayamaz ve baş edemezlerse, bu yıllar milyonlarca genci önlenebilir hastalık, ölüm ve riskli sağlık davranışları ile karşı karşıya gelecektir (1).

Son yıllarda ilk sıralarda görülen ölüm nedenlerinin başında kronik hastalıklar ve özellikle kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir. Bu hastalıkların çocukluk ve gençlik döneminden itibaren aşırı yağlı besin ve aşırı tuz tüketimi, sigara içme, alkol alımı, hareketsiz yaşam tarzı gibi sağlıksız davranışlarla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (13). Bu nedenle, doğru sağlık davranışlarının yaşamın erken dönemlerinden itibaren kazandırılması ile riskli davranışların önüne geçilmesi önemlidir.

Hemşirelik öğrencilerinin meslek hayatında yetkin olabilmeleri için öncelikle kendilerinin sağlık riski olmayan davranışlar sergilemesi gerekir. Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin doğru sağlık davranışları geliştirebilme konusuna yeterince iyi bir düzeyde olmadıkları saptanmıştır (14-16). Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin riskli davranışlarının saptanması; riskli davranışlara müdahale edilmesi ve önleme programları geliştirme açısından gereklidir. Buradan hareket ederek araştırmada hemşirelik öğrencilerinin riskli davranışlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, 15 Kasım-15 Aralık 2017 tarihleri arasında, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi öğrencileriyle tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmada örneklem seçme yoluna gidilmeden, verilerin toplandığı günlerde okulda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 469 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini içeren "Bilgi Formu" ve "Riskli Davranışlar Ölçeği-Üniversite Formu"

kullanılmıştır. Bilgi formunda yaş, cinsiyet, sınıf, ikamet edilen yer, ebeveynlerin eğitimleri ve meslekleri, ailenin tipi ve ailenin gelir durumu gibi bazı tanıtıcı özellikleri belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

Riskli Davranışlar Ölçeği-Üniversite Formu:

Gençtanırım (2014) tarafından geliştirilen, likert tipinde (1=Hiçbir zaman, 5=Her zaman) ve 60 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, katılımcılara her biri, bir riskli davranışı tanımlayan ifadeleri ne sıklıkla yaptıkları sorulmaktadır. Ölçeğin "antisosyal davranışlar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları, okul terki ve madde kullanımı" olmak üzere yedi alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach-alfa iç tutarlık katsayısı .64-.93; test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .74-.98 arasında değişmektedir. Ölçek puanlarının artması risk davranışlarının yükseldiği anlamına gelmektedir.

Öğrencilerden elde edilen veriler SPSS 18.0 paket programında değerlendirilmiş; istatistiksel analizlerde yüzdelik oranlar, t testi ve anova testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yanı

Araştırmanın yapılması için 11.12.2017 tarih ve 2017-11/6 sayılı etik kurul onayı ve ölçüm araçlarının uygulanması için sözlü olarak kurumsal izin alınmıştır. Anket formları ve ölçekler ders saatleri dışında, sınıf ortamında öğrencilere dağıtılmış gözlem altında doldurmaları istenmiştir. Uygulamadan önce öğrencilere çalışmanın amacı, katılmanın gönüllük esasına dayandığı, alınan bilgilerin araştırma dışında başka hiç bir yerde ve hiç kimse ile paylaşılmayacağı, anket ve ölçeklerin üzerine isim yazmanın gerekli olmadığı açıklanmış ve sözel olarak onay veren öğrenciler çalışma kapsamına alınmıştır.

Bulgular

Bu bölümde hemşirelik öğrencilerinin riskli davranışlarını incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen veriler sunulmuştur. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi yaş ortalaması yaklaşık 21 olan öğrencilerin %84'ü kadın, %33.3'ü birinci sınıfta, %72.3'ü yurttan kalmaktadır. Öğrencilerin annelerinin %62.9'u ilkököl mezunu ve %93.8'i

Tablo 1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	394	84.0
Erkek	75	16.0
Yaş	Ort.	SS
	20.97	1.95
Sınıf		
Birinci sınıf	156	33.3
İkinci sınıf	116	24.7
Üçüncü sınıf	93	19.8
Dördüncü sınıf	104	22.2
Yaşanılan yer		
Aile yanında	72	15.4
Devlet yurdu	339	72.3
Evde arkadaşla	50	10.6
Evde yalnız	8	1.7
Annenin eğitim düzeyi		
Okur-yazar	79	16.8
İlkokul mezunu	295	62.9
Ortaokul mezunu	60	12.8
Lise ve üstü	35	7.5
Annenin çalışma durumu		
Çalışmayan	440	93.8
Çalışan	29	6.2
Babanın eğitim düzeyi		
Okur-yazar	13	2.9
İlkokul mezunu	176	37.9
Ortaokul mezunu	104	22.3
Lise ve üstü	173	36.9
Babanın mesleği		
İşçi	78	16.6
Memur	86	18.3
Serbest	177	37.7
Emekli	128	27.4
Ailenin gelir durumu		
Gelir giderden az	123	26.2
Gelir gidere eşit	298	63.5
Gelir giderden çok	47	10.0

herhangi bir işte çalışmamakta; babalarının ise %37.8'i ilkököl mezunu ve %37.7'si serbest çalışmaktadır.

Öğrencilerin riskli davranışlar ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 2'de verilmiştir.

Öğrencilerin ölçekten ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puanı (86±10.79) intihar eğilimi

Tablo 2. Öğrencilerin riskli davranışlar ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları

RDÖ ve Alt Boyutları	Min	Max	SS	Ortalama
Antisosyal davranış	10.00	47.00	6.78	28.50
Alkol kullanımı	9.00	43.00	5.77	26.00
Sigara kullanımı	8.00	62.00	8.80	35.00
İntihar eğilimi	12.00	74.00	10.79	86.00
Beslenme alışkanlıkları	8.00	46.00	7.31	54.00
Okul terki	4.00	60.00	5.07	32.00
Madde kullanımı	9.00	63.00	4.56	36.00
RDÖ Toplam Puan	60.00	271.00	32.05	165.50

boyutundan; en düşük puanın (26 ± 5.77) alkol kullanımı alt boyutundan alındığı; toplam ölçek puanının ise $165.5 + 32.05$ olduğu görülmüştür. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre riskli davranış puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir.

Öğrencilerin riskli davranışları cinsiyete göre incelendiğinde; erkeklerin alkol, sigara kullanımı ve beslenme alışkanlığı alt boyut puan ortalamalarının kadınlara göre yüksek olduğu; istatistiksel olarak gruplar arasında önemli fark bulunduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Riskli davranışlar, öğrencilerin kaldıkları yere göre incelendiğinde; anti sosyal davranış ve alkol kullanımı alt boyut puan ortalamalarının, evde arkadaşlarıyla ve evde yalnız kalanlarda, evde ailesi ile ya da yurttaki kalanlara göre yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Riskli davranışlar, öğrencilerin aile tipine göre incelendiğinde; intihar eğilimi alt boyut puan ortalamalarının parçalanmış aileye sahip öğrencilerde geniş ve çekirdek aileye sahip öğrencilerden önemli düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Öğrencilerin riskli davranışları gelir durumlarına göre incelendiğinde; madde kullanımı alt boyut puanlarının geliri giderinden az olanlarda, geliri gideriyle eşit ve geliri giderinden yüksek olanlara göre yüksek bulunmuş; istatistiksel analizlerde de gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Araştırmada öğrencilerin riskli davranışları ile sınıf, ebeveynlerin eğitimi ve mesleği arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tartışma

Ergenlik ve gençlik dönemindeki öğrenciler, toplam nüfus içindeki paylarının artması ve yaşadıkları sağlık sorunları nedeni ile halk sağlığının önemli ve öncelikli risk grupları arasında yer almaktadır. Diğer taraftan ailelerinden ayrılarak üniversite yaşamına atılan gençler karşılaştıkları çeşitli sorunları tek başına çözmeye çalışırken riskli davranışlara yönelebilmektedir. Bu nedenle üniversite gençliğinde sık karşılaşılan riskli sağlık davranışları ve etkileyen faktörlerle ilgili veri sağlanması, sağlık hizmetlerin planlanmasında yol göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Bu araştırmada hemşirelik öğrencilerinin riskli davranışlarını belirlemek amaçlanmıştır. Ancak literatürde hemşirelik öğrencilerinin risk davranışlarıyla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Üniversite öğrencilerine ve ergenlere yönelik yapılan çalışmalarda da ölçümlerin çoğunlukla anketlerle yapıldığı görülmüştür (17,18). Bu nedenle araştırmanın bulgularını değerlendirmek için; diğer grupları (ergenler, üniversite öğrencileri) konu alan, aynı zamanda farklı ölçüm araçlarıyla farklı puanlamaların ve değerlendirmelerin yapıldığı çalışmalar kullanılmıştır.

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin risk davranışları ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 165.5 ± 32.05 olarak saptanmıştır. Karayağız ve Aygün'ün çalışmasında ergenlerin risk davranışları ölçeğinden 58.92 ± 6.63 puan aldıkları; aynı çalışmada kullandıkları ölçekten alınan puanların alt sınırının 20, üst sınırının 100 olduğu dikkate alındığında ergenlerin riskli davranışlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (19). Şimşek ve ark.nın üniversite öğrencileriyle yaptıkları bir anket çalışmasında riskli davranışlar yüksek bulunmuştur (18). Bu araştırmada

Tablo 3. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre riskli davranış puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	N	Anti sosyal davranış	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlığı	Okul terki	Madde kullanımı
Cinsiyet								
Kadın	394	17.46	10.61	12.78	22.06	20.20	7.76	10.19
Erkek	75	19.53	13.13	18.65	24.30	22.88	8.05	9.22
Test ve anlamlılıklar		t=-2.426 p= .496	t=-2.574 p=.000	t=-4.658 p=.000	t=-1.649 p=.462	t=-3.199 p=.049	t=-.444 p=.789	t=1.688 p=3.250
Kaldığı yer								
Aile yanında	72	17.68	9.35	12.58	19.94	19.79	7.50	9.65
Devlet yurdu	339	17.52	11.13	13.45	22.91	20.42	7.75	10.20
Evde arkadaşla	50	19.62	12.36	17.48	23.04	23.12	8.80	9.64
Evde yalnız	8	19.00	12.62	11.87	20.37	21.50	7.00	9.12"
Test ve anlamlılıklar		F=9.308 P=.000	F=5.208 P=.002	F=1.934 P=.123	F=1.770 P=.152	F=1.547 P=.202	F=.080 P=.971	F=1.59 P=.189
Anne eğitimi								
Okur-yazar	79	17.87	11.12	12.68	23.91	19.17	7.86	10.83
İlkokul	295	17.76	11.17	14.28	22.39	20.69	7.73	9.65
Ortaokul	60	18.35	10.70	12.60	22.78	21.23	8.03	11.01
Lise ve üstü	35	17.25	12.50	13.70	18.70	22.58	8.04	10.25
Test ve anlamlılıklar		F=1.800 P=.146	F=1.805 P=.145	F=.717 P=.542	F=1.898 P=.129	F=.188 P=.904	F=.710 P=.547	F=1.601 P=.188
Anne mesleği								
Ev kadını	440	17.87	11.13	13.75	22.70	20.65	7.81	10.10
Çalışıyor	29	16.62	9.31	13.27	18.24	20.32	7.79	9.13
Test ve anlamlılıklar		F=.455 P=.768	F=.458 P=.766	F=.917 P=.454	F=1.431 P=.223	F=1.548 P=.187	F=.785 P=.536	F=2.125 P=.077
Baba eğitimi								
Okur-yazar	13	19.23	13.15	15.76	21.38	20.53	11.38	10.61
İlkokul	176	17.54	11.17	13.92	22.92	19.99	7.63	10.15
Ortaokul	104	18.67	11.15	14.10	23.73	22.31	7.78	9.91
Lise ve üstü	173	17.68	10.80	13.16	21.00	19.93	7.29	9.83
Test ve anlamlılıklar		F=.932 P=.335	F=2.724 P=.100	F=.080 P=.778	F=4.684 P=.331	F=.053 P=.818	F=.001 P=.981	F=1.209 P=.272
Baba mesleği								
İşçi	78	17.84	9.84	13.01	20.50	20.69	6.84	10.16
Memur	86	17.82	10.94	13.55	20.23	20.50	8.25	9.75
Serbest meslek	177	18.23	11.63	14.79	23.01	21.32	8.12	9.94
Diğer	128	17.15	10.92	12.78	24.25	19.71	7.67	10.28
Test ve anlamlılıklar		F=1.024 P=.394	F=.749 P=.559	F=.422 P=.793	F=1.179 P=.319	F=2.143 P=.075	F=2.490 P=.063	F=.196 P=.940
Aile tipi								
Çekirdek	349	17.91	10.53	13.76	22.33	20.92	7.74	9.75
Geniş	113	17.40	12.50	13.53	22.23	19.66	7.98	10.61
Parçalanmış	7	18.28	11.71	14.42	30.00	21.42	8.57	15.28
Test ve anlamlılıklar		F=.622 P=.601	F=1.76 P=.153	F=1.53 P=.205	F=3.472 P=.016	F=1.201 P=.309	F=1.416 P=.237	F=.283 P=.838
Ailenin geliri								
Gelir giderden az	123	16.91	10.81	13.47	24.08	20.17	7.55	11.11
Gelir gidere eşit	298	17.85	11.31	14.08	22.12	20.77	8.07	9.70
Gelir giderden çok	47	19.78	9.71	12.06	19.89	20.74	6.87	9.36
Test ve anlamlılıklar		F=.258 P=.773	F=5.058 P=.007	F=.051 P=.950	F=1.760 P=.173	F=1.318 P=.269	F=.172 P=.842	F=6.347 P=.002

kullanılan ölçekten alınabilecek en düşük puanın 60, en yüksek puanın 300 olduğu düşünülürse hemşirelik öğrencilerinin de riskli davranışlarının yüksek olduğu söylenebilir.

Ergenlik ve gençlik dönemi ikilemlerin yaşandığı, bireyin aileden koparak dış dünyaya yöneldiği, kendini ispatlama ve kabul görme çabasına girdiği bir evredir. Bu evredeki birey birçok sorumluluk üstlenmekte ve beraberinde sosyal, psikolojik ve kişilik rolleriyle ilgili bazı çatışmalar yaşayarak riskli davranışlara yönelebilmektedir (20).

Bu çalışmada riskli davranışlar ölçeği alt boyutları incelendiğinde; riskli sağlık davranışlarına ilişkin en yüksek puanın ($86. \pm 10.79$) intihar eğilimi alt boyutundan alındığı; bunu beslenme alt boyutunun (54.00 ± 7.31) izlediği; en düşük puanın ($26. \pm 5.77$) ise alkol kullanımı alt boyutundan alındığı görülmüştür.

Havaçeliği ve ark.nın çalışmasında üniversite öğrencilerinde intihar planı ya da girişimi %24.8 olarak saptanmıştır (4). Gürkan ve Dirik'in çalışmasında üniversite öğrencilerden %10.9'unun intihar düşüncesine sahip olduğu, yaklaşık %13'ünün gelecekte intihara teşebbüs etme olasılığının bulunduğu belirlenmiştir (21). Eskin ve ark. çalışmasında üniversite öğrencilerinin yaklaşık %42'sinin hayatları boyunca ya da son 12 ay içinde intihar etmeyi düşündüğü; %7'sinin ise aynı sürelerde intihara teşebbüs ettiği açıklanmaktadır (22). Üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada en yüksek puanın intihar eğilimi alt boyutundan alındığı bulunmuştur (8). İntihar düşüncesinin varlığı ve gelecekte gerçekleşme ihtimali dikkate alındığında Türkiye'deki üniversite öğrencilerinin intihar düşünce ve davranış oranının göz ardı edilemeyecek kadar yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmada cinsiyet, öğrencilerin öğretim süresince kaldıkları yer, ailenin tipi ve ailenin gelir durumu riskli davranışları etkileyen önemli değişkenler olarak belirlenmiştir. Erkeklerin alkol ve sigara kullanımı ile beslenme alışkanlıkları alt boyut puan ortalamaları kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Birçok çalışmada erkek cinsiyetinde riskli davranışlar bu çalışmada olduğu gibi kadınlara göre yüksek saptanmıştır (8,17,19,23,24).

Riskli davranışlar ölçeğinin antisosyal davranış ve alkol kullanımı puan ortalamaları, evde arkadaşlarıyla ve evde yalnız kalanlarda, evde

ailesi ile ya da yurttan kalanlara göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin madde kullanımı puanları geliri giderinden az olanlarda, geliri gideriyle eşit ve geliri giderinden yüksek olanlara göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark önemlidir.

Fırat ve ark.nın üniversite öğrencilerinde risk alma davranışlarını inceledikleri çalışmada; erkeklerin antisosyal davranışlar, sigara ve madde kullanımı bölümlerinden aldıkları puanlar anlamlı olarak kadınlardan yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada alkol kullanımı arkadaşlarıyla birlikte kalanlarda, aile yanı ve yurttan kalanlara göre; sigara kullanımı ise arkadaşları ile birlikte kalanlarda, aileleri ve yurttan kalanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (8). Bu çalışmanın sonuçları Fırat ve ark.nın çalışması ile uyumludur.

Çalışmada parçalanmış ailelerden gelen öğrencilerin geniş aile ve çekirdek aileden gelen öğrencilere göre intihar eğilimi puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Arıkan ve ark.nın üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada intihar eğitimi puan ortalamaları ailesi ile sorunu olan öğrencilerde önemli derecede yüksek bulunmuştur (24). Literatürde aile ile ilgili sorunlar; parçalanmış aile, boşanmalar, anne-baba ayrılığı, anne-babanın yeniden evlenmesi, üvey kardeşin olması, duygusal istismar ve ihmallerin varlığı, ailede olumsuz ilişkiler ve yalnızlık gibi durumlar ergenlerde intihar eğilimi ve girişimini tetikleyen önemli faktörler arasında sıralanmaktadır (25). Bu çalışmanın sonuçları Arıkan ve ark.nın çalışması ile uyumlu olarak literatür bilgisini desteklemektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada üniversiteye devam eden hemşirelik öğrencilerinde riskli sağlık davranışları yüksek bulunmuştur. Öğrencilerinin en riskli davranış alanı intihar eğilimi alt boyutunda saptanmış; ikinci en riskli alanın beslenme alışkanlıkları boyutunda olduğu görülmüştür. Çalışmada cinsiyet, öğrencilerin öğretim süresince kaldıkları yer, ailenin tipi ve ailenin gelir durumu riskli davranışları etkileyen önemli değişkenler olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmadan elde edilen verilerin hemşirelik öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının önlenmesi ve azaltılması amacıyla yapılacak

eğitim programlarının içerik ve konularının önceliklerinin belirlenmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Araştırma yalnızca üniversitedeki hemşirelik öğrencileriyle yapılmıştır. İleride üniversitenin bütün fakültelerinde riskli sağlık davranışlarıyla ilgili durum tespitinin yapılması, uygun müdahale yöntemleri oluşturulması ve riskli davranışlara yönelik koruyucu önlemlerin alınarak sağlıklı kampüsler oluşturulması önerilebilir.

İletişim: Dr. Nazlı Hacıoğlu

E-posta: naz23mart@hotmail.com

Kaynaklar

1. Hacıoğlu N. (2016) Adölesan Sağlığı, İçinde: Halk Sağlığı Hemşireliği, (Ed.Erci B.), Anadolu Nobel Tıp Kitapevi, Elazığ
2. Gençtanırım D. Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi 2014; 5(1):24-34
3. Dryfoos J. G. Adolescents at risk: Prevalence and prevention. Oxford University Press;1990.
4. Havaçeliği Atlam D, Ebru Aldemir E, Altıntoprak A.E. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların yaygınlığı ve riskli davranışların madde kullanımı ile ilişkisi, Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2017;30(4)
5. Jessor R. (Ed). New perspectives on adolescence risk behavior. New York: Cambridge Press;1998.
6. Lindberg, L. D, Boggess, S, Porter, L. and Williams, S. Teen risk-raking: A statistical report. Washington, DC: Urban Institute;2000.
7. Aras Ş, Günay T, Özcan S, Orçin E. İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:186-196.
8. Fırat S, Yoldaşcan E, Çot DA, Dağlıoğlu N, Gülmen MK. Üniversite öğrencilerinde risk alma davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Adli Tıp Bülteni 2016; 21:172-176.
9. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA, Williams B, Ross J, Lowry R, Kolbe L, et al. Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2001, MMWR Surveillance Summaries 2002;51(4):1-62.
10. Özcebe H. Adölesanlarda Risk Alma Davranışları. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde sunuldu; Ekim, 2007; Denizli.
11. Cleary SD. Adolescent victimization and associated suicidal and violent behaviors. Adolescence 2000;35(140):671-693.
12. Türkiye İstatistik Kurumu. Haber Bülteni, Sayı: 24648, 16 Mayıs 2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24648>, Erişim Tarihi: 21.02.2017.
13. Kasap H. <http://www.drhasankasap.com/tr/54/kalp/kalp-hastaliklarina-genel-bakis>, Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri, Erişim Tarihi 20.02.2017
14. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(2): 26-34.
15. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011; 8(2).
16. Adıbelli D, Olğun S, Turan GS. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2017; 6(1): 8-17
17. Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H. Bir üniversitenin bazı fakülte ve yüksekokullarında okuyan gençlerde bazı risk alma davranışları. Toplum Hekimliği Bülteni 2007;26(3), 32-38.
18. Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. Harran üniversitesi tıp fakültesi ve fen-edebiyat fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışları. Toplum Hekimliği Bülteni 2007;26(3), 19-24.
19. Karayağız Muslu G, Aygün Ö. Ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2017;10 (4), 242-250
20. Olson J S, Hummer, R A, Harris K. M. Gender and health behavior clustering among US young adults. Biodemography and Social Biology 2017;63(1), 3-20.
21. Gürkan B, Dirik G. Üniversite öğrencilerinde intihar düşünce ve davranışları ile ilişkili faktörler: yaşamı sürdürme nedenleri ve baş etme yolları. Türk Psikoloji Yazıları 2009; 12:58-69.
22. Eskin, M., Demir, H. K. ve Demir, S. (2005). Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse and suicidal behavior in university students in Turkey. Archives of Sexual Behavior, 34(2), 185-195.
23. Alikashiçoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak DK, İltar O. Alcohol drinking behaviors among Turkish high school students. Turk J Pediatr 2004; 46: 44-53.
24. Arıkan İ., Yavuz B., Yiğit D., Ece E. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların ve bazı sosyodemografik faktörlerin incelenmesi: Bir devlet üniversitesi örneği, J Contemp Med 2017; 7(4): 348-354
25. Bayraktar S. İntihar kavramının çocuklar ve ergenler açısından ele alınması, Mediterranean Journal of Humanities, V/1, 2015, 139-159

Dr. Gülay Yılmazel¹, Dr. Nuriye Büyükkayacı Duman²

Geliş/Received : 15.12.2017
Kabul/Accepted : 09.03.2018

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı 65 yaş ve üzerindeki kadınlarda polifarmasi görülme sıklığının ve ilişkili komorbiditelerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Haziran 2014 tarihinde Çorum ilinde yapıldı. Araştırmanın örneklemini 65 yaş ve üzerindeki 260 kadın oluşturdu. Araştırmanın verileri katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, sağlık ve hastalık durumlarını ve ilaç kullanım davranışlarını sorgulayan 30 maddelik bir anket formu ile toplandı.

Bulgular: Bu çalışmada yaşlı kadınlarda polifarmasi sıklığı %53.8 olarak bulundu. Bu çalışmada kronik hastalık sayısı beş ve üzerinde olanlarda, ilaçlarının yan etkileri hakkında bilgilendirilenlerde, ilaçlarının yan etkisi ile karşılaşanlarda, kullanılmayan ilaçları çevresindekilere veren yaşlı kadınlarda polifarmasi sıklığı anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Polifarmasi riskinin 3-4 kronik hastalığı olanlarda 2.14 kat, 5 ve üzerinde olanlarda 5.17 kat, doktoru tarafından ilaçlarının yan etkisi hakkında bilgilendirilenlerde 2.31 kat daha yüksek olduğu belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmada yaşlı kadınlarda polifarmasinin yaygın bir sorun olduğu belirlendi. Yaşlı bireylerde polifarmasinin önüne geçilmesi; birinci basamakta kronik hastalıklarda akılcı ilaç kullanımına yönelik sağlık eğitimlerinin artırılması ile mümkün olabilir.

Anahtar sözcükler: Polifarmasi, Yaşlı, Komorbidite, Kadın

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the prevalence of polypharmacy and associated comorbidities among women aged 65 \geq years. **Materials and Method:** This descriptive study was conducted during June 2014 in Çorum. The sample of the study was composed of 260 women aged 65 \geq years. The data were collected using a 30 item-questionnaire asking questions about socio-demographic characteristics, health and disease status and medication use of the participants.

Findings: In this study, the prevalence of polypharmacy among the elderly women was found to be 53.8%. The prevalence was significantly higher among those with 5 or more chronic diseases and among those who have been informed on side effects of the medications, who have experienced the side effects of the medications and among the elderly women giving unused medications to people around them. It was seen that the risk of polypharmacy was 2.14 times, 5.17 times and 2.31 times higher among those with 3-4 chronic diseases, with 5 or more chronic diseases and those being informed on the side effects of the medications, respectively.

Conclusion: In the study, it was determined that polypharmacy was a common problem among elderly women. Polypharmacy in elderly can be prevented by promoting health education programs in primary care on rational use of medications for chronic diseases.

Key words: Polypharmacy, Elderly, Comorbidity, Woman

Giriş

Dünya nüfusunun %7.7'sini oluşturan 65 yaş ve üzerindeki nüfusun 2050 yılında %30.0'unu oluşturacağı tahmin edilmektedir (1). Artan yaşam beklentisiyle birlikte yaşlı nüfusun artış göstermesi sonucu ilaç tüketicilerinin önemli bir bölümünü yaşlı bireyler oluşturmaktadır (2). Polifarmasi yaşlı bireylerde gözden kaçırılan fakat kontrol altında tutulabilen sorundur (3). Çoklu ilaç kullanımı ya da beş ya da daha fazla ilacın kullanımı olarak adlandırılan "polifarmasi" yaşlanma ile birlikte artarak yaygın bir halk sağlığı sorunudur haline gelmiştir (4-6). Geleneksel olarak polifarmasi tanımının 65 yaş ve üzerindeki grupta yapılmasının nedeni bu yaş grubunda diyabet, hipertansiyon, kalp yetmezliği gibi multimorbiditelerin yaygın görülmesidir (2). Yapılan çalışmalar 65 yaş üstündeki bireylerin %90'ında 1, %35'inde 2, %23'ünde 3, %15'inde ise 4 ya da daha fazla kronik hastalığın bir arada olduğunu, bu durumun reçete edilen ilaç sayısını artırdığını göstermektedir (7). Çoklu ilaç kullanımı; yan etki ve ilaçlar arası etkileşim riskinde, tedavi maliyetinde, hospitalizasyon gereksiniminde, medikal tedaviye uyumsuzluk oranlarında ve buna bağlı gelişen problemlerde artışa neden olmaktadır (8). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre 65 ve üzeri yaştaki nüfusun oranı %7.7'dir. Bu oranın 2023 yılında %10.2'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfus içindeki kadınların oranı ise %8.7'dir (9). Kadınlarda beklenen yaşam sürelerinin erkeklere göre daha uzun olduğu belirtilmektedir (10). Ayrıca fizyolojik farklılıklardan dolayı kadınlar erkeklere göre bazı hastalıklara karşı daha fazla maruz kalmaktadır. Özellikle menapoz sürecinin başlamasıyla birlikte jinekolojik kanser ve osteoporoz riskindeki artış polifarmasinin kadınlarda arasında daha yaygın görülmesine yol açabilir. Bu nedenle ilaçların yan etkileri ve ilaç etkileşimleri açısından açık hedef haline gelen kadınlarda ilaçların reçete edilmesinde daha özenli davranılmalıdır. Bu çalışmanın amacı 65 yaş ve üzerindeki kadınlarda polifarmasi görülme sıklığının ve ilişkili komorbiditelerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Haziran 2014 yılında yapıldı. Araştırmanın uygulanabilmesi için Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden etik kurul

onayı, katılımcılardan yazılı ve sözlü onamlar alındı. Araştırmanın evrenini bir eğitim ve araştırma hastanesinin çeşitli polikliniklerine ayaktan başvuran 65 yaş ve üzerindeki 280 kadın oluşturdu. Çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden 260 yaşlı kadın ile tamamlandı. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan 30 maddelik bir anket formu ile toplandı. Anket formunda yaşlı kadınların sosyo-demografik özellikleri, sağlık ve hastalık durumları, reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanım durumları sorgulandı. Kadınların yaşları Dünya Sağlık Örgütü'nün psikogeriatric yaşlılık sınıflamasına göre yapıldı. Bu sınıflamaya göre 65-74 yaş arası "genç yaşlı", 75-84 yaş arası "orta yaşlı", 85 yaş ve üzeri "ileri yaşlı" olarak ele alındı. Hekim direktifine göre 5 ve daha fazla ilaç kullananlar polifarmasi olarak tanımlandı. Veriler SPSS 17.0 programı ile değerlendirildi. Değerlendirmelerde yüzdeler, ortalama, Ki-kare ve Binary lojistik regresyon analizi kullanıldı. P>0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Kadınların %86.2'si 65-74 yaş grubunda olup yaş ortalamaları 69.87 ± 4.89 'dur. Yaşlı kadınların %64.2'si evli, %81.2'si eğitimlidir. Ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenlerin oranı %32.0'dir. Menopoza 45 yaşından önce girenlerin oranı %13.5 olup menopoz yaş ortalamaları 48.54 ± 3.96 yıldır.

Yaşlı kadınların sağlık-hastalık durumu Tablo 1'de verilmiştir.

Yaşlı kadınların %42.7'si sağlığının genel olarak iyi düzeyde olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %88.5'i en az bir kronik hastalık olduğunu belirtmiş olup ortalama kronik hastalık sayısı 5.31 ± 1.81 'dir. Yaşlı kadınlarda en yaygın görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, diyabet, kas ve eklem hastalıklarıdır. Kadınların %20.4'ü yaşamlarının herhangi bir döneminde düşmeye bağlı kırık geçirdiğini ifade etmiştir.

Yaşlı kadınlarda polifarmasi sıklığı ve ilaç kullanım davranışları Tablo 2'de gösterilmiştir. Yaşlı kadınların %53.8'inin hekim direktifine göre beş ya da daha fazla ilaç kullandığı belirlenmiştir. Kronik hastalıklara bağlı olarak kullanılan ortalama ilaç sayısı 4.41 ± 2.42 'dir. Kadınların %58.3'ü ilaçlarını kendilerinin içtiğini, %40.8'i

Tablo 1. Yaşlı kadınların sağlık ve hastalık durumları		
Özellikler (n=260)	Sayı	%
Algılanan sağlık durumu		
İyi	111	42.7
Orta	92	35.4
Kötü	57	21.9
Kronik hastalık		
Var	230	88.5
Yok	30	11.5
Kronik hastalık sayısı (Min-max:0-10)		
	$\bar{x} + SS$	5.31±1.81
0	30	11.5
1-2	117	45.0
3-4	97	37.3
5 ve daha fazla	16	6.2
Kronik hastalıklar (n=230)		
Hipertansiyon	151	65.6
Diyabet	102	44.3
Kas ve eklem	78	33.9
Kalp-damar hastalığı	74	32.2
Gastrointestinal hastalıklar	60	26.1
Akciğer hastalıkları	39	16.9
Kanser	30	13.0
Psikiyatrik bozukluklar	29	12.6
Böbrek hastalıkları	26	11.3
Düşmeye bağlı kırık öyküsü	53	20.4

ilaçların kullanımı ve yan etkileri hakkında hekim tarafından bilgilendirildiğini ifade etmiştir. İlaçlarının yan etkisi ile karşılaşanların oranı %23.0'dür. Yaşlı kadınların %51.5'i kullanmadığı ilaçlarını daha sonra kullanmak üzere evinde sakladığını ve %12.7'si kullanmadığı ilaçları arkadaşlarına ya da komşularına verdiklerini ifade etmiştir.

Yaşlı kadınların çeşitli özelliklerine göre polifarmasi görülme sıklığı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi polifarmasi sıklığı 65-74 yaş grubunda ve eğitilmiş kadınlarda daha yüksektir. Menapoza 45 yaşın altında girenlerin %65.5'inde polifarmasi saptanmıştır. Polifarmasi sıklığı sağlığını orta/kötü olarak değerlendirenlerde %43.4, beş ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda %87.5'dir. Yaşamı süresince en az bir kez kırık geçirenlerin %56.3'ünde polifarmasi saptanmıştır. Polifarmasi sıklığı ilaçları hakkında bilgilendirenlerde %77.7, ilaçlarının yan etkisi ile karşılaşanlarda %71.7, kullanmadığı ilaçları çevresindekilere verenlerde %69.6'dır.

Yaşlı kadınlarda polifarmasi kullanımı üzerinde etkili olan değişkenler incelendiğinde polifarmasi riskinin 3-4 kronik hastalığı olanlarda 2.14 kat, 5 ve üzerinde olanlarda 5.17 kat, doktoru tarafından ilaçlarının yan etkisi hakkında bilgilendirilenlerde 2.31 daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tartışma

Yaşlı kadınlarda polifarmasi ve morbiditelerin incelendiği bu çalışmada kadınların yaklaşık %90.0'ında en az bir kronik hastalık olduğu, yarısına yakınında beş ve daha fazla kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Yaşlı kadınların üçte ikisinden fazlasında hipertansiyon, yarıya yakınında diyabet olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Nitekim yapılan çalışmalarda da yaşlı bireylerde kronik hastalık görülme oranlarının yüksek olduğu, yaşlı bireylerde multi morbiditenin %55-

Tablo 2. Yaşlı kadınlarda ilaç kullanım davranışları

Davranışlar (n=230)	Sayı	%
Polifarmasi sıklığı	140	53.8
Kullanılan ilaç sayısı (Min-max:0-10)	$\bar{x} + SS$	4.41±2.42
İlaçları kendi başına kullanabilenler	134	58.3
İlaçların yan etkisi hakkında bilgilendirilenler	94	40.8
İlaçların yan etkilerine maruz kalanlar	53	23.0
Kullanılmayan ilaçlara yönelik davranışlar *		
Sağlık kuruluşuna verme	105	40.4
İmha etmek	36	13.8
Gelecekte kullanmak için evde saklamak	134	51.5
Arkadaşlarına ya da komşularına verme	33	12.7

*Birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

98 arasında değiştiği, bu oranların yaşlı kadınlarda çok daha yüksek olduğu, hipertansiyon ve diyabetin en sık görülen morbiditeler olduğu belirtilmektedir (11-12).

Her beş yaşlı kadından birinin kırık geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 1). Fonksiyonel azalmalar, kas-iskelet sistemi problemleri, nörolojik hastalıklar ve psikososyal özellikler yaşlı bireylerde düşmeye bağlı kırıkları artırdığı belirtilmektedir (13).

Bu çalışmada yaşlı kadınlarda polifarmasi sıklığı %53.8 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Ülkemizde yapılan çalışmalarda polifarmasi sıklığının % 15.0 ile %69.0 arasında değiştiği gösterilmiştir (14-15). Polifarmasi sıklığı Amerikalı yaşlılarda %23.0 (16), Japonyalı yaşlılarda %5.6 (17), Alman yaşlılarda %26.7 (18) olarak bulunmuştur.

Bununla birlikte Brezilya'da yapılan bir çalışmada yaşlı kadınlar arasında polifarmasinin daha yaygın olduğu raporlanmıştır (19). Bu çalışmada yaşlı kadınlarda hipertansiyon prevalansının ülkemizde belirtilen oranlar arasında yer aldığı, yurtdışında yapılan çalışmalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Uzun yaşam süreleri, hekime başvurma sıklıklarının fazla oluşu, yakınmalarını kolaylıkla dile getirebilmeleri yaşlı kadınlarda polifarmasi görülme sıklığını artırabilir.

Multimorbiditenin polifarmasi prevalansı üzerinde etkili olduğunu belirtilmektedir (20). Bu çalışmada kronik hastalık sayısı beş ve üzerinde olan yaşlı bireylerde polifarmasi sıklığının anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık sayısının artması ile polifarmasi riskinin arttığı tespit edilmiştir (Tablo 3). Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar

Tablo 3. Yaşlı kadınların çeşitli özelliklerine göre polifarmasi görülme sıklığı

Özellikler	n	Sayı	%	p
Yaş grupları				
65-74 yaş	197	120	60.9	0.973
75 yaş ve üzeri	33	20	60.6	
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	88	55	59.9	0.690
Okuryazar	142	85	62.5	
Menapoz yaşı				
45 yaş altı	29	19	65.5	0.583
45 yaş ve üzeri	201	121	60.2	
Algılanan sağlık				
İyi	94	63	67.0	0.112
Orta/kötü	136	59	43.4	
Kronik hastalık sayısı				
1-2	117	58	49.6	<0.001
3-4	97	67	69.1	
5 ve daha fazla	16	14	87.5	
Düşmeye bağlı kırık öyküsü				
Var	48	27	56.3	0.461
Yok	182	113	62.1	
İlaçların yan etkisi hakkında bilgilendirilme				
Evet	94	73	77.7	<0.001
Hayır	136	51	37.5	
İlaçların yan etkilerine maruz kalma				
Evet	53	38	71.7	<0.001
Hayır	177	75	42.4	
Kullanılmayan ilaçların başkalarına verme				
Evet	33	23	69.6	<0.001
Hayır	197	27	46.5	



Fotoğraf: "Mutluluk" Dr. Tuğrul Tunca-TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2010

bulunmuştur (21-22). Bu çalışmanın önemli sonuçlardan biri de polifarmasi sıklığının, kullanılmayan ilaçları çevresindekilere verenlerde azımsanmayacak ölçüde yüksek olmasıdır. Bu durum yaşlı bireylerin hekim reçetesi dışında ilaç kullanımına eğilimli olduklarını akla getirmektedir.

Yaşlı bireylerde düşmeye bağlı ortaya çıkan kırıklar polifarmasi prevalansını artıran önemli bir risk faktörü olarak gösterilmektedir (23-25). Nitekim bu çalışmada da düşmeye bağlı kırık geçirenlerde polifarmasi sıklığının yüksek olduğu ancak bu yüksekliğin anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Yaşlı bireylerde yapılan çalışmalar polifarmasinin ilaç yan etkileri ile karşılaşma gibi istenmeyen klinik sonuçların yanı sıra, bireylerin ilaç kullanım davranışı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (14;26-27). Bu çalışmada ilaçlarının yan etkileri hakkında bilgilendirilenlerde, ilaçlarının yan etkisi ile karşılaşanlarda, elinde kalan ilaçları çevresindekilere veren yaşlı kadınlarda polifarmasi

sıklığı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. İlaçlarının yan etkisi hakkında hekim tarafından bilgilendirilenlerde polifarmasi riski daha yüksektir (Tablo 3). Hekim tarafından bilgilendirilenlerde bile polifarmasi riskinin yüksek bulunması bilginin işlenme sürecinden kaynaklanabilir. Bilişsel fonksiyonlarda azalmaya bağlı olarak görülen unutkanlık ve kadınların eğitim düzeyi bilginin akılda tutulmasını engelleyebilir.

Sonuç ve öneriler

Bu çalışmada yaşlı kadınlarda polifarmasinin yaygın bir sorun olduğu belirlenmiştir. Polifarmasinin artışı; morbiditenin fazla olmasının yanı sıra yaşlı kadınların hekimden fazla ilaç yazmasını beklemesi, bir hekimin verdiği ilaçtan memnun kalmayıp başka bir hekime giderek ilaç yazdırması, aynı hastalıktan muzdarip bireylerden aldıkları ilaçları kullanma eğiliminde olmaları etkili olabilir. Yaşlı bireylerde polifarmasinin önüne geçilmesi; birinci basamakta kronik hastalıklarda akılcı ilaç kullanımına yönelik sağlık eğitimlerinin artırılması ile mümkün olabilir.

İletişim: Dr. Gülay Yılmazel
E-posta: dryilmazelgul@gmail.com

Kaynaklar

1. United Nations (UN). World Population Prospects: The 2012 Revision: United Nations Population Division. Accessed June 21, 2014, at <http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/population.htm>
2. Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States—the Slone Survey. *JAMA* 2002; 287(3): 337–44.
3. Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW, Ariail JC, Simpson KN. Polypharmacy: Misleading, but manageable. *Clin Interv Aging* 2008; 3(2): 383–89.
4. Lapi F, Pozzi C, Mazzaglia G, Ungar A, Fumagalli S, Marchionni N, Geppetti P, Mugelli A, Di Bari M. Epidemiology of suboptimal prescribing in older, community dwellers: a two wave, population based survey in Dicomano, Italy. *Drugs Aging* 2009; 26: 1029–38.
5. Jyrkka J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging* 2009; 26: 1039–48.
6. Jyrkka J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Patterns of drug use and factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in elderly persons. *Drugs Aging* 2009; 26: 493–503.
7. Azad N, Tierney M, Victor G, Kumar P. Adverse drug events in the elderly population admitted to a tertiary care hospital. *J Healthc Manag* 2002; 47: 295–306.
8. Hanlon JT, Lindblad C, Hajjar ER, McCarthy TC. Update on drug-related problems in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacother* 2003; 1(1): 38–43.
9. Turkish Statistical Institute. Elderly With Statistics 2013. Cited 2014 June 21. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>.
10. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2014. Accessed June 21, 2014, at http://www.who.int/gho/publications/World_health_statistics/2014/en/.
11. Davise AM. Psychogeriatric report of a WHO Scientific Group, Technical Reports Series 507. *Epidemiology* 1972; 14(1): 9–21.
12. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011; 10(4):430–39.
13. Carvalho MF, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, De Oliveira Duarte YA. Polypharmacy among the elderly in the city of São Paulo, Brazil-SABE Study. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(4): 817–827.
14. Lai SW, Liao KF, Liao CC, Muo CH, Liu CS, Sung FC. Polypharmacy correlates with increased risk for hip fracture in the elderly. *Medicine* 2010; 89: 295–99.
15. Taşkın Şayir Ç, Aslan Karaoğlu S, Evcik Toprak D. Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2014; 18(1): 35–41.
16. Çakmur H. Türkiye'nin İki Farklı İlinde (Kars-İzmir) Yaşlılarda Polifarmasiyi Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2014; 34(1): 71–80.
17. Masoodi NA. Polypharmacy: To err is human, to correct divine. *BJMP* 2008; 1(1):6–9.
18. Sato I, Akazawa M. Polypharmacy and adverse drug reactions in Japanese elderly taking antihypertensives: a retrospective database study. *Drug Healthc Patient Saf* 2013; 5: 150.
19. Junius Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Fam Pract* 2007; 24: 4–19.
20. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2008;23(1): 34–43.
21. Vyas A, Pan X, Sambamoorthi U. Chronic condition clusters and polypharmacy among adults. *Int J Family Med* 2012; 2012: 1–8.
22. Kim HA, Shin JY, Kim MH, Park BJ. Prevalence and Predictors of Polypharmacy among Korean Elderly. *PLoS ONE* 2014; 9(6): 1–7.
23. Nobili A, Garattini S, Mannucci PM. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *Journal of Comorbidity* 2011; 1: 28–44.
24. Pan HH, Li CY, Chen TJ, Su TP, Wang KY. Association of polypharmacy with fall-related fractures in older Taiwanese people: age- and gender-specific analyses. *BMJ Open* 2014; 4: 1–7.
25. Crensil V, Ricks MO, Xue QL, Fried LP. A pharmacoepidemiologic study of community-dwelling, disabled older women: factors associated with medication use. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010; 8(3): 215–224.

Ebeveynlerin Çocuklarının Yanında Sigara İçme Durumlarının İncelenmesi

An Examination on Smoking Status of Parents Around Their Children



Dr. Esmâ Sülü Uğurlu¹, Gaye Utku Abbasoğlu², Nilay Durmaz³, Özge Köksal⁴

Geliş/Received : 25.04.2017
Kabul/Accepted : 28.09.2017

Özet

Amaç: Ailelerin çocuklarının yanında sigara içme durumlarını belirlemek ve amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın örneklemini İzmir ilinde bir Devlet Hastanesinde çocuk polikliniğine başvuran 200 anne oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın verileri değerlendirilirken sayı, yüzde, ki-kare testlerinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Annelerin %43.5'inin ve babaların %86'sının sigara içtiği saptanmıştır. Ebeveynlerin %99.2'sinin çocuklarının yanında sigara içtiği belirlenmiştir. Ebeveynlerin %89.5'i sigaranın zararları konusunda bilgi sahibidir. Çocukların %32'sinin 3-6 yaş grubunda, %51,5'inin erkek olduğu, %42.5'inin ÜSZE, %27'sinin ASYE tanısı aldığı, %41.5'inin altı ayda bir kez hastalandığı belirlenmiştir.

Sonuç: Ebeveynlerin çocuklarının yanında sigara içme sıklıkları yüksek bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Çocuk, sigara dumanından pasif etkilenim, ebeveyn

Abstract

Aim: The study was conducted to determine smoking status of the parents around their children.

Method: The sample of this cross-sectional and descriptive study consisted of 200 mothers at the pediatric outpatient clinic of a public hospital in İzmir. A questionnaire was used to collect data. In data analysis, number, percentage and chi-square tests were used.

Findings: It was observed that 43.5% of mothers and 86.0% of the fathers were smoking. The smoking rate among the parents around their children was found to be 99.2%. 89.5% of them was aware of the harmful effects of smoking. Of their children, 32% aged 3-6 years, 51.5% were male, 42.5% had an upper respiratory infection, 27% had a lower respiratory infection and 41.5% got sick about every six months.

Conclusion: The prevalence of parental smoking around the children was found to be high.

Key words: Child, Passive smoking, Family

1 Hemşire; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir

2 Hemşire, Muğla

3 Hemşire, Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Kırklareli

4 Hemşire, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

Giriş

Sigara içimi, günümüzde önlenebilir hastalıkların ve ölümlerin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Sigara nedeniyle her altı saniyede bir kişi ölmektedir. Her yıl sigara dumanından pasif ekilenim nedeniyle de 600.000 kişi ölmektedir (1).

Sigara dumanına maruziyet çocuk sağlığını tehdit eden önlenebilir en yaygın tehlike kaynağıdır. Çocukların yetişkinlere göre daha hızlı nefes almaları, akciğerlerinin daha az gelişmiş olması çevresel sigara dumanını daha fazla inhale etmelerine ve yetişkinlere göre daha fazla etkilenmelerine neden olmaktadır. Yetişkinlerle aynı düzeyde nikotine maruz kalmaları durumunda idrarla atılan toplam kotinin düzeyinin toplam pulmoner nikotin dozuna oranı çocuklarda yetişkinlere göre daha yüksektir (2,3).

Çocuklarda çevresel sigara dumanına maruziyet akciğerlerinin gelişimini negatif etkiler. Azalan akciğer fonksiyonları, bronşit, pnömoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonları, uzamış öksürük, balgam, wheezing gibi belirtiler, orta kulak ve sinüs hastalıkları, alerjik bozukluklar, erken dönemde astım gelişimi, astım olgularında epizod sayısının ve şiddetinin artması, fiziksel gelişme geriliği ve daha ileri yaşlarda ortaya çıkan kanserlere neden olmaktadır. Ayrıca pasif sigara içiminin çocuklardaki diş sağlığının bozulmasına, hiperaktivite ve dikkat bozukluğu gibi çeşitli nörodavranışsal bozuklukların ortaya çıkmasına, beyin tümörü, lösemi, lenfoma ve nazal kanser gibi malignitelerin görülme sıklığında artışa neden olabileceği bildirilmiştir (2-7).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya üzerindeki çocukların yaklaşık yarısının evlerinde en az bir kişi sigara içmektedir (6). Amerika da erişkinlerin %26,5'i sigara içerken, 2 ay-11 yaş grubu çocukların %43'unun evinde en az bir sigara içicisinin bulunduğu rapor edilmiştir. Japonya'da yapılan bir çalışmada anne ve babalar arasındaki sigara içme sıklığı %17.1 ve %63.5, evde sigara içen anne ve baba oranı %12.1 ve %36.2, anne ve/veya babanın sigara içtiği ev oranı ise %37.5 olarak saptanmıştır (7). İngiltere'de ise her yıl 160.000 üzerinde çocuk sigara dumanından etkilenmektedir, bu durum sağlık hizmetlerinde 23 milyon Euro'dan fazla sağlık bakım giderine neden olmaktadır (8). Yine Amerika'da okul öncesi çocukların %38'i evde

sigara dumanına maruz kalırken bu değer İngiltere'de %50 ve Kuzey Avrupa ülkelerinde %57 olarak bulunmuştur. Japonya gibi geleneksel değerlere bağlı bir ülkede bile sigara içiciliği ve pasif içicilik oldukça yaygındır. Ülkemizde yapılan çalışmalar çocukların büyük çoğunluğunun evinde en az bir kişinin sigara içicisi olduğunu ve çocukların yüksek sıklıkta (yaklaşık %75) sigara dumanından pasif etkilendiklerini göstermektedir (6,7).

Çocukluk dönemi hızlı büyüme ve gelişmenin olduğu önemli bir dönemdir. Çocukların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırılması, sağlıklı bir çocukluğun yanı sıra sağlıklı bir ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık sürecini beraberinde getirecektir. Sağlıklı çocuklar geleceğin sağlıklı bireylerini ve toplumunu oluşturacaktır. Çocukların yaşamlarının her döneminde olumlu rol modelleri ile karşılaşmaları önemlidir (10).

Bu araştırma İzmir ilinde bir devlet hastanesinde çocuk polikliniğine başvuran ebeveynlerin çocuklarının yanında sigara içme durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın örneklemini İzmir ilinde bir Devlet Hastanesinde çocuk polikliniğine başvuran 200 anne oluşturmuştur. Polikliniklerde çoğunlukla annelerle karşılaşıldığı için veriler annelerden toplanmıştır. Verilerin toplanmasında 33 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formu ailelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 13 soru, çocuklara yönelik genel bilgileri içeren 6 soru, ebeveynlerin (anne ve baba) sigara kullanma alışkanlıklarına yönelik 14 sorudan oluşmaktadır. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından annelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Annelere araştırma hakkında bilgi verilmiş, yazılı ve sözlü onamları alınmış, araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan kişiler araştırmaya alınmamıştır. Araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli yasal izinler alınmıştır. Araştırmanın Etik kurul izni alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SSPS for Windows 12.0 bilgisayar paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın istatistiksel verileri değerlendirilirken sayı, yüzde, ki-kare testlerinden yararlanılmıştır.

Bulgular

Araştırmada annelerin %33.5'inin 25-29 yaş grubunda, %45.5'inin ilkokul mezunu, %71'inin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Babaların %42.5'inin 35 yaş üzeri olduğu, %37.5'inin ilkokul mezunu, %44'ünün serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. Ailelerin %52'sinin gelirinin giderine denk, %74'ünün çekirdek aile, %48'inin iki çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Çocukların %32'sinin 3-6 yaş grubunda, %51,5'inin erkek olduğu, %42.5'inin ÜSYE, %27'sinin ASYE tanısı aldığı, %41.5'inin altı ayda bir kez hastalandığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Annelerin %43.5'inin sigara içtiği, babaların ise %86'sının sigara içtiği, sigara içen ebeveynlerin %99.2'sinin çocuklarının yanında sigara içtiği, ebeveynlerin %56.5'inin çocuklarının sigaradan rahatsız olduğunu belirttiği, ebeveynlerin %89.5'inin sigaranın zararları konusunda bilgi sahibi olduğu, %70.5'inin sigara dumanının çocuklara zararı konusunda bilgi sahibi olduğu, %31.5'inin bu konuda gazete, televizyon gibi kitle iletişim araçlarından bilgi edindiği, ebeveynlerin %31.5'inin ileride çocuklarının sigara içme durumlarında üzüleceklerini belirttikleri saptanmıştır (Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin sigara içme durumu ile çocuklarının yanında sigara içme durumlarının dağılımı ki-kare analizi ile incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=47,22$, $P<0.01$). Sigara içen ebeveynlerin %99.2'sinin çocuklarının yanında sigara içtiği belirlenmiştir.

Ebeveynlerin sigaranın zararları konusunda bilgi sahibi olma durumu ile çocuğun yanında sigara içme durumunun dağılımı ki-kare analizi ile incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=15,64$, $P<0.01$). Sigaranın zararları konusunda bilgisi olan ebeveynlerin %82,5'inin çocuklarının yanında sigara içtiği belirlenmiştir.

Ebeveynlerin sigara içme durumları ile ileride çocuklarının sigara içmesine tepkilerinin dağılımı ki-kare analizi ile incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.79$, $P>0.05$).

Tablo 1. Ailelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Annenin yaşı		
15-19	11	5.5
20-24	33	16.5
25-29	67	33.5
30-34	56	28.0
35 ve Üstü	33	16.5
Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil	9	4.5
İlkokul mezunu	91	45.5
Ortaokul mezunu	38	19.0
Lise ve dengi okul mezunu	44	22.0
Fakülte/yüksekokul mezunu	18	9.0
Annenin mesleği		
İşçi	21	10.5
Memur	9	4.5
Sağlık personeli	25	12.5
Emekli	3	1.5
Ev hanımı	142	71.0
Babanın yaşı		
20-24	9	4.5
25-29	40	20.0
30-34	66	33.0
35 ve üstü	85	42.5
Babanın eğitim durumu		
İlkokul mezunu	75	37.5
Ortaokul mezunu	44	22.0
Lise ve dengi okul mezunu	54	27.0
Fakülte/yüksekokul mezunu	27	13.5
Babanın mesleği		
İşçi	57	28.5
Memur	31	15.5
Serbest meslek	88	44.0
Sağlık personeli	11	5.5
Emekli	13	6.5
Ailenin gelir durumu		
Gelir gidere denk	104	52.0
Gelir giderden az	88	44.0
Gelir giderden çok	8	4.0
Sahip olunan çocuk sayısı		
Bir	53	26.5
İki	96	48.0
Üç ve üstü	51	25.5
Aile tipi		
Çekirdek aile	148	74.0
Geniş aile	44	22.0
Parçalanmış aile	8	4.0
Toplam	200	100.0

Tartışma

Araştırmamızda çocukların %32'sinin 3-6 yaş grubunda, %30.5'inin 1-3 yaş grubunda olduğu ve sigara içen ebeveynlerin %99.2'sinin çocuklarının yanında sigara içtiği belirlenmiştir. Ebeveynlerin sigara içme durumları ile çocuklarının yanında sigara içme durumları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu çocukluk dönemlerinde, çocukların yanında sigara içilmesi çocuk sağlığı için tehlikeli sonuçlar doğurmaktadır. Literatürde, ülkemizde farklı bölgelerde ve yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlarla karşılaşılmıştır (4,9,11,12).

Şanlıurfa'da (2011) kırsal kesimde yapılan bir çalışmada kadınların %51.2'sinin sigara içtiği ve hamilelikleri sırasında da sigara içmeyi sürdürdüğü, sigara içen kadınların %74.4'ünün ise çocuklarının yanında sigara içtiği belirlenmiştir (9). Manisa'da (2009) yapılan bir çalışmada babaların %67.4'ünün, annelerin ise %19.7'sinin sigara içtiği, çocukların %68.0'inin evinde sigara içen ev halkı üyesi olduğu ve çocukların %58.3'ünün sigara dumanına maruz kaldığı belirtilmiştir (4). Eskişehir'de (2014) yapılan bir

Tablo 2. Çocukların özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

Çocukların özellikleri	Sayı	Yüzde
Çocuğun yaşı		
0-12 ay	26	13.0
1-3 yaş	61	30.5
3-6 yaş	64	32.0
7-12 yaş	29	14.5
12 ve üstü	20	10.0
Çocuğun cinsiyeti		
Erkek	103	51.5
Kız	97	48.5
Çocuğun hastanede aldığı tanısı		
ÜSYE	85	42.5
ASYE	54	27.0
İYE	15	7.5
Gastroenterit	36	18.0
Otitis media	3	1.5
Anemi	4	2.0
Hiperbilirinemi	3	1.5
Çocuğun hastalanma sıklığı		
Altı ayda bir kez	83	41.5
Yılda bir kez	52	26.0
Üç ayda bir	34	17.0
Ayda bir kez	31	15.5
Toplam	200	100.0

Tablo 3. Ebeveynlerin sigara içme durumlarına göre dağılımı

	Sayı	%
Annelerin sigara içme durumları		
İçiyor	87	43.5
Babaların sigara içme durumları		
İçiyor	162	86.0
Sigara içen ebeveynlerin çocuklarının yanında sigara içme durumları		
Çocukların yanında sigara içenler	170	99.2
Ebeveynlere göre çocukların sigaradan rahatsız olma durumları		
Evet	113	56.5
Ebeveynlerin sigaranın zararları konusunda bilgi sahibi olma durumu		
Evet	179	89.5
Ebeveynlerin sigara dumanının çocuklara zararı konusunda bilgi sahibi olma durumu		
Evet	148	74.0
Ebeveynlerin sigara dumanının zararı konusunda bilgi edinme kaynakları		
Gazete, Tv	63	31.5
Okul	38	19.0
Sağlık Personeli	28	14.0
Komşu	19	9.5
Bu konuda Bilgisi yok	52	26.0
Ebeveynlerin ileride çocukları sigara içerse tepkileri		
Üzülürüm	63	31.5
Zararlarını anlatırım	60	30.0
Asla izin vermem	62	31.0
Karışmam	15	7.5
Toplam	200	100.0

çalışmada babaların %50'sinin, annelerin ise %24'ünün sigara tükettiği, ailelerde %64 oranında anne-babadan en az birisinin sigara tükettiği belirlenmiştir (11). Kars'ta (2008) yapılan bir çalışmada ise annelerin %22.6'sının gebeliği esnasında, %23.5'inin emzirme döneminde sigara kullandığı, sigara kullanan annelerin %30.6'sının çocuğunun yanında sigara kullandığı, babaların %64.1'inin sigara içtiği, 70.8'inin ise çocuğunun yanında sigara içtiği saptanmıştır (12).

Çocuklar geleceğin toplumunu oluşturacaklardır. Bu nedenle çocuğun yaşamının her döneminde olumlu rol modelleri ile karşılaşması çok önemlidir (10). Farklı yerlerde ve yıllarda yapılan çalışmalarda benzer sonuçların çıkması, ebeveynlerinin çocukların yanında dikkat etmeden sigara içmeleri bu konuda ebeveynlerin duyarlılıklarının ve bilgilerinin artırılması gerekliliğini bir kez daha ortaya koymuştur.

Araştırmamızda ebeveynlerin %89.5'inin sigaranın zararları konusunda bilgi sahibi olduğu, %70.5'inin sigara dumanının çocuklara zararı konusunda bilgi sahibi olduğu, %31.5'inin bu konuda gazete, televizyon gibi kitle iletişim araçlarından bilgi edindiği belirlenmiştir. Ebeveynlerin sigaranın zararları konusunda bilgi sahibi olma durumu ile çocuğun yanında sigara içme durumu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($P<0.01$). Sigaranın zararları konusunda bilgisi olan ebeveynlerin %82,5'inin çocuklarının yanında sigara içtiği belirlenmiştir. Ailelerin sigaranın ve sigara dumanının zararlarını bildiklerini ifade etmelerine karşın çocuklarının yanında yüksek oranlarda sigara içmeleri düşündürücüdür. Boyacı ve ark.(2004) yaptığı çalışmada ailelerin büyük bölümü çevresel sigara dumanının çocuklara zararlı etkilerinin olabileceğini bilmelerine karşın, çocuklarının yanında sigara içmeye devam ettiklerini belirtmişlerdir (3). Karatay'ın (2008) yaptığı çalışmada araştırma kapsamına alınan bireylerin %93.8'i sigara dumanının çocuklar için zararlı olduğunu bildiğini, %59.4'ü bu bilgiyi televizyondan, %16.3'ü çevresindeki kişilerden, arkadaşlarından aldığını ifade etmiştir. Buna karşın annelerin %30.6'sı ve babaların %70.8'i çocuğun yanında sigara kullandığı belirtmişlerdir (12).

Sigara içme davranışında sosyal öğrenmenin önemli bir yeri vardır. Sigaraya başlamanın

önlenmesinde çocukların örnek aldıkları kişilerin özendirici tarzda sigara kullanmamaları, çocukların yanında sigara içmemeleri dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur (13). Özyurt (2009) kendi anne babaları çocuklukları döneminde yanında sigara içen ebeveynlerin daha yüksek oranda çocuklarının yanında sigara içtiklerini ve çocukluk dönemlerinde evinde sigara içilmeyen ebeveynlerin ailelerinden gördükleri bu davranışı şu anda sürdürme eğiliminde olduklarını belirtmiştir (4). Demirbağ ve Tavacı'nın (2012) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %45,7'si babasının da sigara içtiğini, Yengil ve ark. (2014) Tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %58.2'si yaşadığı yerde sigara içildiği, Çolakoğlu'nun (2005) Beden Eğitimi ve spor eğitimi alan üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada sigara içen çocukların %76.3'ünün sigara içen bir ebeveyne sahip olduğunu bu faktöründe gençlerin sigaraya başlamasında etkili olabileceği vurgulanmıştır (13-15).

Çocuklar taklit ederek öğrenirler, çocukların sigara dumanına maruz kalmaları bir davranış modeli oluşturmasının yanı sıra kimyasal yolla da çocukların ileride sigara bağımlısı olma riskini artıran bir davranıştır.

Pasif içiciliğin çocuklarda pek çok hastalıkla ilişkisi gösterilmiştir. Pasif içiciliğin çocuklarda en çok etkilediği sistem solunum sistemidir. Pek çok çalışmada pasif içiciliğin solunum yolu hastalıklarını artırdığı, solunum fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilediği, astım ve orta kulak hastalıklarına yol açtığı gösterilmiştir (2,3,6,7,12,16,17).

Çalışmamızda çocuk polikliniğine başvuran ebeveynlerin çocuklarının %42.5'inin ÜSYE, %27'sinin ASYE tanısı aldığı, %41.5'inin altı ayda bir kez hastalandığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocuklarının yanında sigara içme durumu ile çocukların hastalanma sıklığı incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) riski ile karşı karşıya kalan çocukların daha sık hastalandığı belirlenmiştir. Literatürde de bizim bulgularımızı destekleyen birçok çalışmaya rastlanmıştır (16-18).

Yapılan çalışmalarda gebelik esnasında ve sonrasında sigaraya maruz kalan bebeklerde

astım, bronşit, pnömoni gibi sorunların daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (16). Ayata ve ark. (2004) çalışmalarında pasif sigara içimi bulunan çocuklarda vital kapasite, zorlu vital kapasite, birinci saniyedeki zorlu ekspirasyon volümünün azaldığı görülmüştür (17). Bek ve ark. (1999) çalışmasında ilkokul çağındaki sigara dumanına maruz kalan çocukların spirometrik parametreleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur (18). Bu sonuçlarda çalışmamızı destekler niteliktedir.

Sonuç olarak, ülkemizde çocukların sigara dumanından pasif etkilenim yüzdeleri yüksektir, çalışmamızda ebeveynlerin çocuklarının yanında yüksek sıklıkta sigara içtiği belirlenmiştir. Çocuk polikliniğine başvuran çocukların solunum sistemi hastalıklarının sıklığının yüksek olduğu ve buna etki edebilecek durumlardan birisinin de SDPE olması muhtemeldir. Bu nedenle anne babalara, SDPE nedeniyle çocuklarına verdikleri zarar vurgulanarak gerekli eğitimlerin sağlık personelleri tarafından verilmesi, kamu spotu çalışmaları ile toplumun bu konuda bilincinin artırılması, yasal düzenlemeler ile özellikle çocukların yanında sigara içimine kısıtlamalar ya da düzenlemeler getirilmesi önerilmektedir.

İletişim: Dr. Esmâ Sülü Uğurlu
E-posta: esmasulu@gmail.com

Kaynaklar

1. Aslan D, Daymaz D, Gürsoy N, Kartal G, Yavuz M. Beş yaş altı çocukların yaşadığı evlerde sigara dumanından pasif etkilenim durumu: Ankara'dan bir örnek. *Türk Toraks Dergisi* 2015;16:16-21
2. Öcek Z.A, Çiçeklioğlu M, Gürsoy T.S. Çevresel tütün dumanının önlenmesinde etkili tek strateji: %100 dumansız ortamlar. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2009;2(1):45-53.
3. Boyacı H, Duman C, Başıyigit İ, Ilgazlı A, Yıldız F. İlkokul çocuklarında çevresel sigara dumanına maruziyetin idrar kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(3): 231-36.
4. Özyurt CB. Manisa'da kırsal bir bölgedeki ilkokul çocuklarında pasif sigara içicilik maruziyetinin değerlendirilmesi. *Türk Toraks Dergisi* 2009;10:155-61.
5. Ayata A, Çetin H, Öktem F, Akkaya A, Tunç B, Örmeci A.R. Pasif sigara içimin çocuklarda solunum fonksiyonlarına etkisi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2004;2(2):13-15.
6. Küçük Ö, Göçmen Y, Biçer S. Yozgat'ta yaşayan çocuklarda pasif içiciliğin solunum sistemi hastalıkları üzerine etkisi. *JOPP Dergisi* 2012; 4(3):124-129.
7. Bülbül H.S, Ceyhun G.A. Pasif sigara içiciliği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2006; 10(3):123-128.
8. Del Ciampo L.A, Del Ciampo L.R.L. Passive smoking and children's health. *Health* 2014;6: 1408-1414.
9. Köse E, Pazarlı P, Şimşek Z. Şanlıurfa'nın kırsal kesiminde yaşayan kadınlar arasında sigara içme davranışı. *Solunum Dergisi* 2011; 13(1): 26-31.
10. Kesgin M.T. Çocukların sigaranın zararlarından korunması: halk sağlığı hemşiresi ve öncelikli sorumluluklar. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2012; 90-96.
11. Ayçiçek A. Eskişehir ilinde hastaneye başvuran adolesan ve anne babaların sigara kullanma alışkanlıkları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2014;57:252-257.
12. Karatay G. Kars ili 4 nolu sağlık ocağına kayıtlı 0-6 yaş aralığındaki bebek ve çocuklarda pasif sigara dumanı maruziyetinin belirlenmesi 2008; 12(2): 31-38.
13. Çolakoğlu T. Beden eğitimi ve spor eğitimi veren okullardaki öğrencilerin sigara kullanma alışkanlıklarının incelenmesi. *Sportre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2005;3(4):151-158.
14. Demirbağ B.C, Tavacı S. Sigara içen üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(3):179-188.
15. Yengil E, Çevik C, Demirkıran G, Akkoca A.N, Özler G.S, Özer C. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi* 2014;6(3): 1-7.
16. Karatay G. Hastaneye yatan çocuklarda çevresel sigara dumanı maruziyeti. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011; 4(3):96-101.
17. Ayata A, Çetin H, Öktem F, Akkaya A, Tunç B, Örmeci A.R. Pasif sigara içiminin çocuklarda solunum fonksiyonlarına etkisi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2004;2(2):13-15.
18. Bek K, Tomac N, Delibaş A, Tuna F, Tezic H.T, Sungur M. The effect of passive smoking on pulmonary function during childhood. *Postgrad Med. J.* 1999; 75: 339-341.

Dr. Ezgi Karadağ¹, Dr. Bahar Vardar İnkaya²

Geliş/Received : 19.10.2017
Kabul/Accepted : 12.01.2018

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, intörn öğrenci hemşirelerin, ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarını belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışma 2017 Mayıs-Haziran aylarında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde gerçekleştirildi. Araştırmada veri toplama aracı olarak; tanıtıcı özelliklerin yer aldığı anket formu ve Frommelt Ölmekte olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD) ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan intörn öğrencilerin %76'sının lisans eğitimi süresince ölüm ve ölmekte olan hasta bakımı ile ilgili eğitim aldığı, %72.7'sinin klinik uygulamada ölüm olgusuyla karşılaştığı, %66.9'unun ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istediği tespit edildi. Klinik uygulamada ölüm olgusuyla karşılaşan ve ölmekte olan hastaya bakım veren öğrencilerin FATCOD ölçeği puan ortalaması daha yüksek olarak bulundu ($p=0.001$).

Sonuç: İntern öğrencilerin FATCOD ölçeği puan ortalamasının 81.59 ± 12.99 olduğu saptandı. Hemşirelik öğrencilerine eğitimleri süresince ölmekte olan bireyin bakımına ilişkin eğitimlerin verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Ölüm tutumu, Öğrenci, Hemşire

Abstract

Aim: The aim of this study is to determine the attitudes of nursing interns towards caring for a dying individual.

Method: This descriptive study was carried out at Dokuz Eylül University Faculty of Nursing during May-June 2017. A questionnaire inquiring about descriptive characteristics and Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale (FATCOD) were used to collect data. Descriptive statistics, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test were used for data analysis.

Findings: It was found that of the interns participated in the study, 76% have received training on death and dying care during undergraduate education, 72.7% encountered death during clinical practice and 66.9% were willing to provide care for a dying patient. The mean scores of the interns who encountered death in clinical practice and provided care for dying patients were found to be higher on FATCOD scale ($p = 0.001$).

Conclusion: The mean score of the interns on FATCOD scale was 81.59 ± 12.99 . It is advisable to provide nursing students with training in caring for dying individuals during their education.

Key words: Attitude towards death, Student, Nurse

1 Doç.; Dokuz Eylül Ü. Hemşirelik Fak. Onkoloji Hemşireliği AD, İzmir

2 Yrd. Doç.; Yıldırım Beyazıt Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ankara

Giriş

Eski çağlardan bu yana ölüm kavramı karmaşık bir konu olarak algılanmış ve özellikle tarih, antropoloji ve epidemiyolojinin de konuları arasında yer almıştır (1). Bazı bilim adamları ve filozoflar ölümü yok olma olarak nitelerken, bazıları da ölümün biçim değiştirme olduğuna inanmışlardır. Ölüm, tüm yaşayan organizmaların paylaştığı, yaşamın son aşaması olan evrensel bir olay olup bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir (2).

Ölüm düşüncesinin insan yaşamına etkisi kaçınılmazdır; ancak aşırı, ölçsüz, patolojik biçimde ortaya çıkan ölüm düşüncesi, insanın psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir. Ölüm karşısında geliştirilen tutumlar denge ve uyumunu yitirdikçe, bireyin kaygı düzeyi artmakta, çevreye uyum sağlaması güçleşebilmektedir (3).

Tüm dünyada artan tıbbi gelişmeler ve yaşam koşullarındaki iyileşmeler sonucunda kronik ve ölümcül hastalıklarla yaşanan süre, hastalık durumunda hekime başvuru oranları ve tüm ölümler içinde hastanede gerçekleşen ölüm oranı giderek artmaktadır. Bu faktörlerin etkisiyle, hemşirelerin ölümcül hastalığı olan hastayla karşılaşma sıklığı ve bu hastalara bakım hizmeti verme süresi de artmaktadır (4).

Ölüm ve ölümü yaklaşan hastaların bakımı, hemşirelik mesleğinin en güç ve karmaşık yönlerinden biridir. Şüphesiz ölüm gerçeği ile yüzleşmek gerek hasta ve ailesi, gerekse sağlık çalışanları için travmatik olabilmektedir. Hemşirelerin bu hastalara daha iyi bakım verebilmeleri için hastaların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin neler olduğunu bilmesi, ölüme ilişkin sağlıklı bir tutum geliştirebilmiş olması ve ölüm olayını kabullenmesi gerekmektedir (3,5).

Ölümcül hastalarda, tedavi ve invaziv girişimlerden daha çok, bakım ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle hem fiziksel bakım hem de manevi bakım, hemşirelik işlevlerinde birincil duruma gelmektedir. Ancak böyle bir konumda; hastanın içinde bulunduğu durumu tanımayan ve kendi duygularının farkında olmayan hemşire çaresizlik hissedeceği için hastaya ve ailesine profesyonel olarak yardım edemeyebilir. Bu nedenle hemşirelerin öncelikle kendi duyguları,

düşünceleri dolayısıyla ölüm olayına karşı tutumlarının farkında olmaları gerekir (6,7,8). Hemşire adayı olan öğrenciler, hemşirelik eğitimi süresince ölüm olgusunu dersler içerisinde konu bazında ele almakta ve klinik uygulamalarda ölen hasta bireylerle yüz yüze gelebilmektedir. Çoğu zaman ölüm karşısında çaresizlik, yetersizlik, öfke, sıkıntı, suçlama gibi duygular yaşamaktadırlar (3). Hemşirelik öğrencilerinin ölüm olgusu karşısındaki tutumlarını belirlemeye yönelik yapılan bir çok çalışmada da; öğrencilerin bakım verirken yetersizlik, anksiyete gibi duygular yaşadıkları ve ölüm eğitimi alan öğrencilerin daha olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür (2,4,9,10).

Hemşirelik öğrencilerinin, ölüme ilişkin olumlu tutum geliştirebilmeleri, meslek hayatında da yüz yüze gelebilecekleri bu durumla daha etkili yüzleşerek, olumsuz duygular yaşamamalarını, etkili başa çıkma düzenekleri geliştirebilmelerini ve etkin bakım verebilmelerini sağlayacaktır. Ayrıca hemşirelik intern öğrencilerinin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları bilirse, bu tutumları değiştirme yada olumlu tutum kazandırmaya yönelik eğitimsel girişimler yapılabilir ya da ders müfredatı bu doğrultuda biçimlendirilebilir. İntörn öğrencilerin mesleki hayata geçmeden önce, bu tutumlarının belirlenmesine yönelik Türkiye'de yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle, bu konuda yapılacak çalışma verilerine gereksinim vardır. Bu çalışmanın amacı, intern öğrenci hemşirelerin, ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini, Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde eğitim gören, dördüncü yıl intörn öğrencilerinin tamamı (300 öğrenci) oluşturmuştur. Araştırmada evrenin tamamının alınması hedeflenmiş, örneklem seçimine gidilmemiştir. Ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeme, araştırmanın yapıldığı tarihte okula gelmeme, anket verilerini eksik doldurma gibi nedenlerle araştırma 121 öğrenci (katılım oranı: %40.3) ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın Etiği

Verilerin toplanması için Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin alındı (izin alınma

tarihi:17.05.2017). Yazılı izin sonrası, araştırmaya katılan öğrencilere araştırma hakkında bilgi verildi ve çalışmaya katılma onamları alındı.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, tanıtıcı özelliklerin yer aldığı anket formu ve FATCOD ölçeği kullanılmıştır. İlgili literatür bilgileri (2,3,4) doğrultusunda hazırlanmış anket formunda, öğrencinin yaşı, cinsiyeti, en uzun süre yaşadığı yer, lisans eğitimi sırasında ölüme ilişkin bilgi alma durumu vb. içeren sekiz soru yer almaktadır.

Frommelt Ölmekte olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument / FATCOD):

FATCOD, 1988 yılında Katherine H.Murray Frommelt tarafından oluşturulmuş 30 maddeli bir ölçektir. Ölçek pozitif/ olumlu ve negatif/ olumsuz tutumları içeren eşit sayıda ifadeler içermektedir. Ölçek Likert tipi olup, 1-kesinlikle katılmıyorum ve 5- kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır.

Ölçeğin puanlamasında, toplam puan negatif tutumları içeren maddeler tersine çevrilip pozitif yanıtlarla birlikte toplanarak elde edilmektedir.

Ölçekten alınabilecek toplam puan 30–150 arasında değişmekte olup, alınan puanın artması olumlu tutumun arttığını göstermektedir.

Frommelt Ölüm Sürecinde Ölüme İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Instrument/FATCOD) Amerika, Japonya, İran ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik-güvenirliliği Çelik ve Kav tarafından 2013 yılında yapılmıştır (9).

Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.73

bulunmuştur. Bu çalışmada ise, Cronbach alfa değeri 0.69 olarak saptanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanıldı.

Bu çalışmanın istatistiksel analizinde yaş ve ölçek puanının dağılımı, Shapiro-Wilk testi ve normallik grafikleri ile incelendi. Yaş ortanca (min-maks), ölçek puanı ortalama \pm standart sapma ve ortanca (min-maks), cinsiyet gibi kategorik değişkenler, sayı ve yüzdelik olarak ifade edildi. Ölçek sorularına verilen yanıtların iç tutarlılığı,

Cronbach alfa katsayısı ile incelendi. Ölçek puanları cinsiyet, ana bilim dalı vb. özelliklere göre grupların dengesiz olması nedeniyle Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %24.8'inin erkek öğrenci olduğu, %58.7'sinin en uzun yaşadığı yerin şehir olduğu, %16.5'inin 4.sınıf bahar yarıyılında iç hastalıkları hemşireliği anabilim dalı intörnü olduğu belirlendi. Öğrencilerin yaş ortalaması 22.82 ± 1.63 , (min-max: 20-36) olarak bulundu. İntörn öğrencilerin %76'sının (n=92) lisans eğitimi süresince ölüm ve ölmekte olan hasta bakımı ile ilgili eğitim aldığı, %72.7'sinin (n=88) klinik uygulamada ölüm olgusuyla karşılaştığı, %69.4'ünün klinik uygulamada ölmekte olan hastaya bakım verdiği, %66.9'unun ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istediği tespit edildi (Tablo 1).

Bu çalışmada, Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 81.59 ± 12.99 , ortancası 80 (min-maks: 55-110) olarak bulundu.

Bu çalışmada; intörn öğrencilerin cinsiyet, Ana bilim dalı ve en uzun süre yaşadıkları yere göre FATCOD ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p > 0.05$), (Tablo 2).

Bu çalışmada; lisans eğitiminde ölüm ve ölmekte olan hasta bakımı ile ilgili eğitim alma durumuna göre, FATCOD ölçeği puan ortalaması değerlendirildiğinde lisans eğitimi sırasında ölüm ve ölmekte olan hasta bakımı ile ilgili eğitim alan öğrencilerin ölçek puan ortalamasının eğitim almayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$), (Tablo 2).

Lisans eğitiminde klinik uygulamada ölüm olgusuyla karşılaşma durumuna göre, FATCOD ölçeği puan ortalaması incelendiğinde, klinik uygulamada ölüm olgusuyla karşılaşan öğrencilerin ölçek puan ortalamasının ölüm olgusuyla karşılaşmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$), (Tablo 2).

Tablo 1. İntörn Öğrencilerin sosyodemografik ve ölüm olgusu ile karşılaşmaya ait özellikleri (n=121)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	91	75.2
Erkek	30	24.8
Ana Bilim Dalı		
İç Hastalıkları	20	16.5
Hemşirelik esasları	17	14
Hemşirelikte yönetim	10	8.3
Doğum ve kadın hastalıkları	8	6.6
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	15	12.4
Psikiyatri	13	10.7
Halk sağlığı	14	11.6
Cerrahi hastalıkları	16	13.2
Onkoloji	8	6.7
Yaşadığı Yer		
Köy	10	8.3
İlçe	40	33.3
Şehir	71	58.4
Toplam	121	100.0
Ölüm ve ölmekte olan hasta bakımı ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet	92	76
Hayır	29	24
Lisans eğitimde klinik uygulamada ölüm olgusuyla karşılaşma		
Evet	88	72.7
Hayır	33	27.3
Klinik uygulamada ölmekte olan hastaya bakım verme durumu		
Evet	84	69.4
Hayır	37	30.6
Ölmekte olan hastaya bakım vermeyi isteme durumu		
Evet	81	66.9
Hayır	40	33.1
Toplam	121	100.0

Klinik uygulamada ölmekte olan hastaya bakım verme durumuna göre, FATCOD ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu buna göre uygulama yaptıkları dönemde ölmekte olan hastaya bakım veren öğrencilerin bakım vermeyen öğrencilere göre ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$), (Tablo 2). Ölmekte olan hastaya bakım vermeyi isteme durumu durumuna göre, FATCOD ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0.05$), (Tablo 2). Ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istemeyen öğrencilerin puan ortalaması daha yüksektir.

Tartışma

Yaşam sonu bakım, palyatif bakım ve beraberinde getirdiği ölüm olgusu günümüzde artık daha fazla tartışılmaktadır. Bu gerçeğe en fazla yüzleşen sağlık çalışanlarından birisi ve en önemlisi de hemşirelerdir. Bu nedenle hemşirelerin, ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi ayrıca önem taşımaktadır. Bu çalışmada FATCOD ölçeği kullanılarak, hemşirelik intörn öğrencilerinin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin tutumları değerlendirilmiş ve toplam puan ortalaması 81.59 ± 12.99 olarak bulunmuştur. Arslan ve ark.(2014) yaptıkları çalışmada ölüm tutumu

Tablo 2. FATCOD ölçek puanının bazı sosyodemografik ve ölüm olgusuyla karşılaşmaya ait özelliklere göre karşılaştırılması

Özellikler	Ortanca	Min-Maks	Ort±S istatistiği	Test	p
Cinsiyet				1.054 ¹	0.292
Kadın	82.5	55-110	80.76±12.41		
Erkek	80	57-110	84.10±14.52		
Ana Bilim Dalı				14.668 ²	0.066
İç hastalıkları	80.5	62-110	82.95±12.95		
Hemşirelik esasları	79	59-109	78.53±12.70		
Hemşirelikte yönetim	86	66-106	88.20±12.65		
Doğum ve kadın hastalıkları	87.5	70-107	88.13±11.00		
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	79	55-110	80.80±15.33		
Psikiyatri	85	66-105	86.92±12.45		
Halk sağlığı	79.5	60-98	78.93±12.22		
Cerrahi hastalıkları	77	65-106	79.87±10.82		
Onkoloji	66	58-88	70.75±11.32		
Yaşadığı yer				0.680 ²	0.712
Köy	80	55-110	83.70±9.65		
İlçe	84.5	71-103	81.90±13.70		
Şehir	81	57-110	81.11±13.10		
Lisans eğitiminde ölüm ve ölmekte olan hasta bakımı ile ilgili eğitim alma durumu				3.441 ¹	0.001
Evet	91	63-110	89.14±12.87		
Hayır	79	55-110	79.21±12.15		
Lisans eğitimde klinik uygulamada ölüm olgusuyla karşılaşma				4.414 ¹	0.001
Evet	91	72-110	90.52±12.51		
Hayır	78	55-110	78.24±11.55		
Klinik uygulamada ölmekte olan hastaya bakım verme durumu				4.278 ¹	0.001
Evet	88	72-110	89.70±12.10		
Hayır	78	55-110	78.01±11.75		
Ölmekte olan hastaya bakım vermeyi isteme durumu				3.266 ¹	0.001
Evet	79	55-110	78.74±11.83		
Hayır	86.5	63-110	87.35±13.45		

1 Mann-Whitney U testi sonucu, 2Kruskal-Wallis testi

puan ortalamasını 95.2 ± 14.1 (47.00–142.00) olarak, Leombruni ve ark. (2014) İtalya'da hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ise 115.20 ± 7.86 olarak bulmuşlardır. Bir diğer çalışmada ise; FATCOD skalasından elde edilen ortalama skor 99.9 ± 8.7 olarak bulunmuştur (9). Sonuçlar benzer niteliktedir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun lisans eğitimlerinde ölüm ile ilgili eğitim almaları ve ölüm olgusuyla karşılaşmaları nedeniyle böyle bir sonuç çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada; intörn öğrencilerin cinsiyet, ana bilim dalı ve en uzun süre yaşadıkları yere göre, FATCOD ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Arslan ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada bu çalışma bulgularıyla benzer biçimde anlamlı bir fark tespit etmemiştir. Abu-El-Noor NI ve Abu-El-Noor (2016) ve Leombruni ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada cinsiyet ile FATCOD ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Klinik ortamda ölüm olayını ve ölmek üzere olan

hastanın bakımını deneyimlemek ve bu konuda eğitim almak, öğrenci hemşirelerin ölüme yönelik tutumlarını daha sonra etkileyebilecek en belirleyici faktörlerden biridir. Koç ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada, klinik ortamda ölüme daha sık karşılaşılan hemşirelerin daha olumlu ölüm tutumu sergilediklerini bulmuştur. Literatürde bu konuda yapılmış bir çok çalışmada da, bu faktörlerin ölüme yönelik tutumu olumlu etkilediğini göstermektedir (2,4,14,15,16,17,18). Bu çalışmanın bulguları literatürle uyumlu bulunmuştur.

Conner ve arkadaşlarının (2014), hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları deneysel çalışmada ölüme yönelik verilen 16 haftalık kapsamlı eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim sonrası FATCOD puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, ölüm gerçekliğinin ve ölüme karşı olumlu tutum gerçekleştirebilmenin, okuldaki eğitim sürecinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini göstermektedir. Bu sonuç, hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimi sırasında ve sonrasında çalışma hayatındaki süreçte, ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin daha olumlu tutum geliştirmelerine yardımcı olunması için, hemşirelik eğitiminde ölüme ilişkin verilen eğitimin daha yoğun verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada, intörn öğrencilerin, %66.9'unun ölmekte olan hastaya bakım vermeyi istediği tespit edildi. Bu sonuç bazı literatür verileri ile de benzerlik göstermektedir (4,11). Lisans sürecinde ölüme ilgili eğitim alan ve ölmekte olan bireye bakım veren öğrenci sayısının fazla olması nedeniyle böyle bir sonuç ortaya çıkmış olabilir. Nitekim, yapılan çalışmalar ölüm deneyimi ve ölüme ilişkin alınan eğitimin ölüme yüzleşme anksiyetesini azalttığını, ölüm ve ölüme ilişkin baş etme davranışı geliştirmeyi kolaylaştırdığını vurgulamaktadır (7,19).

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmanın sonucunda;

- İntörn öğrencilerin, FATCOD Ölçeği toplam puanı ortalaması 81.59 ± 12.99 , ortancası 80 (min-maks: 55-110) olarak,

-Lisans eğitiminde ölüm olgusu ve ölmekte olan hasta bakımı ile ilgili eğitim alan öğrencilerin FATCOD puan ortalaması daha yüksek,

-Klinik uygulamada ölüm olgusuyla karşılaşan ve ölmekte olan hastaya bakım veren öğrencilerin FATCOD ölçeği puan ortalaması daha yüksek olarak bulundu.

Bu sonuçlar; hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakım, ölüm ve palyatif bakım ile ilgili derslerin gerekli olduğunu ve hemşirelik müfredatına geniş kapsamlı olarak entegre edilmesi gerektiğini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu dersler, ölüm kavramına yönelik olumlu tutum geliştirmeyi sağlayacak, "role-play", video gösterimi vb. interaktif yöntemlerle zenginleştirilmelidir.

Ayrıca; öğrenciler klinik eğitimleri süresince ölüm olgusu ile karşılaştıklarında ya da ölmekte olan hastaya bakım verdiklerinde öğretim elemanları ve klinik hemşireler tarafından desteklenmeli ve yönlendirilmelidirler.

İletişim: Dr. Ezgi Karadağ

E-posta: ezgikaradag44@gmail.com

Kaynaklar

1. Santos RA, Moreira MCN. Resilience and death: the nursing professional in the care of children and adolescents with life-limiting illnesses. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(12):4869-4878.
2. Koç Z, Sağlam Z. Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(1): 14-17.
3. Bilge A, Embel N, Kaya FG. Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4(3):119-124.
4. Arslan D, Akca NK, Şimşek N, Zorba P. Student nurses' attitudes toward dying patients in central Anatolia. *International Journal of Nursing Knowledge* 2014; 25(3): 183-188.
5. Akça F, Köse Aİ. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri* 2008; (11)7: 16.
6. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. Ölüme karşı tutum ölçeğinin türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2009; 2:29-43.

7. Özdelikara A, Alkan SA, Boğa NM, Şahin D. Öğrenci hemşirelerde ölüm kaygısı. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 1(1): 1-16.
8. Jo KH, Doorenbos AZ, & An GJ. Effect of an end-of-life care education program among Korean nurses. Journal of Hospice and Palliative Nursing 2009; 11(4): 230-238.
9. Çevik B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. Cancer Nursing 2013; 36(6): 58-65.
10. Iranmanesh S, Savenstedt S, Abbaszadeh A. Student nurses' attitudes towards death and dying in south-east Iran. International Journal of Palliative Nursing 2008; 14(5): 214-219.
11. Abu-El-Noor NI, Abu-El-Noor MK. Attitude of palestinian nursing students toward caring for dying patients a call for change in health education policy. Journal of Holistic Nursing, American Holistic Nurses Association 2016; 34(2): June 193- 199.
12. Leombruni P, Miniotti M, Bovero A, Zizzi F, Casteli L, Torta R. Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. Journal of Nursing Education and Practice 2014; 4 (3): 188-196.
13. Koç A Öztaş D, Avcı DA, Akkuş Y, Uysal N, Sılay K. Exploring Turkish Nurses' Attitudes towards Death: A Prospective Study, JOJ Nurse Health Care 2017; 4(5): 1-8.
14. Barrere CC, Durkin A, La Coursiere S. The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students. International Journal of Education Scholarship 2008; 5(1):11-15.
15. Cooper J, Barnet M. Aspects of caring dying patients which cause anxiety to first year student nurses. International Journal of Palliative Nursing 2005; 11(8): 423-430.
16. Shin F, Gau M, Lin Y, Pong S, & Lin H. Death and help expected from nurses when dying. Nursing Ethics 2006; 13(4): 360-375.
17. Taşdemir G, Gök F. Bir Sağlık Yüksekokulu'nda Okuyan Öğrencilerin Ölüm Kaygılarının Belirlenmesi. International Journal of Human Sciences 2012; 2: 303-317.
18. Hasheesh MA, AboZeid SA, El-Said SG, Alhujaili AD. Nurses characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. Health Science Journal 2013; 7(4): 384-394.
19. Conner NE, Loerzel VW, Uddin N. Nursing student end-of-life care attitudes after an online death and dying course. Journal of Hospice & Palliative Nursing 2014; 16(6): 374-382.

Dr. Fatma Taş Arslan¹, Raziye Çelen²

Geliş/Received : 01.08.2017
Kabul/Accepted : 07.01.2018

Öz

Amaç: Çalışma hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki çalışma, Konya ilinde bulunan bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2013-2014 akademik yılı bahar döneminde gerçekleştirildi. Araştırma verileri 2, 3 ve 4. sınıf hemşirelik bölümü öğrencilerinden 263 kişiye ulaşılarak toplandı. Veriler; araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve "Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ)" kullanılarak toplandı ve sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t testi, Kruskal Wallis ve One Way Anova analizi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin %60,0'i 21-23 yaş grubu arasındadır. Öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği puan ortalaması $57,33 \pm 8,88$ 'dir. Öğrencilerin araştırma dersi alma, meslekle ilgili dergi okuma, bilimsel toplantılara katılma ve mezun olduktan sonra araştırma yapmayı isteme durumu ile KDHYTÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p < 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$).

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinin KDHYT puanının yüksek olduğu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, Hemşirelik öğrencisi, Kanıta dayalı hemşirelik, Tutum,

Abstract

Aim: This study has been conducted in order to determine the attitudes of nursing students towards evidence-based nursing.

Materials and Methods: The cross-sectional study has been carried out at the Faculty of Health Sciences of a university in Konya during 2013-2014 academic year spring semester. The data were collected from 263 2nd, 3rd and 4th grade nursing students using a questionnaire prepared by the researchers and the "Attitude Towards Evidence-Based Nursing Questionnaire (EBNAQ)". In data analysis, numbers, percentage, mean, standard deviation, independent samples t-test, Kruskal Wallis test and One Way ANOVA were used.

Findings: 60.0% of the students participating in the study were between 21-23 years old. The mean score on EBNAQ was 57.33 ± 8.88 . A significant difference was found between the EBNAQ mean score and their status of receiving research training ($p < 0.05$), reading journals on nursing ($p < 0.05$), attending scientific meetings on nursing ($p < 0.01$) and the desire for researching after graduation ($p < 0.001$).

Conclusion: The EBNAQ mean score of the students was found to be high.

Key words: Nursing, Nursing student, Evidence-based nursing, Attitude

1 Doç.; Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Konya

2 Arş. Gör.; Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Konya

Giriş

Bilim, teknoloji, ekonomi ve sağlık bakımı alanlarındaki büyük değişim ve gelişmeler, tüm mesleklerin eğitimlerinde olduğu gibi hemşirelik ve hemşirelik eğitimini de önemli ölçüde etkilemektedir. Yakın zamana kadar ağırlıklı olarak öğrencilerin psikomotor becerilerinin gelişimi üzerine odaklanan hemşirelik eğitimi, bilgi üretiminin yetersiz olması nedeniyle klinik uygulamalarda çoğunlukla sezgiler, kişisel deneyimler ve alışkanlıklar üzerine yoğunlaşmıştır. Günümüzde ise hemşirelik eğitimi; yetiştirme kavramından eğitime, teknik ve katı içerikten bilimsel sürece ve hemşireliğin bilimselleşmesine, ürüne yönelik düşünceden temel değerler doğrultusunda eğitilmiş bireye ve bu temel değerlerin yönlendirdiği nitelikli meslek üyesinin yetişmesine yönelmiştir (1). Bu durum hemşirelik eğitiminin yalnızca biyomedikal modellere temellenen bir dizi teknik işlevi kapsamaması, hemşirelik bakımıyla ilgili yaklaşımlarda eleştirel ve etik düşünce yoluyla yaratıcılığın temel alınması, sınırlayıcı yöntemlerin terk edilmesi, uygulamaların araştırmalara/kanıtlara dayandırılmasını zorunlu kılmıştır (1,2,3).

Ülkemizde, hemşirelik lisans ve lisansüstü programlarda kanıta dayalı hemşirelik (KDH) dersleri verilmekte ancak derslere verilen ağırlık farklılık göstermektedir; bazı üniversitelerde "kanıta dayalı hemşirelik" adı altında seçmeli dersler yürütülürken, bazı üniversitelerde ise bu konularda bilgi "hemşirelikte araştırma" dersi içeriğinde verilmektedir. Ayrıca hemşirelik kongrelerinin birçok oturumunda kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ele alınarak farkındalık artırılmaya çalışılmaktadır (4,5).

Kanıta dayalı uygulama (KDU), sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtların klinik uzmanlıkla birleştirildiği uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (6). Kanıta dayalı uygulama araştırma bulguları üzerine temellenmekle birlikte, kanıta dayalı uygulama ve araştırma sonucunun kullanımı aynı şey değildir. Araştırma kullanımı, araştırmacının bir kısmının klinikte kullanılmasıdır. Kanıta dayalı uygulama ise, kanıtı değerlendirmek için teori, klinik karar verme, muhakeme, bilimsel bilgi ve araştırmacının birleşiminden oluşmaktadır (7). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama, bireysel hasta bakımına ilişkin kararlarda o anda elde

bulunan en iyi kanıtları kullanarak bakımın etkili, akılcı, dinamik olmasına ve klinik yargının en üst düzeye çıkmasına olanak sağlamaktadır. Bu yaklaşımın altındaki temel ilke, bakımın geleneksel ya da sezgisel yolla değil yüksek nitelikli, kanıtlar doğrultusunda verilmesi gereğidir (1).

Araştırma bulgularının uygulamaya aktarılması kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ve kaliteli hemşirelik bakımı verilmesi açısından gereklidir (8). Birçok hemşire araştırma sonuçlarının uygulamada kullanımının gerekli olduğuna inanmalarına karşın istendik düzeyde uygulamalarına yansıtamadıklarını belirtmektedirler (9,10). Özdemir ve Akdemir (2009)'in Türk hemşirelerin klinik uygulamalarda araştırmalardan yararlanma durumunu inceledikleri çalışmada hemşirelerin %68,9'u bazen, %12,8'i her zaman kanıta dayalı uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir (11). Çoğu yurtdışı araştırma hemşirelikte kanıta dayalı uygulamanın benimsenmesine yönelik engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemeye yöneliktir (12,13,14,15,16). Ülkemizde ise kanıta dayalı hemşireliğin kavramsal incelemesini yapan, hemşirelik alanında kullanımı ile ilgili örnekler veren ve uygulanması ile ilgili engellere vurgu yapan makaleler yayınlanmıştır (17,18,19,20).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) hemşirelerin hemşirelik araştırmalarına aktif olarak katılmasını sağlamak ve kanıta dayalı uygulamaya dikkat çekmek için 2012 temasını "Boşluğu Doldurmak: Kanıttan Eyleme" olarak belirlemiştir (21). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulama yapma sorumluluğu yönetmelikte tanımlanmış olması (22), eğitim programları ve bilimsel toplantılarda konuya yer verilmesine karşın (4), hemşirelikte klinik karar verme sürecinde kanıt kullanımının yetersiz olduğu düşünülmektedir. KDH uygulamalarının yaşama geçirilebilmesi için öncelikle hemşirelerin araştırmaları eleştirel olarak değerlendirme becerilerinin geliştirilmesine ve uygulamalarını bilimsel bilgiye dayandırma kültürünün oluşturulmasına gereksinim vardır (18).

Bu nedenle çalışma, hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi:

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte araştırmadır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Çalışma evrenini bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde 2013-2014 akademik yılı bahar döneminde 2. 3. ve 4. sınıf derslerine devam eden toplam 403 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışma sırasında devamsızlık yapan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve eksik veri formu dolduran 140 öğrenci çalışmaya alınamamıştır. Bu nedenle çalışmaya toplam 263 (%65,3) hemşirelik öğrencisi alınabilmiştir. 1. sınıf hemşirelik öğrencileri okula ve mesleğe uyum sürecinin başlangıcında olmaları ve klinik uygulamaya çıkmamalarından dolayı çalışma dışında bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak için araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Öğrencilerin sosyodemografik ve araştırma etkinlikleri ile ilgili özelliklerine ait toplam 10 soru (öğrencilerin yaş, cinsiyet, gelir düzeyini algılama durumu, devam edilen sınıf, araştırma dersi alma durumu, meslek ile ilgili dergi okuma, bilimsel toplantılara katılma, meslekle ilgili araştırma yapma, mezuniyet sonrası araştırma yapmaya istekli olma ve meslekle ilgili araştırma sonuçlarının klinik ortama aktarıldığını düşünme durumu) yer almaktadır.

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ): Ruzafa-Martinez ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilen bir ölçektir (23). Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Ayhan (2013) tarafından yüksek lisans tez çalışması olarak gerçekleştirilmiş (24), sonrasında Ayhan ve ark (2015) tarafından çalışma makalesi yayınlanmıştır (4). Ölçek beşli likert tipinde, toplam 15 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Maddelerin sekizi olumlu (1, 2, 5, 7, 9, 11, 13 ve 14. maddeler) yedisi olumsuz (3, 4, 6, 8, 10, 12 ve 15. maddeler) ifade içermekte, olumsuz maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır. Ölçekten en az 15, en fazla 75

puan alınmaktadır. Yüksek puan alınması kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach güvenirlik katsayısı, 90'dır. Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach güvenirlik katsayısı, 86 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Veriler 1 Mart ile 30 Nisan 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın ön uygulaması aynı fakültede öğrenim gören 10 hemşirelik bölümü öğrencisinde yapılmış ve bu veriler araştırma kapsamına alınmamıştır. Ön uygulama ile veri toplama araçlarında yer alan soruların anlaşır olduğu ve elde edilen verilerin araştırmada istenen verileri toplamak için yeterli olduğu görülmüştür. Veriler, araştırmacı gözetiminde sınıf ortamında ders arasında elden dağıtılmıştır. Anketin yanıtlanma süresi ortalama 20 dk sürmüştür ve sonrasında toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, student t testi, One Way Anova ve Krukall Wallis kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın bağımsız değişkenlerini sınıf, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, algılanan sosyoekonomik durum, mesleki bir dergiyi okuma durumu, hemşirelik ile ilgili bilimsel toplantılara katılma durumu ve araştırma yapma durumu oluşturmuş, bağımlı değişkenini ise öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları oluşturmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Sağlık Bilimleri Fakültesinden etik (No:2014/25) ve kurum izni alınmıştır. Ölçeğin kullanılması için yazarlardan yazılı izin ve verilerinin toplanmasında araştırmaya katılmayı isteyen öğrencilerden sözel izin alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalaması $21,14 \pm 1,35$ yıl (min:19 max:28) olup, %60,0'ı 21-23 yaş grubu arasındadır. Öğrencilerin %78,3'ü kız, %77,2'si gelir

durumunu orta olarak algılamakta ve %43,7'si ikinci sınıfa devam etmektedir. Çalışmada öğrencilerin %42,2'si araştırma dersi almadığını, %57,4'ü hemşirelik mesleğiyle ilgili bir dergi okumadığını, %53,6'sı bilimsel toplantılara katılmadığını, %45,2'si bilimsel araştırmaya katılmadığını, %39,2'si mezun olduktan sonra meslekle ilgili bilimsel araştırma yapmayı istemediğini, %77,2'si bilimsel araştırma sonuçlarının klinik ortamda kullanılmadığını düşündüklerini belirtmiştir (Tablo 1).

Çalışmada öğrencilerin KDHYT ölçeği puan ortalamasının $57,33 \pm 8,88$ olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin KDHYT ölçek puan ortalamaları ile cinsiyet ve sınıf düzeyleri arasındaki farkın anlamlı

olduğu bulunmuştur (sırasıyla $t=3,382$ $p=0,001$; $F=4,847$ $p=0,016$). Kız öğrencilerin ve üçüncü sınıfa devam eden öğrencilerin ikinci sınıfa devam edenlere göre KDHYT ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin KDHYT ölçeği puan ortalamaları ile yaş ve algıladığı gelir durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin KDHYT ölçek puan ortalamaları ile araştırma dersi alma, hemşirelik mesleği ile ilgili dergi okuma, bilimsel toplantılara katılma ve mezun olduktan sonra meslekle ilgili bilimsel araştırma yapmayı isteme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $t=2,219$ $p=0,027$, $t=2,148$ $p=0,033$, $t=2,598$ $p=0,010$, $t=6,790$

Tablo 1. Hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik ve araştırma etkinlikleri ile ilgili özelliklerine göre dağılımı (n=263)

Özellikler	n	%
Yaş		
20 yaş ve altı	93	35,4
21-23 yaş	158	60,0
24 ve üzeri	12	4,6
Yaş ortalaması $21,14 \pm 1,35$		
Cinsiyet		
Kız	206	78,3
Erkek	57	21,7
Algıladığı Gelir Durumu		
İyi	47	17,9
Orta	203	77,2
Kötü	13	4,9
Sınıf		
2. Sınıf	115	43,7
3. Sınıf	79	30,1
4. Sınıf	69	26,2
Araştırma dersi alma durumu		
Evet	152	57,8
Hayır	111	42,2
Hemşirelik mesleği ile ilgili bir dergi okuma durumu		
Evet	112	42,6
Hayır	151	57,4
Hemşirelikle ilgili bilimsel toplantılara (kongre, sempozyum vb.) katılma durumu		
Evet	122	46,4
Hayır	141	53,6
Bilimsel araştırmaya katılma durumu		
Evet	144	54,8
Hayır	119	45,2
Mezun olduktan sonra meslekle ilgili bilimsel araştırma yapmayı isteme durumu		
Evet	160	60,8
Hayır	103	39,2
Bilimsel araştırma sonuçlarının klinik ortamda kullanıldığını düşünme durumu		
Evet	60	22,8
Hayır	203	77,2

$p=0,000$). Öğrencilerin KDHYT ölçeği puan ortalamaları ile bilimsel araştırmaya katılma ve bilimsel araştırma sonuçlarını klinik ortama aktarıldığını düşünme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tartışma

Çalışmada 263 hemşirelik öğrencisinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları incelenmiştir. Öğrenci hemşirelerin bilimsel bilgiyi takip etme ve

üretmeye ilişkin davranışlarının (mesleği ile ilgili dergi okuma, bilimsel toplantılara, bilimsel araştırmaya katılma durumu vb.) düşük olduğu bulunmuştur. Benzer olarak dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda araştırmaya katılan hemşirelerin bilimsel araştırma, etkinliklere katılma ve bilimsel mesleki bir dergi takip etme oranlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir (25,26,27,28,29,30). Öğrenci hemşirelerin bu alanlara özgü gelişimlerinin desteklenme ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Hemşirelik öğrencilerinin KDHYT ölçek puan ortalamaları ile sosyodemografik ve araştırma etkinlikleri ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması (n=263)

Özellikler	n	KDHYT Ölçek Puanı ($\bar{X} \pm Ss$)	İstatistiksel Analiz
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum (KDHYT) Ölçeği	263	57,33±8,88	-
Yaş			
20 yaş ve altı	93	57,32±8,65	KW= 0,641 p=0,726
21-23 yaş	158	57,55±8,97	
24 ve üzeri	12	54,50±9,86	
Cinsiyet			
Kız	206	58,29±8,83	t=3,382 p=0,001
Erkek	57	53,88±8,26	
Algıladığı Gelir Durumu			
İyi	47	57,40±8,70	KW=0,250 p=0,882
Orta	203	57,37±8,76	
Kötü	13	56,46±11,83	
Sınıf			
2. sınıf	115	55,88±7,86	F=4,847 p=0,016
3. sınıf	79	59,59±8,54	
4. sınıf	69	57,16±10,36	
Araştırma dersi alma durumu			
Evet	152	58,36±9,39	t=2,219 p=0,027
Hayır	111	55,92±7,97	
Hemşirelik mesleği ile ilgili bir dergi okuma durumu			
Evet	112	58,69±8,40	t=2,148 p=0,033
Hayır	151	56,32±9,13	
Hemşirelikle ilgili bilimsel toplantılara (kongre, sempozyum vb.) katılma durumu			
Evet	122	58,84±9,22	t=2,598 p=0,010
Hayır	141	56,02±8,39	
Bilimsel araştırmaya katılma durumu			
Evet	144	58,29±8,75	t=1,940 p=0,054
Hayır	119	56,17±8,94	
Mezun olduktan sonra meslekle ilgili bilimsel araştırma yapmayı isteme durumu			
Evet	160	60,09±8,35	t=6,790 p=0,000
Hayır	103	53,05±7,98	
Bilimsel araştırma sonuçlarını klinik ortama aktarıldığını düşünme durumu			
Evet	60	58,00±8,26	t=0,663 p=0,508
Hayır	203	57,13±9,07	

Öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu (57,33±8,88) belirlenmiştir. Buna bağlı olarak öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumlu ve pozitif yönde olduğu söylenebilir. Ryan (2016)'ın araştırmasında hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı uygulama için araştırmaların kullanımına yönelik tutumlarının genel olarak olumlu yönde olduğu belirlenmiştir (16). Leach ve ark (2015)'in yaptığı araştırmada kanıta dayalı uygulama eğitim programlarının hemşirelik öğrencisinin beceri ve kanıta dayalı uygulamanın kullanımını geliştirebileceğini yanı sıra kanıta dayalı uygulamaya yönelik karşılaşılan engelleri azaltabileceğini göstermiştir (31). Kanıta dayalı hemşireliği yönelik tutumların olumlu olması lisans öğrencilerinin etkili bir araştırma tüketicisi olmasına (alanı ile ilgili yayın okuma, bilimsel toplantılara katılma, teorik ve uygulamada sorgulama ve araştırma bulgularını kullanma), hemşirelik bakım kalitesinin artmasına ve mesleğin profesyonelleşmesine katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

Çalışmada kız öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puanları yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuç kız öğrencilerin mesleği daha fazla içselleştirmeleri ve birçok araştırmada da gösterildiği üzere (32,33,34) akademik başarılarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Kurt ve ark (2011) yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere, not ortalaması yüksek öğrencilerin not ortalaması düşük öğrencilere göre "Bilimsel Araştırma Yöntemleri" dersine ilişkin daha olumlu görüşe sahip olduklarını bildirmişlerdir (35).

Çalışmada öğrencilerin yaş ve algıladığı gelir durumu ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bu sonuç çalışma örnekleminin özelliğinden kaynaklanabilir.

Üçüncü sınıfa devam eden öğrencilerin ikinci sınıfa devam edenlere göre kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puanları yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Üçüncü sınıfa devam eden öğrencilerin tutumlarının yüksek olması bu öğrencilerin 3. sınıfta araştırma dersi almalarından kaynaklanmış olabilir. Yapılan çalışmalarda bilimsel araştırmalara yönelik tutumların üst sınıftaki

öğrencilerin alt sınıftaki öğrencilere göre daha olumlu görüşe sahip olduklarını bildirmişlerdir (35,36).

Çalışmada araştırma dersi alan öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puanları yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). McCleary ve Brown (2003) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelik eğitimi sırasında verilen araştırma dersleri ile elde edilen araştırma bilgisinin, araştırma sonuçlarını kullanma konusundaki tutumu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (37). Özdemir ve Akdemir (2009) tarafından yapılan çalışmada da araştırma konusunda bilgi sahibi olduğunu belirten hemşirelerin araştırma sonuçlarını uygulamada daha fazla kullandıkları belirtilmiştir (11). Araştırma bilgi ve becerisi olan öğrenciler öğrendikleri bilgiyi klinik ortamda değerlendirebilirler. Ayrıca araştırma dersi alma öğrencinin sahada kanıtları kullanma becerisini artırdığı söylenebilir.

Çalışmada hemşirelik mesleği ile ilgili dergi okuyan, bilimsel toplantılara katılan, mezun olduktan sonra meslekle ilgili bilimsel araştırma yapmaya istekli olan öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum puanları yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bilimsel etkinliklere katılma ve takip etme hemşirelerin kanıt kullanma becerisini geliştiren bir süreç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada öğrencilerin bilimsel araştırmaya katılma ve bilimsel araştırma sonuçlarının klinik ortama aktarıldığını düşünme durumu ile kanıta dayalı hemşireliğe yönelik olumlu tutum geliştirdikleri saptanmıştır. Ancak tutum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bu durum öğrencilerin toplumsal, kültürel ve eğitimsel altyapıları ve klinikte geleneksel hemşirelik anlayışının devam etmesinin sonuçları etkilediği düşünülmektedir. Ryan (2016) yaptığı çalışmada hemşirelik lisans öğrencilerinin kanıta dayalı uygulamalar için genellikle araştırma kullanmaya olumlu baktıkları ancak bunun için destek ve fırsat eksikliği yaşadıklarını belirtmiştir (16).

Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonucunda öğrencilerin hemşirelik mesleği ile ilgili dergi okuma ve bilimsel toplantılara katılma durumları düşük bulunmuştur.

Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma dersi alan, hemşirelik mesleği ile ilgili dergi okuyan bilimsel toplantılara katılan ve mezuniyet sonrası bilimsel araştırma yapmayı düşünen öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır. KDH uygulamalarına yönelik bilgi ve becerilerin hemşirelik lisans eğitiminde verilmesi çok önemlidir. Kanıta dayalı uygulama dersinin hemşirelik eğitim müfredatına entegre edilmesi önerilmektedir.

Ayrıca hemşirelik öğrencilerinin projelere dahil edilmesi, bilimsel toplantılara katılımlarının desteklenmesi, hemşirenin araştırmacı rolünün vurgulanması, bilgi kaynaklarına ulaşımın kolaylaştırılması gibi yönlerin desteklenmesi profesyonel hemşireliğin gelişimine katkı sağlayacaktır. Ayrıca benzer çalışmaların daha büyük örneklem grubu ile yapılması ve bu sonuçlar doğrultusunda girişimsel çalışmaların planlanması gelecek çalışmalar için önem taşımaktadır.

İletişim: Arş. Gör. Raziye Çelen
E-posta: rturgut42@gmail.com

Kaynaklar

1. Şenyuva E. Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. FN. Hem. Derg 2016;24(1):59-65.
2. Taşocak G. Öğretmeden öğrenmeye: Felsefi ve kuramsal temeller, stratejiler. I. Uluslar arası & V.Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kitabı, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul, 2001;7-12.
3. Yılmaz M. Hemşirelik bakım hizmetinin kalitesini geliştirme yolu olarak kanıta dayalı uygulama. C.Ü. Hemşire YO Derg 2005;9(1):41-8.
4. Ayhan Y, Kocaman G, Bektaş M. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. HEMAR-G Derg 2015;17(2-3):21-35.
5. Muslu KG, Baybek H, Yıldız TH, Kıvrak A. Öğrencilerin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki bilgi, tutum ve davranışları ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması. UHD 2015;2(3):1-16.
6. Özsoy SA, Ardahan M. Hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynaklarının incelenmesi. Ege Üniv Hemşirelik YO Derg 2006;22(2):89-101.
7. Lee YK. Evidence based practice in Hong Kong: Issues and implications in its establishment. J Clin Nurs 2003;12(5):618-26.
8. Arslan S, Konuk ŞD, Küçük Ö. Pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara ilişkin görüşleri. Yıldırım Beyazıt Üniv Sağlık Bil Fakültesi Hemşirelik E-Derg 2015;3(1):1-9.
9. Sitzia J. Barrier store search utilization: the clinical setting and nurses themselves. Intensive Crit Care Nurs 2002;18:230-43.
10. Hutchinson AM, Johnston L. Bridging the divide: A survey of nurses' opinions regarding barriers to and facilitators of research utilization in the practice. J Clin Nurs 2004;13:304-15.
11. Özdemir L, Akdemir N. Turkish nurses' utilization of research evidence in clinical practice and influencing factors. Int Nurs Rev 2009;56:319-25.
12. Brown CE, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. J Adv Nurs 2009;65(2):371-81.
13. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. BMC Nursing 2014;13(8):1-10.
14. Ammouri AA, Raddaha AA, Dsouza P, et al. Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, practice and perceived barriers among nurses in Oman. Sultan Qaboos Univ Med J 2014;14(4):e537-45.
15. Khammarnia M, Haj Mohammadi M, Amani Z, Rezaeian S, Setoodehzadeh F. Barriers to implementation of evidence based practice in Zahedan teaching hospitals, Iran, 2014. Nurs Res Pract 2015;2015:357140.
16. Ryan JE. Undergraduate nursing students' attitudes and use of research and evidence-based practice—an integrative literature review. J Clin Nurs 2016;25:1548-56.
17. Platin N. Kanıta dayalı hemşirelik ülkemizde uygulanamaz: neden? I. Uluslararası ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 29 Ekim-2 Kasım 2000, Antalya. Kongre Kitabı, 23-6.
18. Kocaman G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. HEMAR-G Derg 2003;2:61-9.
19. Arslan Yürümezoğlu H, Kocaman G. Hemşirelikte araştırma kullanımı ve PARIHS kavramsal çerçevesi. C.Ü. Hemşire YO Derg 2008;12(3):36-42.
20. Temel AB, Ardahan M. Hemşirelik araştırmalarının kullanımı, engeller ve araştırma kullanımında değişim modelleri. HEMAR-G Derg 2011;3:63-70.

21. International Council of Nursing (ICN) 2012. Closing the gap: from evidence to action. Erişim tarihi 13/01/2017, Erişim adresi: <http://www.icn.ch/publications/2012-closing-the-gap-fromevidence-to-action/>.
22. Türkiye Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği 2010. Erişim Tarihi 11.07.2016, Erişim adresi: http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/18_08_2010_12_55_51.pdf.
23. Ruzafa-Martinez M, Lopez-Iborra L, Madrigal-Torres M. Attitude towards evidence-based nursing questionnaire: Development and psychometric testing in Spanish community nurses. *J Eval Clin Pract* 2011;17:664-70.
24. Ayhan Y. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim, İzmir, 2013.
25. Khorshid L. Hemşirelerin hemşirelik araştırmalarına ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Ege Üniv Hemşirelik YO Derg* 1996;12:13-9.
26. Retsas A, Nolan M. Barriers to nurses' use of research: an Australian hospital study. *Int J Nurs Stud* 1999;36:335-43.
27. Yava A, Tosun N, Çiçek H, ve ark. Hemşirelerin araştırma sonuçlarını kullanımında engeller ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Gülhane Tıp Derg* 2007;49:72-80.
28. Yava A, Çiçek H, Tosun N, ve ark. Kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi hemşirelerinin araştırma sonuçlarını kullanmalarını etkileyen faktörler. *Anatol J Clin Investing* 2008;2(4):160-6.
29. Bahar Z, Gözüm S, Beşer A, ve ark. İki farklı bölgedeki üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin araştırma kullanım engelleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *DEUHFED* 2015;8(4):232-40.
30. Karadaş A, Duran S, Ergün S. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelikte araştırma, gelişmelere karşı farkındalık ve tutumları. *UHD* 2015;(5):1-18.
31. Leach JM, Hofmeyer A, Bobridge A. The impact of research education on student nurse attitude, skill and uptake of evidence-based practice: a descriptive longitudinal survey. *J Clin Nurs* 2015;25,194-203.
32. Güven B. İlköğretim öğrencilerinin öğrenme stilleri, tutumları ve akademik başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *TSA Dergisi* 2008;12(1):35-54.
33. Egelioglu N, Arslan S, Bakan G. Hemşirelik öğrencilerinin memnuniyet durumlarının akademik başarıları üzerine etkisi. *HEMAR-G Derg* 2011;1:14-24.
34. Ayyıldız T, Şener KD, Veren F, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin akademik başarılarını etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bil Derg* 2014;5(3):222-8.
35. Kurt AA, İzmirli ÖŞ, Fırat M, İzmirli S. Bilimsel araştırma yöntemleri dersine ilişkin bilgisayar ve öğretim teknolojileri eğitimi bölümü öğrencilerinin görüşlerinin incelenmesi. *Dumlupınar Üniv Sosyal Bil Derg* 2011;30,19-28.
36. Polat M. Eğitim Fakültesi öğrencilerinin bilimsel araştırmaya yönelik tutumları. *PAUSBED* 2014;18:73-86.
37. McCleary L, Brown GT. Association between nurses' education about research and their research use. *Nurse Educ Today* 2003;23:556-65.

Dr. Yasemin Altınbaş¹, Dr. Türkan Karaca¹

Geliş/Received : 07.12.2017
Kabul/Accepted : 17.02.2018

Öz

Amaç: Stomalı hastalar tarafından yaygın olarak görülen istenmeyen durumlardan biri peristomal cilt problemleridir. Büyük ölçüde önlenilebilir olan bu sorunlar hafif bir kaşıntı ve kızarıklık ile ağır doku kayıplarına kadar uzanan bir aralıkta gözlemlenebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, yaygın olarak görülen peristomal cilt sorunlarını saptamak, erken teşhis ve tedavinin önemine dikkat çekmek, preoperatif dönemden başlayıp düzenli olarak takip edilen hastaların bakımına ve literatüre katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bu literatür taraması Science Direct, Pub Med, Scopus ve CINAHL veri tabanları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Arama terimleri olarak 'cerrahi', 'stomalar', 'komplikasyonlar', 'peristomal cilt sorunları', 'hemşirenin rolü' ve 'stoma bakımı' kelimeleri kullanılmıştır: Bu çalışma, Türkçe ve İngilizce tam metin makalelerle sınırlı olup, başlık, yazar, yıl, örneklem, stoma tipi (kolostomi ve ileostomi), değerlendirme formu, yöntemi ve peristomal cilt sorunlarına göre analiz edilmiştir.

Bulgular: İncelenen çalışmaların sonuçlarına göre; peristomal cilt sorunları en yaygın komplikasyonlardan birisidir ve irritan dermatit, peristomal cilt irritasyonu, alerjik dermatit, mekanik travma ve enfeksiyon şeklinde ortaya çıkabilmektedir.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları; tüm bakım veren hekim ve hemşirelere, cerrahi süreçten sonra peristomal cilt bütünlüğü ile ilgili hangi problemlerin ortaya çıkabileceği konusunda klinik veri sağlamaktadır.

Anahtar sözcükler: Cerrahi, Stomalar, komplikasyonlar, Hemşirenin rolü

Abstract

Aim: Peristomal skin problems are one of the most common undesired conditions experienced by stomach patients. These problems, which are largely preventable, may range from mild itching and redness to severe tissue loss. The aim of this study is to identify common peristomal skin problems, to draw attention to the importance of early diagnosis and treatment, to contribute to care for patients that have been followed regularly beginning from preoperative period and to the literature.

Materials and Methods: This literature review was conducted using Science Direct, Pub Med, Scopus and CINAHL databases. 'Surgery', 'stomata', 'complications', 'peristomal skin problems', 'role of nurse' and 'stoma care' were the search terms used in the study. This study is limited to full-text articles in Turkish and English and the analysis was conducted by title, author, year, sampling, type of stoma (colostomy and ileostomy), assessment form, methodology and peristomal skin problems.

Findings: According to the findings of the studies examined, peristomal skin problems are one of the most common complications and may occur in the forms of irritant dermatitis, peristomal skin irritation, allergic dermatitis, mechanical trauma and infection.

Conclusion: The results of this study provide all caregiving physicians and nurses with clinical data on the complications regarding peristomal skin integrity which may occur after the surgical procedure.

Key words: Surgery, Stomata, Complications, Role of nurse

Giriş

Stoma kelimesi kökenini Yunanca'dan alır ve 'açıklık' ya da 'ağız' anlamlarına gelir. İntestinal stoma ise bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılarak yapay bir açıklık oluşturması olarak tanımlanabilir (1,2). İntestinal stomalar, açıldıkları bağırsak bölgesine göre 'ileostomi' ve 'kolostomi' olarak isimlendirilirler. İleostomi, ince bağırsağın son kısmının karın duvarına ağızlaştırılması, kolostomi ise kalın bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır (3,4). Stoma açılmasındaki en önemli nedenler kanser, ülseratif kolit ve Crohn hastalığını kapsayan inflamatuvar bağırsak hastalıkları, divertiküler bağırsak hastalıkları ve konjenital anomaliler olarak sıralanabilir (5-7).

Stomalar yaşamsal bir öneme sahip olmasına karşın, hastalar enfeksiyon, herni, prolapsus, nekroz, retraksiyon ve peristomal cilt problemleri gibi komplikasyonlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (5,7-9). Bu sorunlar arasında peristomal cilt problemleri bireylerin sıklıkla karşılaştıkları komplikasyonlardan birisidir ve iritan dermatit, peristomal deri irritasyonu, alerjik dermatit, mekanik travma, enfeksiyon, granüloma olarak ortaya çıkabilir (7,10-13). Bu problemler hastanın peristomal cildinde kızarıklıktan doku kaybına kadar değişen bir yelpazede görülmekte ve hastanın hastanede kalış süresinin uzamasına, yaşam kalitesinde düşmeye ve bakıma ayrılan zaman ve maliyette artışa neden olmaktadır.

Literatürde peristomal cilt komplikasyonları genel olarak % 10-70 arasında bildirilmiştir (12-16). Tappe ve arkadaşları (2005) 252 stomalı bireyi bir yıl izleyerek yaptığı çalışmada peristomal cilt komplikasyon oranının farklı haftalarda % 20 ile % 40 arasında değiştiğini saptamıştır (10). Robertson ve arkadaşları (2005) 408 stomalı hasta ile yaptığı bir çalışmada en sık görülen peristomal cilt sorununu dermatit olarak saptamışlardır (11). Persson ve arkadaşları (2010) tarafından planlı cerrahi geçiren hastalar (n=180) üzerinde yapılan iki yıllık izlem çalışmasında en yaygın komplikasyonun cilt problemleri (%60-%73) olduğu belirlenmiştir (12). Formijne ve arkadaşlarının (2012) 100 hasta ile yaptıkları çalışmada stoma açılan her iki hastanın birinde cilt irritasyonu olduğu görülmüştür (13). Özaydın ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise peristomal cilt irritasyonu %63, peristomal enfeksiyon oranı ise %25 olarak saptanmıştır (17).

Stoması olan bireylerde, kullanılan adaptöre/torbaya ve dışkının cilde temas etmesine bağlı olarak peristomal cilt problemleri sık görülmektedir. Bu problemler hastanın yaşamını tehdit edecek büyüklükte olmamasına karşın en sık karşılaşılan cilt sorunlarının bilinmesi ve iyi bir bakımla önlenmesi; hastanın yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır. Bu sistematik incelemede stoması (kolostomi/ileostomi) olan hastalarda görülen peristomal cilt problemleri ve görülme sıklığını araştıran çalışmaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçların hekimlerin, hemşirelerin ve bakım verenlerin, peristomal cilt problemlerine ilişkin farkındalıklarını artıracığı ve olası problemlerle etkin mücadele etmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Komplikasyonların azaltılması ile peristomal cilt problemlerine bağlı olarak hastanede yatış süresinin uzaması ve maliyet gerektiren girişimlerin yapılması önlenerek, hastalara sunulan bakımın kalitesinin artacağı beklenmektedir. Bu sistematik incelemenin amacı, stoma ve peristomal cilt komplikasyonlarının insidansını ve bu komplikasyonları ölçmek için kullanılan yöntemleri değerlendirmektir. Özellikle, bu çalışmada olası komplikasyonların belirleme yollarını ve görülme sıklığını bildiren çalışmaları tanımlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Bu derlemeye dahil edilecek çalışmaları tanımlamak için MEDLINE, CINAHL, PubMed ve Web of Science veri tabanları kullanılarak ilgili literatür araştırmaları yapılmıştır. Sağlık bilimleri literatüründe yayınlanmış çalışmalara erişim sağlayan bu önemli veri tabanları, tıp ve hemşirelik literatürü için mevcut en kapsamlı veri tabanlarıdır ve stoma ve peristomal cildin fizyolojik komplikasyonları ile ilgili çalışmaları sunma olanakları daha yüksektir. Tarama stoma, ostomi, ileostomi, kolostomi ve stoma hemşiresi anahtar kelimeleri kullanılarak 01 Ocak-03 Nisan 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu anahtar kelimeler peristomal cilt ve komplikasyonlar ile birleştirilmiştir.

Bu sistematik derlemenin dahil edilme ölçütleri; tanımlayıcı, prospektif ve tekrarlanan ölçümlü çalışma tasarımı kullanılan, komplikasyonlardan en az birinin peristomal cilt problemi olduğu üç ve üzeri farklı komplikasyon türü bildiren, 2000

ve 2017 tarihleri arasında Türkçe ve İngilizce tam metni ulaşılabilen kantitatif araştırma makaleleri, dışlama ölçütleri ise; derleme araştırmalar ve olgu sunumları olarak belirlenmiştir. İlk kez stoma açılmasından ziyade stoma revizyonu olan çok sayıdaki bireyi içeren çalışmalar ve 20'den daha az katılımcıyı içeren çalışmalar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışmalar, kolostomi ve ileostomi gibi inkontinant stomalı katılımcıları içermektedir. Bu çalışma, World Medical Association Declaration of Helsinki-Helsinki Dünya Tıp Birliği Deklarasyonu "Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects" prensiplerine uygun olarak yapılmıştır.

İlk taramalarla elde edilen makalelerin her biri için özetler gözden geçirilmiş ve özetlerinin incelenmesi ile araştırmanın dahil etme ölçütlerini karşılayıp karşılamadığını belirlenemeyen makalelerde araştırmanın tamamı gözden geçirilerek çalışmaya uygunluğuna karar verilmiştir. Çalışmada incelenen makale sayısı 3679 olmasına karşın, sınırlamalara uyan 15 makale çalışma kapsamına alınmıştır (Tablo 1). Veri toplama öncesinde verileri analiz edebilmek için bir kodlama listesi geliştirilmiştir. Kodlama listesinin bir taslağı alanında uzman bir akademisyen ile gözden geçirilmiş ve pilot çalışma ile birkaç makaleyi test ettikten sonra küçük düzeltmeler yapılarak taslağa son hali verilmiş ve çalışmamızda kullanılmıştır.

Bulgular

Bu sistematik inceleme, tekrarlanan gözlemlerle prospektif olarak tasarlanmış çalışmalarda katılımcıların stoma ve peristomal komplikasyonlar açısından değerlendirildiği 15 çalışmayı içermektedir. Bu çalışmanın amacı peristomal cilt problemleri ile ilgili komplikasyonların insidanslarını değerlendirmek ve bu komplikasyonları ölçmek için kullanılan yöntemleri araştırmaktır. Araştırmalar, son 17 yılda yayınlanan makalelerden yola çıkılarak açık bir literatür taraması yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

Çalışma tasarımı olarak prospektif olan 11 çalışma, 2 randomize klinik araştırma, 1 retrospektif ve 1 kesitsel çalışma bu araştırmada yer almıştır. Çalışmaların büyük bir kısmı tek merkezli (11-13,17-19,21,23-28) olmakla birlikte 2 çok merkezli çalışmaya (20,22) da yer

verilmiştir. Örneklem grubu kolostomi ya da ileostomi türlerine sahip bireylerden oluşmuş (25), yalnızca 1 çalışma yalnızca ileostomisi olan bireylerle yapılmıştır. Örneklem sayısı N=52-3970 arasında değişmektedir. Üç araştırmada (17-19) katılımcıları çalışmaya dahil etme ve dışlama ölçütleri belirtilmiş, 12 araştırmada ise yalnızca dahil edilme ölçütlerine yer verilmiş olup dışlama ölçütleri hakkında herhangi bir açıklama yapılmamıştır.

Çoğu yazar veri toplamada ölçek ya da soru formu ya da her ikisi birlikte kullandığını bildirmiş bazı çalışmalarda bunlara gözlemsel değerlendirmeler eşlik etmiştir. İki yazar ölçüm aracını açıklamamıştır. (23,27) Araştırmacı tarafından tasarlanmış araçlar bazı yazarlar (11-13,17-19,21,23-28) tarafından belirtilmiş ve 3 yazar makalesinde ölçüm aracına da yer vermiştir. Veri toplamada katılımcılarla görüşmeler ve izlemler 2 çalışmada (18,19) araştırmacılar tarafından 8 çalışmada (11-13,17-19,21,23-28) ostomi hemşireleri tarafından, 1 çalışmada (22) ostomi uzmanları tarafından yapılmış, 4 çalışmada (17,23,25,27) ise açıklanmamıştır.

Çalışmalar incelendiğinde, değerlendirilen komplikasyonların tanımlanmadığı, sınıflanmadığı ve komplikasyon oranlarının ölçülmesinde kullanılan yöntemlerde bir standart bulunmadığı görülmektedir. İncelenen 15 çalışmada 3 ya da daha fazla komplikasyon türüne yer verilmiştir. Çoğu yazar stoma açılmasından sonra stomayla ilişkili komplikasyonları bildirmiş, ancak bu komplikasyonların oluşma zamanını ve ne kadar süre devam ettiğini raporlamamışlardır. Çalışmalarda komplikasyonlar genellikle ikili değişkenler (mevcut/mevcut değil) olarak ele alınmıştır. Stoma ya da peristomal deride oluşan komplikasyonlara yer veren ve bu araştırmanın dahil edilme ölçütlerine uyan çalışmalara göre; fizyolojik komplikasyonların psikolojik sorunlardan daha sık bildirildiği görülmüştür (11-13,17-28). Bildirilen bu fizyolojik komplikasyonlardan en sık rastlanılanlar; dermatit, peristomal cilt irritasyonu, enfeksiyon, sızıntı ve alerjik reaksiyonlar olarak sıralanabilir.

Stomalı hastalarda görülen komplikasyon türlerini bildiren çalışmalar değerlendirildiğinde genel komplikasyon oranının her çalışma için farklılık gösterdiği görülmüştür. Yapılan çalışmalara göre

Tablo 1. Peristomal cilt problemleri ile ilişkili çalışmalar

Çalışma, Yılı, Tasarım ve Başlık	Örneklem Grubu	Dahil Etme ve Dışlama Ölçütü	Değerlendirme Yöntemi/Aracı	Görüşme/İzlem Zamanı	Komplikasyonlar
Moreira ve ark. (18), 2016, Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma, İntestinal stomalı bireylerde umut, maneviyat ve kontrolün iyileşmeye etkisi	N 52, Brezilya'da tek bir hastane, Kolostomili hasta n=44, İleostomili hasta n=8, 61 Yaş üstü n=20, Erkek n=33	Dahil edilme ölçütleri ≥ 18 yaş ve bir intestinal stomaya sahip olmaktır. Dışlama ölçütleri anketleri anlamalarını ve cevaplama durumlarını engelleyebilecek demans sendromu ve diğer koşulların olmamasıdır	Veri toplama amacıyla bir soru formu ve üç ölçek uygulanmıştır: Birincisi, demografik ve stoma ile ilgili veriler üzerine bir anket; ardından Sağlık Kontrol Ölçeği Ölçeği; Üçüncü soru formu Sağlık Umud Ölçeği ve son Derecelendirme Ölçeği'dir.	Veriler araştırma taraflarından toplanmıştır. Her görüşme yaklaşık 25 dakika sürmüştür. Hastalar kliniğe geliş sırasına göre izlenmiştir	Deri iltihabı n=31, Fistül n=2, Granülom n=2, Kanama n=2, Peristomal herni n=6, Psödo varyoz lezyonlar n=5, Alerjik reaksiyon n=9 ve Alerji n=3.
Salome ve ark. (19), 2015, Klinik, tanımlayıcı ve prospektif bir çalışma, İntestinal stomalı hastalarda yaşam kalitesi ve sağlık durumunun subjektif değerlendirilmesi	N 70, Brezilya'da tek bir hastane, Ostomi türü belirtilmemiştir, Hastaların çoğu 60 yaş üzeri, Kadın n=52	Aralık 2012 ve Mayıs 2013 tarihleri arasındaki 18 yaş üstü 70 intestinal stomalı hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Demanslı hastalar ve anketlere cevap vermesini ve anlamasını önleyecek durumda olan hastalar dahil edilmemiştir.	Bu çalışmada üç veri toplama aracı kullanılmıştır. İlk olarak demografik veriler ve stoma üzerine bir anket uygulanmıştır; ikinci olarak Özne İyi Olma Ölçeği ve son olarak Flanagan Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.	Veri toplanması, tüm yazılar tarafından bildirilmiştir onay formu imzalandıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Hastalar kliniğe geliş sırasına göre izlenmiştir.	Dermatit n=34, Geri çekilme n=14 ve Prolapsus.n=13.
Özaydın ve ark. (17), 2013, Retrospektif bir çalışma, Stoma ile ilgili komplikasyonların retrospektif analizi	N 96, Türkiye'de tek bir hastane, Loop kolostomi n=54, Uç kolostomi n=16, ve Loop ileostomi n=7, Yaş ortalaması 58,8±12,6, Erkek n=66	Ocak 2008 ve Aralık 2011 tarihleri arasındaki 96 stomalı hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Perkütan yöntemlerle stoma açılan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.	Hastalar: elektif ameliyat sonucu stoma açılanlar ve akut batın nedeniyle acil stoma açılanlar olmak üzere gruplandırılmıştır. Hastalar risk faktörleri, aciliyeti, stoma açılma nedenleri, stoma tipleri ve gelişen komplikasyonları açısından irdelenmiştir.	Ameliyat öncesi hastalar stoma konusunda bilgilendirilip onayları alınmıştır. Hastaların takip süresi ortalama 6 ay (4-24) dir.	Peristomal cilt irritasyonu n=33, Stoma çevresi enfeksiyonu n=13, Prolapsus n=3, Batın içi kaçak n=2 ve Stenoz n=1.
Jonkers ve ark. (13), 2012, Prospektif kohort çalışması, Stoma oluşumundan sonraki erken komplikasyonlar: 1 yıllık takip ile 100 hastada prospektif bir kohort çalışması	N 100; Hollanda'da tek bir hastane, Loop kolostomi n=45, Loop ileostomi n=12, Uç ileostomi n=7, Uç kolostomi n=36, Yaş ortalaması 58,8, Kadın n=52	Temmuz 2007 ile Nisan 2008 arasında, herhangi bir intestinal stoma açılmış tüm erişkin hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Stoma yapımına bağlı komplikasyon insidansı standartlaştırılmış bir protokole göre kaydedilmiştir. Sekiz ziyarette de komplikasyonları belirlemek için standart bir form kullanılmıştır.	İki özel enterostomal terapi hemşiresi tarafından 1 yıl boyunca izlem yapıldı. Tüm hastalar ameliyattan sonra 1, 3 ve 4. günlerde 4. ve 6. haftalarda ve 3. 6. ve 12. aylarda muayene edilmiştir.	Deri tahrişi n=54, Fiksasyon n=45, Sızıntı n=39, Stoma ağzında düzleşme n=25 ve Yüzeysel nekroz n=20.
Meisner ve ark (20)., 2012, Gözlemsel ve prospektif bir çalışma-Çok merkezli, Yaygın, Pahalı ve Yönetilmesi Zor Peristomal Deri Komplikasyonları: Nüfusa Dayalı Maliyet Modellemesi Çalışması	N 2969; 18 Ülkede stoma olan hasta grubunu içeren global veri seti, Kolostomi n=2015, İleostomi n=954, Yaş ortalaması 63,2, Kadın n=1541	Herhangi bir intestinal stoma açılmış tüm erişkin hastalar çalışmaya dahil edildi. Dışlama ölçütleri mevcut değildir	On bir deneyimli stoma bakım hemşiresi stoma bağlı komplikasyon insidansı için standartlaştırılmış Ostomi Cilt Aracı (OCA) kullanılmıştır.	On bir deneyimli stoma bakım hemşiresi hastalarla görüşmüştür. Veriler 7 haftalık bir tedavi sürecine dayamıştır.	Tahriş edici temas dermatiti n=152, Alerjik reaksiyon n=106, Mekanik travma n=114, Hastalıkla ilgili n=196 ve Enfeksiyon n=167.

Tablo 1'in devamı. Peristomal cilt problemleri ile ilişkili çalışmalar

Çalışma, Yılı, Tasarım ve Başlık	Örneklem Grubu	Dahil Etme ve Dışlama Ölçütü	Değerlendirme Yöntemi/Aracı	Görüşme/İzlem Zamanı	Komplikasyonlar
Ratliff (21), 2010, Prospektif bir çalışma, Yara ve ostomi bakımı hemşireleri tarafından bildirilen erken dönem peristomal deri komplikasyonları	N 89, Amerika Birleşik Devletleri'nde tek bir hastane, Kolostomi hasta n=37, ileostomi hasta n=33, Yaş ortalaması 61, Erkek n=46	12 aylık süreçte stoma açılan; ayakta, evde ve hastanede takip edilen etnik ve ırksal köken ayrımı yapılmaksızın her cinsiyet ve yaşta 89 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Araştırmacı tarafından Yara ve Ostomi Bakım Hemşireleri Kılavuzları'ndan kategoriler kullanılarak geliştirilen bir Peristomal Komplikasyon Formu ile hastalar değerlendirilmiştir.	Hastalar, 12 yara ve ostomi bakım hemşiresi tarafından stoma açıldıktan sonraki 2 aylık süreçte izlenmiştir.	32 hastada peristomal deri komplikasyonları görülmüştür. ileostomili hastalarda kimyasal hasar n=14, mekanik hasar n=2 ve enfeksiyon n=2. Kolostomili hastalarda kimyasal hasar n=12, mekanik hasar n=1, enfeksiyon n=1.
Persson ve ark. (12), 2009, Prospektif bir çalışma, Stoma ile ilişkili komplikasyonlar ve stoma boyutu-2 yıllık izlem	N 180, İsveç'te tek bir hastane, Kolostomi n=122 yaş ortalaması 69, Uç ileostomi n=20 yaş ortalaması 59, Loop-ileostomi n=38 yaş ortalaması 61, Erkek 109	2003 ve 2005 yılları arasında stoma açılan 180 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Stomaya bağlı problemler özel olarak tasarlanmış bir formla değerlendirildi ve kaydedilmiştir.	Bir stoma bakım hemşiresi tarafından postoperatif dönemde (3-7. Günler), 2 hafta ve taburcu olduktan sonra 3, 6, 12 ve 24. Ay izlemler yapıldı. İzlemler sırasında stoma iyileşme süreci, çapı, yüksekliği ve şekli kaydedilmiştir (stomalar özel bir stoma kılavuzu ile ölçüldü).	Hastaların hemen hemen hepsinde sızıntı nedeniyle deri problemlerinin olduğu, ayrıca kolostomisi olan hastalarda nekroz ve granülom oluşumunun daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca tüm hastalarda stenoz, prolapsus ve peristomal herni oluşumu gözlemlenmiştir.
Persson ve ark. (12), 2009, Prospektif bir çalışma, Stoma ile ilişkili komplikasyonlar ve stoma boyutu-2 yıllık izlem	N 180, İsveç'te tek bir hastane, Kolostomi n=122 yaş ortalaması 69, Uç ileostomi n=20 yaş ortalaması 59, Loop-ileostomi n=38 yaş ortalaması 61, Erkek 109	2003 ve 2005 yılları arasında stoma açılan 180 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Stomaya bağlı problemler özel olarak tasarlanmış bir formla değerlendirildi ve kaydedilmiştir.	Bir stoma bakım hemşiresi tarafından postoperatif dönemde (3-7. Günler), 2 hafta ve taburcu olduktan sonra 3, 6, 12 ve 24. Ay izlemler yapıldı. İzlemler sırasında stoma iyileşme süreci, çapı, yüksekliği ve şekli kaydedilmiştir (stomalar özel bir stoma kılavuzu ile ölçüldü).	Hastaların hemen hemen hepsinde sızıntı nedeniyle deri problemlerinin olduğu, ayrıca kolostomisi olan hastalarda nekroz ve granülom oluşumunun daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca tüm hastalarda stenoz, prolapsus ve peristomal herni oluşumu gözlemlenmiştir.
Bosio ve ark. (22), 2007, Gözlemsel ve prospektif bir çalışma, Peristomal cilt hastalıklarında bir sınıflama önerisi: Çok merkezli gözlemsel çalışma sonuçları	N 656, İtalya'da 8 stoma merkezi, Birinci grup (stoma açılma süresi 1 yıldan az olan) N 380, ileostomi n=108, Kolostomi n=272, Yaş ortalaması 62.99, Erkek n=60; İkinci grup (stoma açılma süresi 1 yıldan fazla olan) N 276, ileostomi n=88, Kolostomi n=188, Yaş ortalaması 65.19, Erkek n=65	Aralık 2003 ve Şubat 2006 arasında stoma (kolostomi ya da ileostomi) açılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	24 haftalık gözlem süresi sonunda 8 ostomi uzmanı tarafından peristomal cilt muayenesi ve renkli görüntüleme yöntemi kullanıldı. Fotoğraflar peristomal cilt hastalıkları için bir sınıflandırma sistemi geliştirmek için kullanılmıştır. Yöntemler arası güvenilirlik bildirilmemiştir.	8 ostomi uzmanı tarafından cilt komplikasyonları bulunan katılımcılar için 0, 4, 12 ve 24. haftalarda izlemler yapılmıştır.	İlk değerlendirilmede Birinci grupta n=131 erkek komplikasyonları; iskemi, nekroz, akut dermatit, cilt lezyonları, İkinci grupta n=125 geç komplikasyonlar; fistül, folikülit, kronik dermatit olarak bulunmuştur.

Tablo 1'in devamı. Peristomal cilt problemleri ile ilişkili çalışmalar

Çalışma, Yıl, Tasarım ve Başlık	Örneklem Grubu	Dahil Etme ve Dışlama Ölçütü	Değerlendirme Yöntemi/Aracı	Görüşme/izlem Zamanı	Komplikasyonlar
Cottam ve ark. (23), 2007, Prospektif bir çalışma, Cerrahiden 3 hafta sonra stoma komplikasyonlarının değerlendirilmesinin sonuçları	N 3970; Birleşik Krallık'taki 93 hastane, Uç kolostomi n=1563, Sigmoid loop kolostomi n=312, Trans loop kolostomi n=298, Uç ileostomi n=629, Loop ileostomi n=1163, Yaş ortalaması 63, Erkek n=2163	1 Ocak 2005'te başlayıp 1 yıllık çalışma periyodunda oluşturulan kolostomi ya da ileostomi açıklan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Problemler stoma, acil stoma ağrısı ve türü, planlı cerrahi, cerrahin başarısı, problem tanımı, tanı ve ostomi bakımında kullanılan malzemeler gibi verilerin bildirildiği merkezlerde değerlendirilmiştir. Problemler stoma n=1329, hastayı en az 24 saat boyunca temiz ve kuru tutmak için 1 ya da daha fazla materyal gerektiren stoma olarak tanımlanır. Ölçüm araçları açıklanmamıştır.	Stoma oluşturulduktan sonraki 3 haftalık dönem	Gerçekleşen 528 (stoma lümeni cilt altındadır). Mukokutanöz ayırma n=318 (mukokutanöz kenarın açılması), yerleşim yeri problemleri n=120, nekroz n=116, prolapsus n=22 ve diğerleri (peristomal cilt problemleri dahil) n=215 dir.
Cottam ve ark. (23), 2007, Prospektif bir çalışma, Cerrahiden 3 hafta sonra stoma komplikasyonlarının değerlendirilmesinin sonuçları	N 408, Birleşik Krallık'taki tek bir hastane, Kolostomi n=188, ileostomi n=212, Yaş ve cinsiyet rapor edilmemiştir.	Ocak 1999 ile Haziran 2004 tarihleri arasında stoma ameliyatı yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Yazar tarafından tasarlanmış bir araç kullanılmıştır. Dahil edilen öğeler: stenoz (evet/hayır), geri çekilme (hayır, alt, üst, çevresel ve bölgesel), prolapsus/cilt sancıları (hayır, minör, majör), koku, kirillik, gece-gündüz sızıntısı ve gece boşalması. Yöntemler arası güvenilirlik bildirilmemiştir.	Veriler stoma bakım hemşireleri tarafından toplanmıştır. Cerrahiden 10 gün, 3 ay, 6 ay, 1 yıl ve 2 yıl sonra değerlendirilmiştir. 408 katılımcı en az bir kez değerlendirilmiş, 318 katılımcı ikinci kez değerlendirilmiş, 199'ü üçüncü kez değerlendirilmiş ve 51'i 4 kez farklı zamanlarda değerlendirilmiştir.	Öncelikle grafiklerde stoma tipine göre hassas frekansların sağlanmadığı rapor edilmiştir; Dermatit, 3 ayda %20, 2 yıla kadar %10'dan daha az (kolostomi); Dermatit, 10 günde %20, 6 ayda %40'a yükselme ve 2 yıla %30'a düşme (ileostomi); geri çekilme, %20; hermi 10 güne kadar hiçbir hastada yok, 2 yıla kadar artmaktadır %22 (ileostomi) ve %40 oranında (kolostomi); prolapsus, 10 günde kolostomili hastaların %1'i ve ileostomili hastaların %3'ünde; 2 yıla kadar kolostomili hastaların %2'sinde ve ileostomili hastaların %11'inde; stenoz, 10 günde kolostomili hastaların %1'inde ve ileostomili hastaların %2'sinde; 2 yıla kadar kolostomili hastaların %3'ünde ve ileostomili hastaların %0'ında mevcuttur.
Cottam ve ark. (23), 2007, Prospektif bir çalışma, Cerrahiden 3 hafta sonra stoma komplikasyonlarının değerlendirilmesinin sonuçları	N 408, Birleşik Krallık'taki tek bir hastane, Kolostomi n=188, ileostomi n=212, Yaş ve cinsiyet rapor edilmemiştir.	Ocak 1999 ile Haziran 2004 tarihleri arasında stoma ameliyatı yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Yazar tarafından tasarlanmış bir araç kullanılmıştır. Dahil edilen öğeler: stenoz (evet/hayır), geri çekilme (hayır, alt, üst, çevresel ve bölgesel), prolapsus/cilt sancıları (hayır, minör, majör), koku, kirillik, gece-gündüz sızıntısı ve gece boşalması. Yöntemler arası güvenilirlik bildirilmemiştir.	Veriler stoma bakım hemşireleri tarafından toplanmıştır. Cerrahiden 10 gün, 3 ay, 6 ay, 1 yıl ve 2 yıl sonra değerlendirilmiştir. 408 katılımcı en az bir kez değerlendirilmiş, 318 katılımcı ikinci kez değerlendirilmiş, 199'ü üçüncü kez değerlendirilmiş ve 51'i 4 kez farklı zamanlarda değerlendirilmiştir.	Öncelikle grafiklerde stoma tipine göre hassas frekansların sağlanmadığı rapor edilmiştir; Dermatit, 3 ayda %20, 2 yıla kadar %10'dan daha az (kolostomi); Dermatit, 10 günde %20, 6 ayda %40'a yükselme ve 2 yıla %30'a düşme (ileostomi); geri çekilme, %20; hermi 10 güne kadar hiçbir hastada yok, 2 yıla kadar artmaktadır %22 (ileostomi) ve %40 oranında (kolostomi); prolapsus, 10 günde kolostomili hastaların %1'i ve ileostomili hastaların %3'ünde; 2 yıla kadar kolostomili hastaların %2'sinde ve ileostomili hastaların %11'inde; stenoz, 10 günde kolostomili hastaların %1'inde ve ileostomili hastaların %2'sinde; 2 yıla kadar kolostomili hastaların %3'ünde ve ileostomili hastaların %0'ında mevcuttur.

Tablo 1'in devamı. Peristomal cilt problemleri ile ilişkili çalışmalar

Çalışma, Yılı, Tasarım ve Başlık	Örneklem Grubu	Dahil Etme ve Dışlama Ölçütü	Değerlendirme Yöntemi/Aracı	Görüşme/izlem Zamanı	Komplikasyonlar
Ratliff (21), 2010, Prospektif bir çalışma, Yara ve ostomi bakımı hemşireleri tarafından bildirilen erken dönem peristomal deri komplikasyonları	N 89, Amerika Birleşik Devletleri'nde tek bir hastane, Kolostomili hasta n=37, ileostomili hasta n=33, Yaş ortalaması 61, Erkek n=46	12 aylık süreçte stoma açılan; ayaktan, evde ve hastanede takip edilen etnik ve ırksal köken ayrımı yapılmaksızın her cinsiyet ve yaşta 89 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Araştırmacı tarafından Yara ve Ostomi Bakım Hemşireleri Kılavuzlarından kategoriler kullanılarak geliştirilen bir Peristomal Komplikasyon Formu ile hastalar değerlendirilmiştir.	Hastalar, 12 yara ve ostomi bakım hemşiresi tarafından stoma açıldıktan sonraki 2 aylık süreçte izlenmiştir.	32 hastada peristomal deri komplikasyonları görülmüştür. ileostomili hastalarda kimyasal hasar n=14, mekanik hasar n=2 ve enfeksiyon n=2. Kolostomili hastalarda kimyasal hasar n=12, mekanik hasar n=1, enfeksiyon n=1.
Ratliff ve ark. (24), 2005, Prospektif Tanımlayıcı bir çalışma, Peristomal komplikasyonların tanımlayıcı çalışması	N 220, Birleşik Devletler'de tek bir hastane, Kolostomi n=77, ileostomi n=76, Komplikasyon saptanan hasta n=35, Kadın n=21, Yaş rapor edilmemiştir.	Ağustos 2001-Ağustos 2002 tarihleri arasında stoma açılan 178 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Her hasta, araştırmacılar tarafından geliştirilen bir araç kullanılarak peristomal komplikasyonların varlığı ya da yokluğu açısından değerlendirilmiştir.	Hastalar, 3 yara ve ostomi bakım hemşiresinden 1'i tarafından 12 ay süreyle, 2 aylık takiplerle izlendi.	Mekanik hasar kolostomi n=3, ileostomi n=3, kimyasal zarar kolostomi n=7, ileostomi n=10, enfeksiyon ileostomi n=1.
Garcia-Botello ve ark. (25), 2004, Prospektif bir çalışma, Loop ileostomi açılması ve kapatılması ameliyatı komplikasyonlarının prospektif olarak incelenmesi	N 127; İspanya'da tek bir hastane; Loop ileostomi n=127 Yaş ortalaması 54, Erkek n=73,	Loop ileostomisi olan ve kapatılmadan önce ve sonra değerlendirilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Stoma açılması sırasında demografik veriler kaydedildi. Stoma kapatılmadan önce ve sonra ilave veriler toplanmıştır. Stoma kapatılmadan önce ve sonra görülen komplikasyonlar bildirildi ve ayrı ayrı analiz edilmiştir.	Stoma oluşumunda ve stoma kapatılmadan önce hastalar 2 kez değerlendirildi.	Stoma oluşumu sırasında komplikasyon n=50, Dermatit n=7, Eritem n=4, Prolapsus n=4, Dehidratasyon n=1 Stomal mukozit n=3, Stoma islahlığı n=3, Geri çekilme n=2, Fistül n=2, Herni n=1, İskemi n=1. Stoma kapatıldıktan sonra komplikasyon n=42, Yara enfeksiyonu n=8, İnce bağırsak tıkanıklığı n=2, Anastomoz kaçağı n=1, Enterokütanöz fistül n=2.
Arumugam ve ark. (26), 2003, Prospektif bir çalışma, Stoma komplikasyonlarının ve risk faktörlerinin yönetiminde stoma analizinin prospektif bir denetimi	N 97, Birleşik Krallıkta tek bir hastane; Uç kolostomi n=39, Loop kolostomi n=17, Uç ileostomi n=22 ve Loop ileostomi n=19, Yaş ortalaması 65.4, Cinsiyet rapor edilmemiştir.	Ocak ve Ağustos 2000 tarihleri arasında 8 aylık periyotta stoma açılan 78 planlı ve 19 acil cerrahi geçiren hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Hastalar 2 stoma hemşiresi tarafından muayene edildi. Komplikasyona müdahale edilmesi gerekiyorsa fotoğraf çekildi ve yapılması gerekenlere cerrahlar ile görüşülerek karar verildi. Araştırmacılar tarafından tasarlanmış veri toplama aracı kullanıldı. Kullanılan formlarda risk faktörleri, erken ve geç dönem komplikasyonları yer almıştır.	Stoma oluşturulduktan sonraki 12 aylık dönem. Ayaktan ziyaret sıklığı açıklanmamıştır.	Genel komplikasyon oranı n=49, Geri çekilme n=23, Cilt kırışıklığı n=18, Erken dönemde dermatit n=16, Geç dönemde dermatit n=12, Mukokütanöz ayrılma n=12, Herni n=12, Prolapsus n=4, Nekroz n=3, İskemi n=2. Yara enfeksiyonu:3

Tablo 1'in devamı. Peristomal cilt problemleri ile ilişkili çalışmalar

Çalışma, Yılı, Tasarım ve Başlık	Örneklem Grubu	Dahil Etme ve Dışlama Ölçütü	Değerlendirme Yöntemi/Aracı	Görüşme/izlem Zamanı	Komplikasyonlar
Arumugam ve ark. (26), 2003, Prospektif bir çalışma, Stoma komplikasyonlarının ve risk faktörlerinin yönetiminde stoma analizinin prospektif bir denetimi	N 97, Birleşik Krallık'ta tek bir hastane; Uç kolostomi n=39, Loop kolostomi n=17, Uç ileostomi n=22 ve Loop ileostomi n=19, Yaş ortalaması 65.4, Cinsiyet rapor edilmemiştir.	Ocak ve Ağustos 2000 tarihleri arasında 8 aylık periyotta stoma açılan 78 planlı ve 19 acil cerrahi geçiren hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir.	Hastalar 2 stoma hemşiresi tarafından muayene edildi. Komplikasyona müdahale edilmesi gerekiyorsa fotoğraf çekildi ve yapılması gerekenlere cerrahlar ile görüşülerek karar verilmiştir. Araştırmacılar tarafından tasarlanmış veri toplama aracı kullanıldı. Kullanılan formlarda risk faktörleri, erken ve geç dönem komplikasyonları yer almıştır. Risk faktörleri ve komplikasyonlar arasındaki ilişkileri analiz etmek için çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır.	Stoma oluşturulduktan sonraki 12 aylık dönem. Ayaktan ziyaret sıklığı açıklanmamıştır.	Genel komplikasyon oranı n=49, Geri çekilme n=23, Cilt kırılgılığı n=18, Erken dönemde dermatit n=16, Geç dönemde dermatit n=12, Mukokütanöz ayrılma n=12, Herni n=12, Prolapsus n=4, Nekroz n=3, İskemi n=2. Yara enfeksiyonu:3
Law ve ark. (27), 2002, Randomize klinik araştırma, kalıcı kolostomi için loop ileostomi ve loop transvers kolostominin karşılaştırması	N 80, Hong Kong'da tek bir hastane, Loop ileostomi n=42, Loop kolostomi n=38, Yaş ortalaması 66.5, Erkek n=49	Nisan 1999 ve Kasım 2000 tarihleri arasında 19 aylık çalışma periyodunda rektum kanseri için diverting bir stoma ile anal vertikalın 12 cm'inde düşük ön rezeksiyon yapıldı. Dışlama ölçütleri mevcut değildir. Randomizasyon, kolon anastomozunun tamamlanmasından sonra gerçekleştirilmiştir.	Tüm rektal kanser hastalarının veri tabanı bilgi kaynağı olarak kullanılmıştır. Ölçüm araçları açıklanmamıştır.	Stoma açılmasından kapatılmasına kadar tüm hastalar gözlemlenmiştir. Muayene sıklığı ve zamanlaması açıklanmamıştır.	Loop ileostomili hastalarda komplikasyon n=6, Dermatit n=4, Parastomal herni n=1, İçeriğin fazla gelmesi n=1, Loop transvers kolostomili hastalarda komplikasyon n=11, Dermatit n=7, Prolapsus n=3, Geri çekilme n=1.
Edwards ve ark. (28), 2001, Prospektif bir randomize klinik araştırma, Loop ileostomi ve loop transvers kolostomide en sık görülen stoma ile ilişkili komplikasyonlar	N 70; Birleşik Krallık'ta tek bir hastane, Loop ileostomi n=34, Yaş ortalaması 63, Erkek n=27; Loop transvers kolostomi n=36, Yaş ortalaması 68, Erkek n=22	Ekim 1995 ve Ağustos 1999 tarihleri arasında en az 36 aylık izlem döneminde stoma açılan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Dışlama ölçütleri mevcut değildir. Randomizasyon, anterior mezorektal eksizyonla loop ileostomi ve loop transvers kolostomi seçiminden sonra gerçekleştirilmiştir.	Araştırmacı tarafından tasarlanmış veri toplama aracı kullanılmıştır. Hastalar hastaneden taburcu oluncaya kadar stoma terapisi tarafından günlük muayene edilmiştir.	Hastanede iken günlük muayene yapıldı. Ayaktan ziyaret sıklığı ve yöntemi açıklanmamıştır. Takip süresi 6-48 ay (ortalama 36 ay) idi. Tüm hastalara poliklinik takibi yapıldı ve izlem süresinde görülen tüm komplikasyonlar kaydedilmiştir.	Loop ileostomili hastalarda komplikasyon n=1, İçeriğin fazla gelmesi=1, Loop transvers kolostomili hastalarda komplikasyon n=10, Prolapsus n=2, Parastomal herni n=2, İnsizyonel herni n=5, Fekal fistül n=1.

genel stoma komplikasyon oranı %12-72 arasında değişmektedir (11-13,17-19,21,23-28). Komplikasyon oranları 2 temel açıdan çeşitlilik göstermektedir: çoğu çalışmada belirli bir komplikasyon türünün görülen hasta sayısına göre yüzdesi bildirilirken, diğer çalışmalarda görülen komplikasyon türünün komplikasyonların toplamına göre yüzdesi bildirilmiştir (bazı kişilerde birden çok komplikasyon gelişmiştir).

Tartışma

Bu sistematik inceleme, katılımcıların stoma ve peristomal komplikasyonlar açısından değerlendirildiği 15 çalışmayı içermektedir. Bu çalışmanın amacı peristomal cilt problemleri ile



Peristomal irritasyon



Peristomal enfeksiyon

Kaynak: Potter P, Perry A. Fundamentals of Nursing. USA: Mosby Elsevier Publishing, 2012.

ilgili komplikasyonlara dikkat çekmek ve bu komplikasyonları ölçmek için kullanılan yöntemleri araştırmaktır. Araştırmalar, son 17 yılda yayınlanan makalelerden yola çıkılarak açık bir literatür taraması yöntemi kullanılarak yapılmıştır. İnceleme kapsamına alınan çalışmalara bakıldığında, araştırmaların çoğu prospektif tasarım olmak üzere farklı tasarımlarda gerçekleştirildiği görülmektedir. Buna ek olarak çalışmalarda katılımcıların sayıları, örnekleme alınma ve dışlanma ölçütleri de farklılık göstermiş ve bazı çalışmalarda bu ölçütler raporlanmamıştır. Bu nedenle çalışma sonuçlarında saptanan komplikasyon oranlarında karşılaştırma yapılamamaktadır. Ancak incelememizin sonucunda en sık görülen peristomal cilt problemlerinin dermatit, peristomal cilt irritasyonu, enfeksiyon, sızıntı ve alerjik reaksiyonlar olduğu söylenebilir.

Çoğu yazar veri toplamada ölçek ya da yazar tarafından geliştirilen soru formunu ya da her ikisini birlikte kullandığını bildirmiş ve bazı çalışmalarda bunlara gözlemsel değerlendirmeler eşlik etmiştir. Bir çalışmanın açık, doğru ve güvenilir bilgiler sunması araştırmada kullanılan veri toplama ve ölçme araçlarının da açık, doğru ve güvenilir olmasına bağlıdır. Araştırmanın yöntem bölümünde kullanılan veriler ve bu verilerin nasıl elde edildiği belirtilmeli, verilerin çözümünün ve yorumunun nasıl yapıldığına ayrıntılı bir biçimde yazılmalıdır. Çalışmaların bazılarında veri toplamaya ilişkin kullanılan yöntemlerin tam olarak açıklanmaması sonuçların üzerinde düşünülmesini gerektirmektedir ve benzer çalışma sonuçları ile kıyaslanmasını zorlaştırmaktadır.

Çalışmaların çoğunun ostomi hemşireleri tarafından yapıldığı görülmektedir. Ostomi hemşireleri hasta ve yakınlarına hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri ile bakım konusunda bilgi veren, stoma bakımına ilişkin teknik becerileri kazandıran (cilt temizliği, torbanın/adaptörün değiştirilmesi, pansuman değiştirme vb.) ve hastayı sürekli gözlemleyen sağlık çalışanlarıdır (29). Bu nedenle ostomi hemşirelerinin peristomal ciltte gelişen komplikasyonları fark etme konusunda bilgi ve deneyimlerinin daha fazla olduğu dolayısıyla bu konuda güvenilir araştırmacılar oldukları söylenebilir.

Çalışmalar incelendiğinde, değerlendirilen komplikasyonların tanımlanmadığı, sınıflanmadığı ve komplikasyon oranlarının ölçülmesinde kullanılan yöntemlerde bir standart bulunmadığı görülmektedir. Stomalı bireylere bakım veren hekim ve hemşirelerin çalışmaların sonuçlarından yararlanabilmesi için kavramlarda ortak bir dil oluşturulması oldukça önemlidir.

Komplikasyonların tanımlanması ve ortak bir dil oluşturulması çalışmalarla ilgili akla gelebilecek sorulara cevap olacaktır ve diğer çalışmalarla kıyaslanmasına olanak sağlayabilecektir.

Stomalı hastalarda görülen komplikasyon türlerini bildiren çalışmalar değerlendirildiğinde genel komplikasyon oranının her çalışma için farklılık gösterdiği görülmüştür. Çoğu çalışmada belirli bir komplikasyon türünün görülen hasta sayısına göre yüzdesi bildirilirken, diğer çalışmalarda görülen komplikasyon türünün komplikasyonların toplamına göre yüzdesi bildirilmiştir. Özellikle stoma açılan toplam hasta sayısı belirtmeyen çalışmalarda, yalnızca bir problemden dolayı sağlık merkezine başvuran hastalar örnekleme alınmış olabilir ve bu durum bize görünenen daha fazla peristomal komplikasyon olduğunu düşündürülebilir.

Sınırlılıklar

Bu makalede gözden geçirilen çalışmalar, tıp ve hemşirelik literatürünün yaygın biçimde kabul görmüş 4 veri tabanı kullanılarak yapılmıştır. Gözden geçirilen çalışmalar bu konudaki mevcut sonuçların tamamını temsil etmeyebilir ve en güncel çalışmalar henüz yayınlanmamış olabilir.

Bu sistematik incelemede en çok görülen peristomal cilt problemleri yapılan çalışmalar doğrultusunda incelenmiştir. Ancak çalışma tasarımları ve hastalara yapılan cerrahi girişimlerin farklı olması, hastaların bireysel özellikleri ve değişken değerlendirme süreçleri; peristomal komplikasyon türlerini ve insidansını belirlemeyi ve bu komplikasyonları içeren bir veri havuzu oluşturmayı zorlaştırmıştır. Cerrahide kavramlara ilişkin ortak bir dilin olmaması, farklı değerlendirme ölçeklerinin kullanılması ve çoğu yazarın kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliği konusunda bilgi vermemesi bu durumu daha da karmaşık bir hale getirmiştir.

Sonuç

Stomalı hastalarda peristomal cilt problemleri (dermatit, peristomal cilt irritasyonu, enfeksiyon, sızıntı ve alerjik reaksiyonlar) yaygın görülen tıbbi sorunlardır. Bu komplikasyonları önlemede, erken tanılamada ve tedavide, Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi anahtar bir rol oynar. Bu bağlamda stoma açılacak bireylere ve/veya yakınlarına; ameliyat öncesi dönemden başlayan bir eğitim süreciyle yapılacak cerrahi işlem, stoma ve bakımı, olası komplikasyonlar, taburcu olmadan önce ise kullanacakları malzemeler ve peristomal cilt bakımı konusunda yeterli bilginin verilmesi, becerinin kazandırılması ve bireye kontroller konusunda bilgi verilmesi komplikasyonların azaltılmasında olumlu katkı sağlayacaktır (30).

İletişim: Dr. Yasemin Altınbaş

E-posta: altinbasyasemin@gmail.com

Kaynaklar

1. Makela JT, Turku PH, Laitinen ST. Analysis of late stomal complications following ostomy surgery. *Ann Chir Gynaecol* 1997; 86: 305–10.
2. Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1562–72.
3. Robertson I, Leung E, Hughes D, Spiers M, Donnelly L, Mackenzie I. Prospective analysis of stoma related complications. *Colorectal Dis* 2005; 7: 279–85.
4. Kann BR, Cataldo TE. Early stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2002;15:191-198.
5. Caricato M, Ausania F, Ripetti V, et al. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications complications after colorectal surgery. *Colorectal Dis* 2006;9:559-561.
6. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B, et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs* 2006;15:854-862.
7. Burch J. *Stoma Care*. Wiley Blackwell, Chichester 2008.
8. Nybaek H, Jemec GBE. Skin problems in stoma patients. *JEADV* 2010; 24; 249-257.
9. Burch J. Care of Patients with peristomal skin complications. *Nursing Standard*, 2014;28(37); 51-57.
10. Salvadalena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2008;35:596-607.

- 11.Özaydın İ, Taşkın A, İskender A. A Retrospective analysis of stoma-related complications. *JCEI*, 2013;4(1):63-66.
- 12.Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallén AM, Lindholm E. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. *Colorectal Dis*. 2010;12(10):971-976.
- 13.Tappe AT, McKenzie F, Sheldon J, Smith A, Colton B, Woolley D. Global stoma care challenges: a united approach. *World Council Enterostomal Therap J*. 2005;25(4):15-21.
- 14.Lyon CC, Smith AJ, Griffiths CE, Beck MH. The spectrum of skin disorders in abdominal stoma patients. *Br J Dermatol* 2000; 143: 1248–1260.
- 15.Nybaek H, Olsen AG, Karlsmark T, Jemec GB. Topical therapy for peristomal pyoderma gangrenosum. *J Cutan Med Surg* 2004; 8: 220–223.
- 16.Holm EA, Wulf HC, Thomassen L, Jemec GB. Assessment of atopic eczema: clinical scoring and noninvasive measurements. *Br J Dermatol*, 2007; 157: 674–680.
- 17.Formijne Jonkers, H. Draaisma, W. Roskott, A. Overbeeke, A. Broeders, I. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. *International Journal of Colorectal Disease*. 2012, 27 (8). 1095-1099.
- 18.de Moreira CN, Marques CB, Salome GM, da Cunha DR, Pinherio FAM. Health locus of control, spirituality and hope for healing in individuals with intestinal stoma. *J Coloproctol (Rio J)*. 2016;36(4):208–215.
- 19.Salome GM, de Almeida SA, Mendes B, de Carvalho MRF, Junior MRM. Assessment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. *J Coloproctol (Rio J)*. 2015;35(3):168–174.
- 20.Meisner S, Lehur PA, Moran B, Martins L, Jemec GB. Peristomal skin complications are common, expensive, difficult to manage: a population-based cost modeling study. *Plo One* 2012;7(5):1-8.
- 21.Ratliff CR. Early Peristomal Skin Complications Reported by WOC Nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010;37(5):505-510.
- 22.Bosio G, Pisani F, Lucibello L, et al. A proposal for classifying peristomal skin disorders: results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Manage*. 2007;53(9):38-43.
- 23.Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis*. 2007;9(9):834-838.
- 24.Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2005;32(1):33-37.
- 25.Garcia-Botello SA, Garcia-Armengol J, Garcia-Granero E, et al. A prospective audit of the complications of loop ileostomy construction and takedown. *Dig Surg*. 2004;21:440-446.
- 26.Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, et al. A prospective audit of stomas—analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Dis*. 2003;5:49-52.
- 27.Law WL, Chu KW, Choi HK. Randomized clinical trial comparing loop ileostomy and loop transverse colostomy for faecal diversion following total mesorectal excision. *Br J Surg*. 2002;89:704-708.
- 28.Edwards DP, Leppington-Clarke A, Sexton R, Heald RJ, Moran BJ. Stoma-related complications are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trial. *Br J Surg*. 2001;88:360-363.
- 29.Karadağ A. Stoma and Wound Care Nursing: Historical Development Process, Roles and Functions. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics* 2015;1(1):1-8.
- 30.Karadağ A. The Peristomal Skin Complications: Diagnosis, Prevention, Treatment. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 2016; 72–83.

Dr. Kamer Gür¹, Dr. Saime Erol², Hemşire Ayşe Sengel³

Geliş/Received : 02.12.2017
Kabul/Accepted : 22.04.2018

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, destek hizmetler sunan özel bir şirketin mavi yakalı çalışanlarında stres algısı, stres yönetimi ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Metod: Tanımlayıcı araştırma tasarımı ile yürütülen çalışma, Haziran- Ağustos 2015 tarihleri arasında İstanbul'da destek hizmet veren özel bir şirkette yürütüldü. Araştırma, gönüllü katılan 820 çalışan ile tamamlandı. Veriler, Sosyo-demografik Özellikler Formu, Algılanan Stres Ölçeği ve Stres Yönetimi Ölçeği kullanılarak toplandı.

Bulgular: Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan, haftada 48 saatten fazla çalışan, bazen koruyucu önlem alan, korunma konusunda sağlık eğitimi almayan, sırt ağrısı, uykusuzluk, baş ağrısı, mide problemi, kas krampları şikâyetlerini çok sık yaşayan çalışanlar Algılanan Stres Ölçeği'nden istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puan aldılar ($p < ,05$). Kadınlar, gelirini yetersiz bulanlar, çalışmanın sağlık risklerini bilmeyenler, uykusuzluk, solunum problemleri ve kas krampları şikâyetlerini "çok sık ve bazen yaşayanlar" Stres Yönetimi Ölçeği'nden istatistiksel olarak anlamlı daha düşük puan aldılar ($p < ,05$).

Sonuç: Mavi yakalı çalışanların stres algıları ortalamanın altında ve stres yönetim puanları ise ortalamanın üstündedir.

Anahtar sözcükler: Mavi yakalı çalışanlar, stres algısı ölçeği, stres yönetimi, işçi sağlığı

Abstract

Aim: The aim of this study is to determine perception of stress, stress management and associated factors among blue-collar employees of a private company providing support services.

Method: The study, having a descriptive design, was carried out between June and August, 2015 in İstanbul at a private company providing support services. It was conducted among 820 employees who volunteered to participate in the research. The data were gathered using Socio-demographic Characteristics Form, Perceived Stress Scale and Stress Management Rating Scale.

Findings: The participants with lower socio-economic status and educational attainment level and those working more than 48 hours a week, occasionally taking preventive measures, not having received health education on prevention, experiencing health problems such as back pain, insomnia, headache, stomach problems and muscle cramps frequently, scored significantly higher on Perceived Stress Scale ($p < 0.05$). The females, the participants who perceived their income to be inadequate, those not being aware of health risks of their jobs, experiencing insomnia, respiratory problems and muscle cramps "sometimes or very often" received significantly lower scores on Stress Management Rating Scale ($p < 0.05$).

Conclusion: The perception of stress among blue-collar employees was below the average and their scores on the stress management scale were above the average.

Key words: Mblue-collar employees, Perceived Stress Scale, Stress management, Occupational health

1 Yrd. Doç.; Marmara Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, İstanbul

2 Doç.; Marmara Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, İstanbul

3 Hemşire, Açı Okulları

Giriş

İşten kaynaklı taleplerin, çalışanın yeteneği, kaynakları ya da gereksinimleriyle uyuşmaması durumunda ortaya çıkan zararlı fiziksel ve duygusal tepkilere iş stresi denir (1,2). İş stresi, çalışanların psikolojik ve fizyolojik sağlığını ve iş verimliliğini etkileyerek, hem birey hem de işveren için maddi ve manevi kayıplara neden olmaktadır. Bireyler günlük yaşamlarının yaklaşık üçte birini iş ortamlarında geçirirler, bu süre göz önüne alındığında iş stresinin insan yaşamındaki önemi daha da iyi anlaşılmaktadır (3). Literatürde, beş işçiden birinin işten kaynaklanan stresi olduğu, aşırı iş yükü, idari desteğin olmaması, kötü sağlık, sırt ağrısı, sigara ve alkol alımı gibi faktörlerin stresle ilişkili olduğu bildirilmektedir (4). Amerika Stres Kurumu'na göre, işyerinde hastalıkların %60'ı stres kaynaklıdır ve iş stresinden kaynaklı hastalıklara yılda 200 milyar \$ harcanmaktadır (5).

Çalışılan işe bağlı stres, bazı meslek gruplarını daha az bazı meslek gruplarını ise daha yoğun etkilemektedir. Zihin gücünden daha çok fiziksel güçlerini kullanarak işletme, fabrika, endüstriyel alanlar, arazi, saha ve üretim hattında, süreli ücret karşılığı çalışanlara mavi yakalı çalışanlar denmektedir (6). Konu ile ilgili literatür taramasında; İş Stresi Ölçeği kullanılarak yapılan bir araştırmada beyaz yakalı çalışanların %32,2'sinin, mavi yakalı çalışanların %67,8'inin yüksek düzeyde stresli oldukları bulunmuştur (7). Yenihan ve arkadaşları (2014) bir otomotiv işletmesinde mavi yakalı çalışanların beyaz yakalı çalışanlara göre daha yüksek iş stresi tutum puanına sahip olduklarını tespit etmişlerdir (2).

Birey stresle karşılaştığında savaşmayı ya da kaçmayı seçebilir. Kaçma, içe kapanma, alkol madde bağımlılığı, saldırganlık, depresyon, intihar vb. tutum ve davranışlar stresle baş etmede etkisiz yöntemlerdir, bireye ve çevresine zarar verir (8). Nefes ve fizik egzersizleri, gevşeme yöntemleri, doğru beslenme, zamanı iyi yönetme, sosyal destek, iletişim ve problem çözme becerileri geliştirme ise stresle baş etmede etkili yöntemlerdir. Stres yaratan olay, bireyin baş etme kapasitesinin üstünde zorlar ise fiziksel hastalıklar, yorgunluk, yüksek tansiyon, kardiyovasküler problemler vb. fiziksel sorunlar görülebilir. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma, işsizlik, yemede artış, konuşma güçlükleri, bir maddeye (sigara,

alkol vb.) aşırı düşkünlük, sakarlık, gevşemede güçlükler ise stres kaynaklı davranışsal problemlerdir. Tedirginlik, unutkanlık, alınganlık vb. gibi stres kaynaklı psikolojik sorunlar da görülebilir (9,10).

İşyerinde çalışanların sağlığını korumak ve geliştirmek, çalışma ortamını güvenli hale getirmek, yapılan işin olumsuz etkilerinden çalışanı korumak, sağlık risklerini önlemek iş yeri sağlık çalışanlarının ve iş yeri hemşiresinin görev ve sorumlulukları arasındadır. İş yeri hemşiresi, çalışma ortamı koşullarını ve çalışanları gözlemleyerek, düzenli sağlık taramaları yaparak, çalışanların bireysel ve iş ile ilişkili stres kaynaklarını, stresle baş etme yollarını öğrenerek, bu konuda destek sağlayabilir. Çalışanların stresle baş etmede etkili olan yolları seçmeleri konusunda danışmanlık yapabilir, gerekirse sevk ve izlem yaparak kurum çalışma şartlarının düzeltilmesi konusunda yönetim ile işbirliği içinde sorunu çözme yoluna gider (11). Bunun için öncelikle geçerli ve güvenilir ölçüm araçları ile çalışanların stres algıları ve baş etme yöntemleri belirlenmelidir.

Bu çalışma, destek hizmetler veren özel bir şirketin mavi yakalı çalışanlarında stres algısı, stres yönetimi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Gereç Yöntem

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı araştırma tasarımı ile yürütüldü.

Araştırmanın yeri ve zamanı: Haziran- Ağustos 2015 tarihleri arasında İstanbul'da destek hizmetler sunan özel bir şirkette yürütüldü. Bu şirket, "Temizlik, Güvenlik, Teknik Hizmetler, Catering, Çamaşırhane Yönetimi, Bahçe Bakımı, Haşere İlaçlama, Ofis Destek ve Tesis Yönetimi" konusunda hizmet sunmaktadır. Şirket, çalışanlarını hizmet alanlarına özgü eğitimlerden geçirmekte ve çeşitli sertifika programları ile desteklemektedir. İstanbul dışında Ankara, Antalya, Bursa, İzmir Şubeleri ve Adana, Gaziantep, Eskişehir, Denizli, İzmit'te bölge ofisleri bulunmaktadır.

Evren örnekleme: Araştırmanın evrenini 1098 mavi yakalı çalışan oluşturdu. Örnek seçimine gidilmeyip gönüllü katılan ve yıllık izinde olmayan

820 çalışan ile araştırma tamamlandı. Çalışanların %80,1'i Temizlik, %10,4'ü Güvenlik, %4,4'ü Teknik destek, %4,0'ı Yemek, %1,1'i Bahçe hizmetlerinde hizmet veriyordu.

Veri toplama araçları: Araştırmanın verileri Sosyo-demografik Özellikler Formu, Algılanan Stres Ölçeği ve Stres Yönetimi Ölçeği kullanılarak öz-bildirime dayalı olarak toplandı.

Sosyo-demografik Özellikler Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlan form, çalışanların sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları ve sağlık durumları ile ilgili 26 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ): Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından bireyin hayatındaki durumları ne derece stresli algıladığını ölçmek için geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması Eskin ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır. "Hiçbir zaman (0)" ile "çok sık (4)" arasında değişen beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin 14 maddeli uzun formunun yanı sıra 10 ve dört maddeli olmak üzere iki formu daha bulunmaktadır. Bu çalışmada 10 maddeli kısa formu kullanılmıştır ve bu ölçekte ters puanlanan madde yoktur. Ölçeğin iki alt boyutu vardır. 1,2,3,4,5 ve 6. Maddeleri Stres/Rahatsızlık Algısı (SRA) alt boyutunu oluşturmaktadır. Bu çalışmada SRA ölçeğinin Cronbach's alfa değeri $\alpha=,83$; (min= 0, max: 24) bulunmuştur. "Yetersiz Özyeterlilik Algısı(YÖA) alt boyutunu ise 7,8,9 ve 10. maddeler oluşturmaktadır. Bu çalışmada YÖA ölçeğinin Cronbach's alfa değeri $\alpha=,79$ (min= 0, max=16) bulunmuştur. Yüksek puanlar stres algısının yüksek olduğunu göstermektedir (12).

Stres Yönetimi Ölçeği (SYÖ): Bu çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin "stres yönetimi alt" boyutu kullanılmıştır. SYBDÖ, Walker ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir (Walker ve ark., 1996). Türkçe'ye uyarlaması Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen toplam 52 madde ve 6 alt faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir.

Stres yönetimi alt boyutu sekiz maddelidir. Alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 32'dir. Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı 0,92'dir. Ölçeğin alt faktörlerinin Cronbach's alfa değerleri 0,64-0,77 arasında değişmektedir. Bu çalışmada stres yönetimi alt boyutunun Cronbach's alfa değeri $\alpha=,64$ bulunmuştur (13).

Etik izinler: Bu tanımlayıcı araştırmanın yürütülebilmesi için kurumdan yazılı izin, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Bu çalışmanın yürütülmesinde herhangi bir finansal destek alınmamış, çalışmanın finansmanı araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Ayrıca çıkar çatışması ve ihtimali yoktur.

Verilerin analizi: Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma kullanıldı. Bağımlı bağımsız değişkenler arasındaki fark, Mann Whitney U, Kuruskal Wallis varyans analizi ile değerlendirildi. İleri analizler için Post-Hoc Games Howell testi kullanıldı.

Bulgular

Yaş ortalaması $36,0 \pm 9,6$ (min=21, max=67) olan çalışanların %44,4'ü kadın, %55,6'sı erkektir. Yüzde 72,6'sı evli, %55,7'si ilköğretim, %2,6'sı üniversite ve üstü eğitim almıştır. Büyük çoğunluğu (%80,1) temizlik işlerinde, %1,1'i bahçe işlerinde çalışmaktadır ve %66,6'sı aylık gelirini yetersiz bulmaktadır. Bireylerin %16,5'inin bir kronik hastalığı bulunmaktadır ve %43,4'ü sigara içmektedir. Yüzde 79,0'u vardiyalı, %51,5'i haftada 48 saat çalışmakta, %64,3'ü yaptığı işin sağlık risklerini bilmekte, %81,5'i iş kazası ve risklerinden korunmak için koruyucu önlem almaktadır (Tablo 1).

Çalışanlara sağlığını genel olarak nasıl algıladığınızı diye sorulduğunda %75,4'ü iyi, %24,6'sı orta şekilde ifade etmiştir. Fiziksel olarak hissettiği rahatsızlıklar sorulduğunda çok sık olarak; %5,6'sı sırt ağrısı, %7,1'i uykusuzluk, %4,1'i baş ağrısı, %3,2'si solunum problemi, %2,8'si çok sık grip olduğunu, %4,4'ü çok sık mide problemi, %4,6'sı çok sık kas krampları yaşadıklarını bildirmişlerdir ve %17,0'si sağlık hizmetlerine ulaşamadığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Çalışanların sosyo-demografik ve çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	364	44,4
	Erkek	456	55,6
Medeni durum	Evli	595	72,6
	Bekâr	225	27,4
Yaş grup	20-29 yaş	195	23,8
	30-39 yaş	317	38,7
	40-49 yaş	244	29,8
	50 yaş ve üstü	64	7,8
Eğitim durumu	İlkokul	457	55,7
	Ortaokul	206	25,1
	Lise	136	16,6
	Üniversite ve üstü	21	2,6
Çalıştığı birim	Temizlik	657	80,1
	Güvenlik	85	10,4
	Teknik destek	36	4,4
	Yemek	33	4,0
	Bahçe	9	1,1
Aylık gelir	Yeterli	117	14,3
	Yetersiz	546	66,6
	Kısmen yeterli	157	19,1
Kronik hastalık	Evet	135	16,5
	Hayır	685	83,5
Sigara	İçiyor	356	43,4
	İçmiyor	464	56,6
Çalışma şekli	Vardiyalı	648	79,0
	Vardiyasız	172	21,0
Haftalık mesai	45 saat	398	48,5
	48 saat	422	51,5
Çalışmanın sağlık risklerini bilme	Biliyorum	527	64,3
	Bilmiyorum	293	35,7
Koruyucu önlem alma	Evet	668	81,5
	Bazen	91	11,1
	Hayır	61	7,4

Çalışanlar, SAÖ toplamından ortalama $13,4 \pm 6,9$ puan, SRA alt boyutundan ortalama $8,6 \pm 4,4$ puan, YÖA alt boyutundan ortalama $4,8 \pm 3,2$ puan almışlardır. SYÖ'den ortalama $19,0 \pm 4,9$ puan almışlardır.

Algılanan stres ölçeği toplam ve SRA, YÖA alt boyut puan ortalamaları ile stres yönetimi ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p > ,05$), (Tablo 3).

Çalışanların SAÖ toplam ve SRA. YÖA alt ölçek puan ortalamaları. SYÖ toplam puan ortalamaları bağımsız değişkenler ile karşılaştırılarak Tablo 4'te gösterilmiştir.

SAÖ toplam puan ortalaması ile çalışanların eğitimi düzeyi ($kwx^2=14,1$; $p=,00$), aylık geliri ($kwx^2=59,1$; $p=,00$), çalışma şekli ($Z=2,8$; $p=,00$), haftalık çalışma saatleri ($Z=4,8$; $p=,00$), çalışmanın sağlık risklerini bilme ($Z=2,8$; $p=,00$), koruyucu önlem alma ($kwx^2=10,6$; $p=,00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Tablo 2. Çalışanların Sağlık Durumları ve sağlık problemleri

Özellikler		n	%
Genel sağlık durumu algısı	İyi	618	75,4
	Orta	202	24,6
	Hiç	318	38,8
Sırt ağrısı yaşama	Nadiren	233	28,4
	Bazen	223	27,2
	Çok Sık	46	5,6
Uykusuzluk yaşama	Hiç	313	38,2
	Nadiren	235	28,7
	Bazen	214	26,1
Baş ağrısı yaşama	Çok sık	58	7,1
	Hiç	283	34,5
	Nadiren	247	30,1
Solunum problemi yaşama	Bazen	256	31,2
	Çok sık	34	4,1
	Hiç	492	60,0
Grip olma	Nadiren	173	21,1
	Bazen	129	15,7
	Çok sık	26	3,2
Mide problemi yaşama	Hiç	278	33,9
	Nadiren	299	36,5
	Bazen	220	26,8
Kas krampları yaşama	Çok sık	23	2,8
	Hiç	403	49,1
	Nadiren	227	27,7
Sağlık hizmetlerine ulaşma	Bazen	154	18,8
	Çok sık	36	4,4
	Hiç	381	46,5
Sağlık hizmetlerine ulaşma	Nadiren	215	26,2
	Bazen	186	22,7
	Çok sık	38	4,6
Sağlık hizmetlerine ulaşma	Evet	681	83,0
	Hayır	139	17,0

Tablo 3. Çalışanların SAÖ toplam, alt boyut ve SYÖ puan ortalamasının dağılımı

Ölçekler	Ort.	Std.	Min-max
Stres Algısı Ölçeği Toplam (SAÖ toplam)	19,0	4,9	8,0-32,0
Stres/Rahatsızlık Algısı (SRA)	8,6	4,4	0,0 24,0
Yetersiz Özyeterlilik Algısı(YÖA)	4,8	3,2	0,0-16,0

SAÖ puan ortalaması eğitim düzeyi en düşük olanlarda, aylık gelirini yetersiz bulanlarda, vardiyasız çalışanlarda, 48 saat ve üstünde çalışanlarda, sağlık risklerini bilenlerde, bazen koruyucu önlem alanlarda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti ($p < ,05$). Cinsiyet, medeni

durum, yaş grupları, çalıştığı birim ile SAÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > ,05$).

Stres rahatsızlık algısı alt ölçek puan ortalaması ile eğitim durumu ($kwx^2 = 17,1$; $p = ,00$), aylık gelir

($kwx^2=59,0$; $p=,00$), çalışma şekli ($Z=3,6$; $p=,00$), haftalık mesai saatleri ($Z=5,5$; $p=,00$), çalışmanın sağlık riskleri bilme ($Z=2,9$; $p=,00$), koruyucu önlem alma ($kwx^2=13,6$; $p=,00$) ve

çalıştığı birim ($kwx^2=11,1$; $p=,00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Okuryazar olmayanlarda, aylık gelirini yetersiz bulanlarda, vardiyasız çalışanlarda, haftada 48

Tablo 4. Çalışanların sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre SAÖ toplam, alt boyut puan ortalamaları, SYÖ puan ortalamasının dağılımı

		SAÖ Toplam		Stres rahatsızlık algısı		Yetersiz öz-yeterlilik algısı		Stres yönetimi ölçeği toplamı	
		Ort.	Std.	Ort.	Std.	Ort.	Std.	Ort.	Std.
Cinsiyet	Kadın	13,7	6,6	8,8	4,1	4,8	3,2	18,6	4,9
	Erkek	13,2	7,2	8,5	4,6	4,7	3,2	19,4	4,9
	İstatistik	$Z=,71$; $p=,47$		$Z=1,02$; $p=,30$		$Z=,49$; $p=,61$		$Z=2,1$; $p=,03$	
Yaş grubu	20-29	13,4	7,7	8,9	5,2	4,5	3,2	*18,6	5,3
	30-39	13,4	7,3	8,6	4,4	4,7	3,5	19,3	4,9
	40-49	13,3	6,0	8,4	3,9	4,9	2,8	18,8	4,8
	50 yaş ve üstü	13,8	6,2	8,7	3,8	5,0	3,0	*20,3	4,7
	İstatistik	$kwx^2=,22$; $p=,973$		$kwx^2=,70$; $p=,873$		$kwx^2=4,4$; $p=,213$		$kwx^2=8,2$; $p=,04$	
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	*16,0	6,4	*10,2	4,4	*6,0	3,1	20,0	5,3
	İlkokul	13,6	6,6	8,6	4,1	4,9	3,2	18,9	4,9
	Ortaokul	*12,2	7,9	*7,7	5,0	4,4	3,3	19,1	5,0
	Lise	13,6	6,4	9,2	4,4	*4,4	3,1	19,1	4,6
	Üniv. ve üstü	14,8	4,7	10,0	3,0	4,5	2,7	17,7	5,7
	İstatistik	$kwx^2=14,1$; $p=,00$		$kwx^2=17,1$; $p=,00$		$kwx^2=11,8$; $p=,00$		$kwx^2=4,2$; $p=,37$	
Aylık gelir	Yeterli	*10,49	7,71	*6,54	5,00	3,94	3,34	19,08	4,90
	Yetersiz	14,78	6,60	*9,48	4,19	*5,30	3,18	*17,34	5,36
	Kısmen	11,08	6,35	7,38	4,12	*3,69	3,02	*20,41	4,53
	İstatistik	$kwx^2=59,1$; $p=,00$		$kwx^2=59,0$; $p=,00$		$kwx^2=41,9$; $p=,00$		$kwx^2=23,9$; $p=,00$	
Çalışma şekli	Vardiyalı	13,1	7,0	8,3	4,5	4,7	3,2	18,9	5,0
	Vardiyasız	14,8	6,3	9,7	4,0	5,0	3,2	19,4	4,7
	İstatistik	$Z=2,8$; $p=,00$		$Z=3,6$; $p=,00$		$Z=1,3$; $p=,16$		$Z=,71$; $p=,47$	
Haftalık çalışma	45 saat	12,1	6,8	7,7	4,4	4,4	3,0	18,6	5,0
	48 ve üstü	14,7	6,9	9,5	4,3	5,1	3,4	19,4	4,9
	İstatistik	$Z=4,8$; $p=,00$		$Z=5,5$; $p=,00$		$Z=2,9$; $p=,00$		$Z=1,7$; $p=,07$	
Çalışmanın sağlık risklerini	Biliyor	13,9	6,7	8,9	4,2	4,9	3,2	19,4	4,7
	Bilmiyor	12,6	7,2	8,1	4,7	4,5	3,2	*18,3	5,2
	İstatistik	$Z=2,8$; $p=,00$		$Z=2,9$; $p=,00$		$Z=2,1$; $p=,03$		$Z=3,01$; $p=,00$	
Koruyucu önlem alma	Evet	13,0	6,9	8,3	4,4	4,6	3,1	19,1	4,9
	Bazan	*15,9	7,4	*10,0	4,4	*5,4	3,6	18,5	5,2
	Hayır	15,2	6,7	9,8	4,2	5,3	3,4	19,0	4,6
	İstatistik	$kwx^2=10,6$; $p=,00$		$kwx^2=13,6$; $p=,00$		$kwx^2=6,0$; $p=,04$		$kwx^2=1,3$; $p=,49$	
Çalıştığı birim	Temizlik	13,2	7,0	8,4	4,4	4,8	3,2	19,1	4,9
	Güvenlik	14,5	6,9	9,6	4,5	4,8	3,2	19,5	5,9
	Yemek	15,4	8,0	11,0	5,5	4,4	3,6	18,0	3,7
	Bahçe	16,5	4,6	9,8	3,0	6,6	2,0	18,6	3,6
	Teknik destek	12,7	4,8	8,5	3,3	4,1	2,5	18,0	4,9
	İstatistik	$kwx^2=3,4$; $p=,18$		$kwx^2=11,11$; $p=,00$		$kwx^2=1,35$; $p=,50$		$kwx^2=1,7$; $p=,41$	

kwx^2 =Kurskal Wallis Ki-kare testi. Z = Mann-Whitney U testi. * Mann-Whitney U testi. *Post-Hoc Games Howell

Tablo 5. Çalışanların genel sağlık durumu ve fiziksel rahatsızlıklarına göre SAÖ toplam alt boyut puan ortalamaları. SYÖ puan ortalamasının dağılımı

		SAÖ Toplam		Stres rahatsızlık algısı		Yetersiz öz-yeterlilik algısı		Stres yönetimi ölçeği toplamı	
		Ort.	Std.	Ort.	Std.	Ort.	Std.	Ort.	Std.
Genel sağlık	İyi	12,7	6,8	8,2	4,3	4,4	3,1	19,5	5,0
	Orta	15,7	6,9	9,9	4,5	5,7	3,2	17,7	4,6
	İstatistik	Z=4,9; p=,00		Z=4,4; p=,00		Z=4,7; p=,00		Z=4,5; p=,00	
Sırt ağrısı	Hiç	11,6	7,4	7,3	4,6	4,2	3,3	19,3	5,5
	Nadiren	13,8	6,5	8,9	4,0	4,9	3,2	*19,4	4,6
	Bazen	14,8	6,0	*9,6	3,9	5,1	3,0	18,5	4,5
	Çok sık	*17,2	6,9	11,2	4,5	*6,0	3,4	18,2	4,6
	İstatistik	kwx ² =78,0;p=,00		kwx ² =87,1;p=,00		kwx ² =21,1;p=,00		kwx ² =7,2;p=,06	
Uykusuzluk	Hiç	10,8	7,1	6,9	4,5	3,9	3,2	*19,9	5,4
	Nadiren	14,7	6,4	9,3	4,1	5,3	3,0	18,7	4,6
	Bazen	14,6	6,1	9,4	3,8	5,1	3,1	18,7	4,5
	Çok sık	*17,6	6,0	*11,8	4,1	*5,7	3,5	*17,1	4,0
	İstatistik	kwx ² =45,3;p=,00		kwx ² =55,1;p=,00		kwx ² =41,9;p=,00		kwx ² =23,4;p=,00	
Baş ağrısı	Hiç	11,2	7,6	7,1	4,7	4,1	3,4	*19,4	5,4
	Nadiren	13,7	5,7	8,8	3,6	4,8	2,9	18,7	4,6
	Bazen	15,3	6,3	9,8	4,1	*5,4	3,0	19,1	4,7
	Çok sık	*16,0	8,4	*11,2	5,4	4,8	4,1	17,7	4,2
	İstatistik	kwx ² =49,8;p=,00		kwx ² =55,9;p=,00		kwx ² =27,1;p=,00		kwx ² =5,9;p=,11	
Solunum problemi	Hiç	11,9	7,1	7,8	4,5	4,1	3,2	*19,4	4,9
	Nadiren	15,4	6,0	9,6	4,0	5,7	2,8	18,3	4,7
	Bazen	15,7	5,7	10,0	3,6	5,7	3,1	18,9	5,0
	Çok sık	*16,6	8,4	*10,3	5,5	*6,3	3,6	*17,6	5,2
	İstatistik	kwx ² =58,3;p=,00		kwx ² =45,1;p=,00		kwx ² =54,8;p=,00		kwx ² =12,3;p=,00	
Grip olma	Hiç	11,2	7,5	7,0	4,3	3,9	3,0	19,6	5,1
	Nadiren	13,9	6,3	9,6	3,9	5,3	3,0	18,5	4,5
	Bazen	15,2	6,2	10,2	3,9	5,6	3,2	18,4	4,8
	Çok sık	17,8	6,8	11,3	5,3	6,0	3,9	19,1	5,6
	İstatistik	kwx ² =92,9;p=,00		kwx ² =45,0;p=,00		kwx ² =39,8;p=,00		kwx ² =,63;p=,89	
Mide problemleri	Hiç	11,8	7,1	7,6	4,6	4,2	3,1	19,1	5,2
	Nadiren	14,1	5,9	9,0	3,7	5,0	3,0	19,0	4,5
	Bazen	15,7	6,8	10,0	4,2	5,6	3,3	19,0	4,8
	Çok sık	*17,6	6,4	*11,4	4,7	*6,1	3,4	18,3	5,0
	İstatistik	kwx ² =50,7;p=,00		kwx ² =5,9;p=,00		kwx ² =31,7;p=,00		kwx ² =1,8;p=,614	
Kas krampları	Hiç	11,0	6,8	7,0	4,3	3,9	3,0	*19,6	5,1
	Nadiren	15,0	6,1	9,6	3,9	5,3	3,0	18,5	4,5
	Bazen	15,9	5,9	10,2	3,9	5,6	3,2	*18,4	4,8
	Çok sık	*17,3	8,3	11,3	5,3	6,0	3,9	19,1	5,6
	İstatistik	kwx ² =91,3;p=,00		kwx ² =93,7;p=,00		kwx ² =53,3;p=,00		kwx ² =13,0;p=,00	

kwx² =Kurskal Wallis Ki-kare testi. Z= Mann-Whitney U testi. * Post-Hoc Games Howell

saat ve üstünde çalışanlarda, çalışmanın sağlık risklerini bilenlerde, bazen koruyucu önlem alanlarda ve yemek bölümünde çalışanlarda yüksek bulundu ve ileri analizde farkın bu

gruplardan kaynaklandığı belirlendi (p<,05). Stres rahatsızlık algısı alt ölçek puan ortalaması ile cinsiyet, medeni durum, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>,05).

Yetersiz öz-yeterlilik algısı ölçeği puan ortalaması ile çalışanların eğitim düzeyi ($kwx^2=11,8$; $p=,00$), aylık geliri ($kwx^2=41,9$; $p=,00$), çalışma şekli ($Z=1,3$; $p=,16$), haftalık çalışma saatleri ($Z=2,9$; $p=,00$), çalışmanın sağlık risklerini bilme ($Z=2,1$; $p=,03$) ve koruyucu önlem alma ($kwx^2=6,01$; $p=,04$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. YÖA alt ölçeği puan ortalaması okuryazar olmayanlarda, aylık gelirini yetersiz bulanlarda, vardiyasız ve 48 saat üstünde çalışanlarda, çalışmanın sağlık risklerini bilenlerde ve bazen koruyucu önlem alanlarda daha yüksek bulundu ve ileri analizde farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlendi ($p<,05$). Cinsiyet, medeni durum, yaş grupları, çalıştığı birim ile YÖA puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>,05$).

Stres yönetimi ölçeği toplam puan ortalaması ile cinsiyet ($Z=2,1$; $p=,03$), yaş grubu ($kwx^2=8,2$; $p=,04$) ve aylık gelir ($kwx^2=23,9$; $p=,00$) ve çalışmanın sağlık risklerini bilme ($Z=3,01$; $p=,00$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kadınların 20-29 yaş grubunda olanların, aylık gelirini kısmen yetersiz bulanların, çalışmanın sağlık risklerini bilmeyenlerin SYÖ toplam puan ortalaması diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı daha düşük bulundu ($p<,05$) ve farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlendi. Medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma şekli, haftalık çalışma saatleri, koruyucu önlem alma ve SYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>,05$). (Tablo 4).

Tablo 5’de çalışanların genel sağlık durumunu orta olarak değerlendiren çalışanların SAÖ toplam, SRA ve YÖA alt ölçeği ve puan ortalamaları, iyi olarak değerlendirenlerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<,05$). Sırt ağrısı, uykusuzluk, baş ağrısı, solunum problemleri, grip, mide rahatsızlığı ve kas krampları gibi fiziksel rahatsızlıkları *çok sık* yaşadıklarını belirten çalışanların SAÖ toplam, SRA alt ölçeği, YÖA alt ölçeği puan ortalamaları *hiç yaşamadığını* belirtenlerden istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu ($p<,05$). İleri analizde farkı yaratan grupların rahatsızlığı hiç yaşamayan ve çok sık yaşayan gruplar olduğu tespit edildi ($p<,05$).

Genel sağlık durumunu iyi olarak algılayan çalışanların SYÖ puan ortalaması orta olarak

algılayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($Z=4,5$; $p=,00$). Uykusuzluk ($kwx^2=23,4$; $p=,00$), solunum problemleri ($kwx^2=12,3$; $p=,00$) ve kas krampları problemlerini hiç yaşamayanların ($kwx^2=13,0$; $p=,00$) SYÖ puan ortalamaları en yüksek, çok sık sık yaşayanların ise kas krampları hariç en düşük bulundu. İleri analizde farkı yaratan grupların ise hiç yaşamayan ve çok sık yaşayan gruplar olduğu belirlendi ($p<,05$). (Tablo 5).

Tartışma

Bu çalışmada destek hizmetleri veren özel bir şirketteki mavi yakalı çalışanların stres algıları ve stres yönetimlerini belirlemek ve ilişkili faktörleri göstermek amaçlanmıştır.

Çalışma sonucunda, çalışanların stres algısı ölçeği toplam stres rahatsızlık algısı ve yetersiz öz-yeterlilik algısı alt ölçek puanları, ortalamasının altında bulunmuş ve algıladıkları stres düzeylerinin yüksek olmadığına karar verilmiştir. Konu ile ilgili literatürde, Yenihan ve arkadaşları (2014) bir otomotiv işletmesinde mavi yakalı çalışanların beyaz yakalı çalışanlara göre daha yüksek iş stresi tutum puanına sahip olduklarını bulmuşlardır (2). İş Stresi Ölçeği kullanarak yapılan bir başka araştırmada beyaz yakalı çalışanların %32,2’sinin, mavi yakalı çalışanların %67,8’sinin yüksek düzeyde stresli olduklarını tespit etmişlerdir (7). Ostan ve arkadaşları (2011) demiryolu çalışanlarının %54,3’ünün işlerini stresli ya da çok stresli olarak algıladıklarını belirlemişlerdir (14). Aynı çalışmada, mavi ve beyaz yakalı çalışanlar arasında iş stresi bakımından fark bulunmamıştır. Nydegger (2011), beyaz ve mavi yakalı işçilerde iş stresi ve iş doyumunu isimli çalışmasında, iki grup arasında stres bakımından anlamlı fark bulunmadığını tespit etmiştir (15).

Bu araştırmada çalışanların eğitim düzeyinin stres algısını etkilediği görülmüştür. Okuryazar olmayanlar SAÖ toplam ve SRA, YÖA iki alt boyundan en yüksek puanı almışlardır. Bu bulgu bize eğitim düzeyi düşük olanların stres algılarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu bulgunun tersine, Çakar (2016) çalışmasında, ilköğretim mezunu olan çalışanların bireysel psikolojik stres belirtilerinin, eğitim durumu daha yüksek olan çalışanlara göre daha düşük düzeyde olduğunu

bulmuştur (16). Bu bulguyu eğitim seviyesi yükseldikçe çalışanların sosyal beklentilerinin artmış olması ile ilişkilendirmişlerdir. Bir başka araştırmada öğrenim düzeyi yüksek olan çalışanların kendini yorumlama biçimi, işin yapısı ve fizik çevre gibi stres vericilerden öğrenim düzeyi düşük olanlara göre daha çok etkilendikleri bulunmuştur (8).

Bu araştırmada, çalışanların ekonomik durumunun stres algısını etkilediği tespit edilmiştir. Aylık gelirini yeterli ve kısmen yeterli algılayan çalışanlar, yetersiz algılayan çalışanlara göre stres algısı ölçeği toplam ve SRA, YÖA iki alt boyundan daha düşük puan almışlardır. Literatürde bu sonucu destekler çalışmalar bulunmuştur. Lotfizadeh ve arkadaşları (2014) İran'da Esfahan çelik firmasında çalışanlarda, iş stresinin çalışma çevresi, ekonomik problemler,



görev tipi ve çocukları ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Lotfizadeh ve arkadaşları (2015) yaptıkları bir başka araştırmada, çalışanlar arasında iş stresinin en yaygın sebebinin ekonomik problemler olduğunu tespit etmişlerdir (17). Yenihan ve arkadaşları (2014) otomotiv sektöründe çalışanlarda, aylık geliri düşük olanların yüksek olanlara oranla daha fazla iş stresine sahip olduklarını tespit etmişlerdir (2).

Bu çalışmada; SAÖ toplam puan ortalaması, SRA alt ölçeği ve YÖA alt ölçeği puan ortalamaları; vardiyasız çalışanlarda, haftada 48 saat ve üstünde çalışanlarda, çalışmanın sağlık risklerini bilenlerde, bazen koruyucu önlem alanlarda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Vardiyasız çalışanların iş stresinin daha düşük olması beklenirken daha yüksek bulunması, gündüz vardiyasında iş yoğunluğunun daha fazla olması, üst düzey denetim ve gözetimin daha fazla olması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Ostan ve arkadaşları (2011), bağırsak hareketleri düzenli olanların, iyi uyku uyuyanların, az yemek yediğini düşünen çalışanların daha az stres-algıladıklarını belirtmişlerdir (14). Dahiya, (2015) çalışmasında imalat sektöründe mavi yakalı çalışanlarda çalışma ortamı, iş ilişkileri, gelişme fırsatları ve iş kontrolü gibi nedenler ile sıkıntı yaşandığını, kişilik özellikleri ile mesleki stres arasında anlamlı ilişki bulunduğunu özellikle nevroitik kişilik yapısına sahip bireylerde iş stresinin yüksek olduğunu tespit etmiştir (18).

Bu çalışmada, genel sağlık durumunu orta olarak değerlendirilen, sırt ağrısı, uykusuzluk, baş ağrısı, solunum problemleri, grip, mide rahatsızlığı ve kas krampları gibi fiziksel rahatsızlıkları çok sık yaşadığını belirten çalışanların SAÖ toplam, SRA ve YÖA alt ölçek puan ortalamaları bu sorunları yaşamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Çalışma sonuçlarına paralel olarak literatürde fiziksel rahatsızlıklar ile iş stresi arasında ilişki olduğu desteklenmektedir (4,19) Ostan ve arkadaşları (2011) iş stresi ile konstipasyon ve uyku bozukluğu arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (14). Bir başka araştırmada çalışanların %72'sinin stres kaynaklı fiziksel ve psikolojik sorun yaşadıkları tespit edilmiştir (20). Literatürde, çalışanların yaklaşık üçte birinin iş stresine bağlı olarak depresyon yaşadıkları ve sağlık sorunlarının %50-%80'inin

stres ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (2). Stres yönetimi ölçeği toplam puan ortalaması kadınlarda, 20-29 yaş grubunda, aylık gelirini yetersiz bulanlarda istatistiksel olarak anlamlı daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu bize kadınların stres yönetiminden erkeklerden daha başarısız olduğunu düşündürmüştür. Kadınların geleneksel olarak üstlendikleri rol ve sorumlulukların (çocuk bakımı, ev işleri vb.) erkeklerden daha fazla olması stres yönetimlerini olumsuz yönde etkileyebilir. 20-29 yaş dönemi erken erişkinlik dönemidir ve bu yaş döneminde eş seçimi, yuva kurma, çocuk sahibi olma, kendini kanıtlama gibi kriz yaratabilen yaşam deneyimleri mevcuttur. Genç yaşta bireylerin yaşamlarının daha çalkantılı olması, 50 yaş ve üstündeki bireylerden daha farklı stresler yaşamasına ve daha az tecrübeli olduğu için stres yönetiminde başarısız olmasına neden olmuş olabilir (2,17,21).

Genel sağlık durumunu orta olarak algılayan, uykusuzluk ve solunum problemlerini çok sık, kramp problemlerini çoğunlukla yaşayan çalışanların SYÖ puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Bu sonuç bize streslerini etkin biçimde yönetemeyen çalışanların strese bağlı olarak fiziksel sorunlar yaşadığını göstermektedir. 'Birey fiziksel olarak rahatsız olduğu için stres yönetiminde başarısız olmaktadır' şeklinde de düşünülebilir. Literatür, stres kaynaklı psikolojik sorunların görülebildiğini (9), işyerinde hastalıkların %60'ının stres kaynaklı (19) olduğunu bildirmektedir.

Sonuç

Araştırmanın sonucuna göre; mavi yakalı destek hizmet çalışanlarının stres algıları ortalamasının altında ve stres yönetimleri de ortalamasının üstündedir.

Çalışanların eğitim düzeyinin düşük olması, sosyoekonomik düzeyin yetersiz olması, vardiyasız çalışma, haftada 48 saatten fazla çalışma, çalışmanın sağlık risklerini bilme, bazen koruyucu önlem alma, sırt ağrısı, uykusuzluk, baş ağrısı, solunum problemi, grip, mide problemi, kas krampları şikâyetlerini "çok sıklıkla" yaşama stres algısını artıran faktörler olarak belirlenmiştir.

Kadın olmak, 20-29 yaş grubunda olmak, gelirin yetersiz olması, çalışmanın sağlık risklerini bilmeme, genel sağlık durumunu orta olarak

algılama, uykusuzluk, solunum problemleri ve kas krampları şikâyetlerini çok sık yaşama stres yönetimini olumsuz yönde etkileyen faktörler olarak belirlendi.

Öneriler

Bu araştırma sonuçlarına göre iş yeri sağlık çalışanı/hemşiresine;

- Çalışanlardaki bireysel ve örgütsel stres faktörlerini belirlemek için çalışma yapması,
- Çalışanların sosyo-ekonomik düzeyini istendik seviyeye getirebilmek için şirket yetkilileri ile görüşmesi,
- Haftalık çalışma süresinin 48 saatten az olması konusunda girişimlerde bulunması,
- Çalışanların gereksinim duyduklarında sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşabilmeleri için düzenlemeler yapması,
- Çalışanlara, yaptıkları işin sağlık riskleri ve korunma yolları konusunda eğitim vermesi,
- Kişisel koruyucuları kullanmaları konusunda eğitim ve destek sağlanması,
- Stresle baş etmede etkin yöntemler konusunda eğitim ve danışmanlık yapması önerilebilir.

İletişim: Dr. Kamer Gür

E-posta: kamergur@gmail.com

Kaynaklar

1. The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), Stress...At Work 1999. [Update: August 29, 2013; Date of Access: 09-06-2017] Access address: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>.
2. Yenihan B, Öner M, Çiftıldız K. İş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki: otomotiv işletmesinde bir araştırma. Çalışma İlişkileri Dergisi 2014; 5(1): 38-49.
3. Soysal A. İş yaşamında stres. Çimento İşveren 2009; 5:17-39.
4. Yahaya A, Yahaya N, Bon AT, Ismail S, Ing TC. Stress level and its influencing factors among employees in a plastic manufacturing and the implication towards work performance. Elixir Psychology 2011;41: 5932-5941.
5. Hwang J, Lee JJ, Park S, Chang H, Kim SS. The Impact of Occupational Stress on Employee's Turnover Intention in The Luxury Hotel Segment, International Journal of Hospitality&Tourism Administration 2014; 15: 60- 77.

6. Bayraktaroğlu S, Özdemir Y, Aras M, Özdemir S. Mavi yakalı çalışanlar: neden akademik çalışmalar için cazip bir örneklem değil? İş Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2015; 17 (3):141-157.
7. Şahin G. Ağır sanayi kuruluşunda çalışan erkeklerde iş stresi, yeme tutumu, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Investigation of the relationship between job stress, eating attitude, anxiety and depression levels in male heavy industrial workers.] [Yüksek Lisans Tezi]. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Programı [Işık University Social Sciences Institute Clinical Psychology Program], İstanbul, Türkiye, 2017.
8. Erdoğan T, Ünsar S, Süt N. Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri: bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2009; 14(2): 447-461.
9. Örnek AŞ, Aydın Ş. Kriz ve Stres Yönetimi [Crisis and Stress Management] 2. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, 2008:200-205.
10. Aydın Ş. Örgütsel Stres yönetimi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2004; 6(3):49-74.
11. İş Sağlığı Hemşiresi. Görev yetki ve sorumlulukları. Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011. (Güncellenme tarihi: 19 Nisan 2011, Erişim tarihi: 18-16-2017). Erişim adresi: <http://turkhemsirelerderneği.org.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik/hemsirelik%20%202011.pdf>.
12. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. New/Yeni Symposium Journal 2013;51 (3): 133-140.
13. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kışsal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(1):1-12.
14. Ostan I, Poljšak B, Axelsson EP. Occupational Stress Perception and Healthy Lifestyle in Railroad Workers. Promet – Traffic&Transportation 2011; 23 (3): 195-203.
15. Nydegger R. Occupational Stress And Job Satisfaction In White- And Blue-Collar Workers. International Business & Economics Research Journal 2011; 1 (12):35-43.
16. Çakar T. Türk imalat sanayinin örgütsel stres faktörlerinin ölçülmesi. Fırat Üniv. Müh. Bil. Dergisi. 2016; 28 (2):109-118.
17. Lotfizadeh M, Maimaiti N, Ahmed Z, Ismail NH. Assessing Stress Among The White And Blue Collar Workers At The Esfahan Steel Company, Iran. International Journal of Latest Research in Science and Technology 2015; 4 (1): 17-23.
18. Dahiya S. Occupational stress and personality traits in the Indian manufacturing sector: an analytical study. ELK Asia Pacific Journal of Human Resource Management and Organisational Behaviour 2015; 1 (2):69-88.
19. Yanan W, Zheng L, Hu T, Zheng Q. Stress, Burnout and Job Satisfaction: Case of Police Force in China, Public Personnel Management 2014; 43(3): 325-339.
20. Solmuş T. İş Yaşamında Travmalar: Cinsel Taciz ve Duygusal Zorbalık/Taciz (Mobbing)", İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2005; 7(2):1-14.
21. Lotfizadeh M, Maimaiti M, Ismail NH. Occupational stress among white collar employees in Esfahan steel company, Iran. Malaysian Journal of Public Health Medicine 2014; 14(1): 79-81.

Dr. Orhan Odabaşı^{1,2}

Geliş/Received : 07.03.2018
Kabul/Accepted : 22.04.2018

Öz

Giriş: Türk Tabipleri Birliği, sürekli tıp eğitimi / sürekli mesleki gelişim akreditasyon - kredilendirme kurulunun amacı, ülkede yürütülen sürekli mesleki gelişim etkinliklerinin nitelik ve nicelik olarak gelişmesini, bu etkinliklerin uygun standartlarda yürütülmesini sağlamak, denetlemek, tıp doktorlarının bu etkinliklere katılmasını özendirmek ve desteklemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Kurulun 2014-2017 yılları etkinlik sayılarındaki değişim, etkinliklerin kapsamı, düzenleyici yapılar, etkinliğin yapıldığı iller, kredi puanlarının etkinliklerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı, kredi puanlarının etkinlik türlerine göre dağılımı incelenmiştir.

Bulgular: Etkinlik düzenleyici yapılar arasında tıp uzmanlık dernekleri ilk sıradadır. Etkinliklerin büyük bir bölümü İstanbul, Ankara, Antalya ve İzmir’de düzenlenmektedir. Akreditasyon için başvuru alan etkinliklerin türleri içerisinde kurs, kongre, sempozyum öne çıkmaktadır.

Tartışma: Tıp doktorları TTB Kredi Puanlarını gerek UYEK mobil uygulama ya da TTB web sayfasına girerek beyanları doğrultusunda alabilmektedirler. 2014-2017 yıllarında yalnızca 12 tıp uzmanlık alanında yeterli sayıda STE/SMG etkinliğinin akredite edildiği görülmektedir. E-öğrenme etkinlikleri tıp doktorlarının zaman ve yerden bağımsız STE/SMG etkinliklerine erişimlerini olanaklı kılmaktadır.

Sonuç: Tıp doktorları için sürekli mesleki gelişim etkinliklerine katılım bir mesleki sorumluluk aynı zamanda vazgeçilemez ve ödün verilemez bir özlük hakkıdır.

Anahtar sözcükler: Sürekli tıp eğitimi, Sürekli mesleki gelişim, Akreditasyon, Kredilendirme, Türk Tabipleri Birliği, Avrupa Tıp Uzmanları Birliği

Abstract

Introduction: The aim of Turkish Medical Association (TMA) Accreditation Council for Continuing Medical Education/Continuing Professional Development is to ensure that the continuing professional development activities conducted in the country improve in terms of quality and quantity, these activities are carried out in accordance with the appropriate standards and to encourage and support the physicians' participation in these activities.

Materials and Methods: In this study, the change in the numbers of the activities of the Board for the years 2014-2017, the scope of the events, the organizing bodies, the provinces where the events have taken place, the credit score distribution by speciality area and by type of event were examined.

Findings: Medical speciality societies ranked first among the organizing bodies. Most of the events were held in Istanbul, Ankara, Antalya and Izmir. The courses, congresses and symposiums were the most prominent events among the activities that have been applied for accreditation.

Discussion: The physicians can obtain TMA Credit Scores through UYEK mobile application or TMA website upon their statements. In 2014-2017, a sufficient number of CME/CPD activities has been accredited only in 12 medical speciality areas. E-learning activities enable physicians to have time and place independent access to CME/CPD activities.

Conclusion: For physicians, participation in continuing professional development activities is a professional responsibility and an inalienable and uncompromising personal right as well.

Key words: Continuing medical education, Continuing professional development, Accreditation, Credits, Turkish Medical Association, European Union of Medical Specialists

1 Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, Ankara,

2 Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi-Sürekli Mesleki Gelişim Akreditasyon-Kredilendirme Kurulu Genel Sekreteri

Giriş

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Sürekli Tıp Eğitimi (STE) / Sürekli Mesleki Gelişim (SMG) Akreditasyon - Kredilendirme Sisteminin amacı, ülkede yürütülen STE / SMG etkinliklerinin nitelik ve nicelik olarak gelişmesini, bu etkinliklerin uygun standartlarda yürütülmesini sağlamak, denetlemek, tıp doktorlarının bu etkinliklere katılmasını özendirmek ve desteklemektir (1).

Tıp doktorlarının bilgi, beceri ve mesleki yeteneklerini geliştirmeyi, pekiştirmeyi ve uygulama ile ilgili ilişkilerini sürdürmeyi amaçlayan; mezuniyet öncesi tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve görev gereği yerine getirilmesi gereken (öğretim üyeliği, yüksek lisans, doktora vb.) etkinlikler dışındaki eğitim etkinlikleri **sürekli tıp eğitimi** etkinliğidir. **Sürekli mesleki gelişim** ise sürekli tıp eğitimini de içine alan daha geniş bir kavram olup mesleki alanda kendini geliştirme ve sosyal yetkinlik, yönetsel beceri gibi, tıp dışı alanlarda da yeterliğin geliştirilmesini amaçlayan eğitim etkinlikleridir. **Akreditasyon**, standartlara uygun planlanmış sürekli tıp eğitimi / sürekli mesleki gelişim eğitim etkinliklerinin onaylanması sürecidir. **Kredilendirme** ise akredite edilmiş sürekli tıp eğitimi / sürekli mesleki gelişim eğitim etkinliklerine katılan hekimlere kredi puanı verilmesi ve bu kredinin belgelendirilmesidir. **TTB - STE / SMG Kredi Puanı** (TTB Kredi) kredilendirme için kullanılan değerlendirme birimi olup her saat başına bir (1) kredi birimidir (1).

Türk Tabipleri Birliği (TTB) ile Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (European Union of Medical Specialists –UEMS) arasında STE/SMG etkinliklerinin karşılıklı tanınması konusunda bir anlaşması vardır (2). UEMS tarafından akredite etkinliklere Türkiye’den katılan tıp doktorları UEMS ölçütleri ile uyumlu olarak TTB Kredi Kurulu’na başvurmaları durumunda eşdeğer TTB Kredi Puanını almaktadırlar.

Tıp uzmanlarının sürekli mesleki gelişimlerini sürdürebilmeleri için STE/SMG etkinliklerine katılmaları gerekmektedir. Yeniden belgelendirme (resertifikasyon) süreçlerinde toplam 5 yıl içerisinde toplam 300 TTB Kredi Puanı almaları öngörülmektedir (3).

TTB STE/SMG Akreditasyon Kredilendirme Kurulu (STE/SMG Kurulu) Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (UDEK) ile eşgüdüm içerisinde çalışmaktadır. STE/SMG Kurulu, tıp uzmanlık dernekleri ve tıp uzmanlık alanları yeterlik kurulları sürekli tıp eğitimi komisyonları ile yakın işbirliği ile çalışmalar yürütmektedir. STE/SMG Kurulu Yönergesi’nde bulunan “Danışma Kurulu” tıp uzmanlık alanları yeterlik kurullarından üyelerin yol göstericiliğinde çalışmalarını sürdürmektedir (4).

STE/SMG Kurulu akredite etkinliklere katılan hekimlerin beyanlarını esas almaktadır. Tıp doktorları katıldıkları etkinliklerde kendi beyanları doğrultusunda TTB Kredi Puanı almaktadırlar. Günde en fazla 6 Kredi Puanı alınabilmektedir. Düzenleyici yapılar tarafından tıp doktorlarının katıldıkları tarihler gün olarak sisteme girilmekte, tıp doktoru kendi kullanıcı adı ve şifresi ile sisteme girerek katıldığı etkinliklerle işaretleyerek TTB Puanlarını almakta, etkinliğe ilişkin geribildirim vermektedir (5).

E- öğrenme son dönemlerde artış göstermektedir. Bu nedenle E-öğrenme ortamında yer alan STE/SMG akreditasyon standartları uzmanlık dernekleri temsilcilerinin katılımı ile belirlenmiş ve kullanıma girmiştir (6).

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada STE/SMG Kurulu 2014-2017 yılları verileri üzerinden bir değerlendirme yapılmıştır. Yıllar içerisindeki etkinlik sayılarındaki değişim, etkinliklerin kapsamı, düzenleyici yapılar, etkinliğin yapıldığı iller, kredi puanlarının etkinliklerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı, kredi puanlarının etkinlik türlerine göre dağılımı incelenmiştir.

Tablo 1. Etkinlik kapsamının dönemlere göre TTB Kredi Puanlarının dağılımı

Etkinlik kapsamı	2014-2015 Etkinlik			2015-2016 Etkinlik			2016-2017 Etkinlik		
	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi
Ulusal	539	5370	9,9	547	8563	15,6	359	8212,0	22,8
Uluslararası	29	513	17,6	33	904	27,3	16	395,0	24,6
Uluslararası Katılımlı	38	688	18,1	30	1043	34,7	29	1739,5	59,9
Toplam	606	6571	10,8	610	10810	17,7	404	10346,5	25,6

Bulgular

STE/SMG Kurulu'na ulusal, uluslararası ve uluslararası katılımlı etkinlikler akredite olmak için başvurmaktadır (Tablo 1).

STE/SMG Kurulu'na etkinlik akreditasyonu için başvuran düzenleyici kurumların içerisinde tıp uzmanlık dernekleri dikkat çekmektedir (Tablo 2).

STE/SMG Kurulu'na akreditasyon için başvuru alan etkinliklerin düzenlendiği iller incelendiğinde İstanbul, Ankara, Antalya ve İzmir düzenlenen etkinlik sayıları bakımından öne çıkmaktadır (Tablo 3.)

STE/SMG Kurulu'na akreditasyon için başvuru alan etkinliklerin ilgili olduğu tıp uzmanlık alanları Tablo 4'de incelenmiştir.

Tıp uzmanlık alanlarının dönemlere göre STE/SMG akredite edilen etkinlik sayıları incelendiğinde 2014-2015 döneminde enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji 2015-2016 döneminde halk sağlığı, enfeksiyon, göğüs hastalıkları 2016-2017 döneminde ise iç hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon, genel cerrahi ile ortopedi ve travmatoloji tıp uzmanlık alanlarında en fazla

Tablo 2. Etkinlik düzenleyici yapıların dönemlere göre TTB Kredi Puanlarının dağılımı

Düzenleyici	2014-2015 Etkinlik			2015-2016 Etkinlik			2016-2017 Etkinlik		
	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi
Dernek	375	5049	13,4	374	8989,5	24,0	254	8908,5	35,0
Üniversite	53	523	9,8	94	658,5	7,0	70	715,0	10,2
Tabip Odası	40	215	5,3	24	134,0	5,5	33	117,0	3,5
Hastane	23	164	7,1	37	215,0	5,8	20	106,0	5,3
İlaç Firması	87	329	3,7	56	212,0	3,7	6	32,0	5,3
Diğer	28	291	10,3	25	601,0	24,0	21	468,0	22,2
Toplam	606	6571	10,8	610	10810,0	17,7	404	10346,5	25,6

Tablo 3. Etkinlik düzenlenen illerin dönemlere göre TTB Kredi Puan dağılımı

İl	2014-2015 Etkinlik			2015-2016 Etkinlik			2016-2017 Etkinlik		
	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi
İstanbul	137	1249,5	9,1	163	2206,5	13,5	99	1604,5	16,2
Ankara	113	1000,5	8,9	156	2386,0	15,3	91	1375,5	15,1
Antalya	84	1757,5	20,9	79	3567,5	45,2	75	4921,0	65,6
İzmir	62	725,5	11,7	57	958,5	16,8	36	924,0	25,6
Bursa	32	207,5	6,5	32	190,5	5,9	33	143,5	4,4
KKTC	11	205,0	18,6	5	119,5	23,9	12	409,5	34,1
Adana	11	122,0	11,1	10	90,0	9,0	8	119,5	14,9
Muğla	10	195,0	19,5	13	421,0	32,4	5	149,0	29,8
Tekirdağ	9	47,5	5,3	6	20,5	3,4	4	28,0	7,0
Konya	8	35,5	4,4	5	45,0	9,0	3	97,0	32,3
Trabzon	8	107,0	13,4	4	96,5	24,1	3	15,0	5,0
Bolu	5	64,5	12,9	1	9,5	9,5	2	9,0	4,5
Edirne	3	47,5	15,8	5	59,5	11,9	2	20,0	10,0
Erzurum	5	57,5	11,5	3	22,5	7,5	2	21,0	10,5
Kayseri	9	77,0	8,6	5	33,0	6,6	2	48,0	24,0
Kocaeli	11	52,5	4,8	9	47,0	5,2	2	10,5	5,3
Diğer	88	619,5	7,0	57	537,0	9,4	25	715,0	28,6
Toplam	606	6571,0	10,8	610	10810,0	17,7	404	10346,5	25,6

Tablo 4. Tıp uzmanlık alanlarının dönemlere göre TTB Kredi Puanlarının dağılımı*

Uzmanlık alanı	2014-2015 Etkinlik			2015-2016 Etkinlik			2016-2017 Etkinlik		
	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi
Anesteziyoloji ve reanimasyon	27	216,0	8,0	24	451,0	18,8	31	450,5	14,5
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	11	73,0	6,6	18	516,0	28,6	13	353,0	27,1
Dermatoloji	16	170,0	11,0	18	261,0	14,4	16	337,5	21,0
Enfeksiyon hastalıkları	70	914,0	13,0	62	272,0	4,4	11	223,5	20,2
Genel cerrahi	22	269,0	12,0	16	548,0	34,3	29	718,5	24,7
Genel pratisyenlik	1	27,0	27,0	12	59,5	4,9	18	125,5	6,9
Genel pratisyenlik - aile hekimliği	1	13,5	14,0	11	73,5	6,6	15	75,5	5,0
Göğüs hastalıkları	56	764,0	14,0	50	949,0	19,0	23	1097,5	47,7
Halk sağlığı	11	140,0	13,0	70	366,0	5,2	27	338,0	12,5
İç hastalıkları	8	77,5	9,7	20	419,0	20,9	32	548,5	17,1
İç hastalıkları - Endokrinoloji ve metabolizma hast.	12	69,0	5,8	16	233,0	14,6	14	220,5	15,7
İç hastalıkları - Tıbbi onkoloji	3	32,5	11,0	19	449,0	23,6	13	406,5	31,2
Kardiyoloji	36	315,0	8,8	28	686,0	24,5	16	670,5	41,8
Kulak burun boğaz hastalıkları	18	212,0	12,0	35	697,0	19,9	19	723,5	38,0
Nöroloji	32	286,0	8,9	33	664,0	20,1	25	641,0	25,6
Ortopedi ve travmatoloji	40	487,0	12,0	40	599,0	15,0	29	542,0	18,6
Psikiyatri	22	246,0	11,0	22	573,0	26,1	25	516,0	20,6
Tıbbi mikrobiyoloji	19	201,0	11,0	16	219,0	13,6	4	138,5	34,5
Tıp eğitimi	22	187,0	8,5	16	158,0	9,8	6	87,0	14,5
Diğer	179	1871,5	10,4	84	2617,0	31,1	38	2133,0	56,1
Toplam	606	6571,0	10,8	610	10810,0	17,7	404	10346,5	25,6

*2014-2017 yılları arasında bir dönem içerisinde STE/SMG sayısı 15 ve üzeri olan tıp uzmanlık alanları tabloya alınmıştır.

STE/SMG etkinlik akreditasyonu yapıldığı görülmektedir.

Tıp uzmanlık alanlarının dönemlere göre STE/SMG akredite edilen etkinliklerden elde edilebilecek TTB Kredi Puanı incelendiğinde 2014-2015 döneminde enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji 2015-2016 döneminde göğüs hastalıkları, kulak, burun, boğaz hastalıkları ve kardiyoloji 2016-2017 döneminde ise göğüs hastalıkları, kulak,

burun, boğaz hastalıkları ve genel cerrahi tıp uzmanlık alanlarında en fazla TTB Kredi Puanı alındığı izlenmektedir.

Tıp uzmanlık alanlarının dönemlere göre etkinlik başına en fazla TTB Kredi Puanı alınabilecek etkinlikler incelendiğinde, 2014-2015 döneminde genel pratisyenlik, genel pratisyenlik – aile hekimliği, göğüs hastalıkları ve halk sağlığı, 2015-2016 döneminde genel cerrahi, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve psikiyatri 2016-2017 döneminde

Tablo 5. Etkinlik türlerinin dönemlere göre TTB Kredi Puanlarının dağılımı

Etkinlik türü	2014-2015 Etkinlik			2015-2016 Etkinlik			2016-2017 Etkinlik		
	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi	Sayı	Toplam Kredi	Başına Kredi
Atölye Çalışması	0	0,0	0,0	4	22,0	5,5	5	36,5	7,3
Çalıştay	9	68,0	7,6	10	126,0	12,6	8	77,5	9,6
Eğitim	58	334,5	5,8	55	275,0	5,0	53	286	5,4
İnternet	3	1,0	0,3	10	41,5	4,2	10	11,5	1,1
Konferans	39	150,0	3,8	23	100,0	4,3	5	68,5	13,7
Kongre	133	3020,0	22,7	138	7262,0	52,6	131	7314,0	55,8
Kurs	145	1705,5	11,8	177	1638,0	9,2	105	1513,5	14,4
Panel	19	86,5	4,6	10	69,0	6,9	2	5,5	2,7
Seminer	50	192,0	3,8	47	167,5	3,5	11	72,5	6,5
Sempozyum	126	976,0	7,7	125	1073,0	8,5	69	948,5	13,7
Diğer	24	37,5	2,7	11	36,0	3,0	5	12,5	2,5
Toplam	606	6571,0	10,8	610	10810,0	17,7	404	10346,5	25,6

ise göğüs hastalıkları, kardiyoloji ile kulak, burun, boğaz hastalıkları tıp uzmanlık alanlarında en fazla TTB Kredi Puanı alındığı saptanmıştır.

STE/SMG Kurulu'na akreditasyon için başvuru alan etkinliklerin türleri içerisinde devama dayalı sürekli tıp eğitimi etkinlikleri (kurs, kongre, sempozyum) ağırlıklı olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Tartışma

STE SMG Kurulu UEMS ile karşılıklı olarak tanınmaktadır. Uluslararası ve uluslararası katılımlı etkinliklerin sayısının artırılmasında bu tanınırlık daha etkin kullanılabilir. Türkiye'de düzenlenen uluslararası ve uluslararası katılımlı STE/SMG etkinliklerinin akreditasyonu için UEMS Türk Tabipler Birliği STE/SMG Kurulunu adres olarak göstermektedir. 2014-2015 döneminde %11,0, 2015-2016 döneminde %10,3, 2016-2017 döneminde %11,1 oranında uluslararası, uluslararası katılımlı STE/SMG etkinliği STE/SMG Kurulu tarafından akredite edilmiştir.

UEMS tarafından akredite edilmiş STE/SMG etkinliklerine Türkiye'den katılan tıp doktorlarının aldıkları krediler STE/SMG Kurulu'na başvurulması durumunda TTB Kredi Puanına eşdeğer olarak dönüştürülmektedir (2).

STE/SMG Kuruluna akreditasyon için başvuru alan düzenleyici yapılar dönemlere göre tıp uzmanlık derneklerinin oranı 2014 2015 döneminde

%61,8, 2015-2016 döneminde %61,3, 2016-2017 döneminde %62,8 olarak görülmektedir. 2014-2015 döneminde ilaç firmaları ve üniversiteler, 2015-2016 döneminde üniversitelerin ve ilaç firmaları, 2016 2017 döneminde ise üniversiteler ve tabip odaları düzenlenen etkinlik sayısı bakımından tıp uzmanlık derneklerini takip etmektedir. 2015-2016 dönemine göre 2016-2017 döneminde %93,3 oranında ilaç firmalarının düzenlediği etkinliklerin sayısındaki düşüş izlenmiştir. Bu değişimde ekonomik nedenler ve Sağlık Bakanlığı'nın mevzuat değişikliklerinin etkisi olduğu görülmektedir (7).

STE SMG Kuruluna akreditasyon için başvuru alan etkinliklerin düzenlendiği illere bakıldığında İstanbul, Ankara, Antalya ve İzmir illeri ilk sıralardadır. Bu dört ilin tüm etkinlikler içerisindeki oranı 2014-2015 döneminde %65,3, 2015-2016 döneminde %74,5, 2016-2017 döneminde %73,7 olarak görülmektedir. Türkiye'de hekimlerin illere dağılımı incelendiğinde toplam hekim sayısı 2016 yılında 144.827 olup İstanbul'da 31.885, Ankara'da 16.597, İzmir'de 9.813 ve Antalya'da 4.598 hekim bulundurmaktadır (8). Bu dört ilde toplam 62.893 hekim bulunmaktadır. Tüm hekimlerin %43,4'ü bu dört ilde çalışmaktadır. 2016-2017 döneminde etkinliklerin düzenlendiği ilk dört ilin tüm iller içerisindeki oranı %73,7 olduğu üzerinden bu dört ilde çalışan hekimlerin tüm

hekimlere oranının %43,4 olması hekimlerin STE/SMG etkinliklerine erişiminde bir kısıtlılığın olduğunu göstermektedir. STE/SMG etkinliklerinin tüm illere yaygınlaştırılması ve hekimlerin etkinliklere erişimlerinin kolaylaştırılması için desteklerin artırılması gerekmektedir.

Tıp uzmanlık alanları yeterli kurulları, yeterli belgelerinin düzenlenmesi aşamasında, yeterli sınavları yanı sıra belirli bir süre için bir tıp doktorunun toplamasını öngördükleri TTB Kredi puanlarını tanımlamışlardır. Bir tıp doktorunun üç yılda toplaması gereken TTB Kredi puanı 150'dir (3). Bu ölçüt üzerinden 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017 dönemlerinde anestezi ve reanimasyon, çocuk sağlığı ve hastalıkları, dermatoloji, enfeksiyon hastalıkları, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, halk sağlığı, iç hastalıkları, iç hastalıkları endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, kardiyoloji, kulak burun boğaz, nöroloji, ortopedi ve travmatoloji, psikiyatri, tıbbi mikrobiyoloji tıp uzmanlık alanları alan tıp uzmanlarına uygun STE SMG etkinliği sunmuş oldukları görülmektedir.

Kredi puanlarının etkinlik türlerine göre dağılımı incelendiğinde devamı dayalı sürekli tıp eğitimi etkinliklerinin (kongre, kurs, sempozyum vb.) öne çıktığı görülmektedir (9). Tıp uzmanlık alanlarında düzenlenen etkinliklerin akreditasyon için STE/SMG Kredi Kuruluna daha çok sayıda başvurması amacıyla 2017 yılında katılımcı sayısının 50 kişiye kadar olduğu STE/SMG etkinliklerinde sponsor desteği olsa bile eğer etkinlikte katılımcı ücreti alınmıyorsa etkinliğin akreditasyonunun ücretsiz olarak yapılması kararı alınmış ve yürürlüğe konulmuştur (10). Bu sayede katılımcı sayısı ve TTB Kredi Puanı küçük olan ancak çok sayıda düzenlenen etkinliklerin sisteme girmesi sağlanacaktır.

E-öğrenme etkinlikleri tıp doktorlarının zaman ve yerden bağımsız STE/SMG etkinliklerine erişimlerini olanaklı kılmaktadır. E-öğrenme etkinliklerinin akreditasyon ölçütleri uzmanlık dernekleri ile birlikte düzenlenerek yürürlüğe girmiştir (6). E-öğrenme konusunda uzmanlık dernekleri temsilcilerine yönelik E-öğrenme Kursu 02 Haziran 2017 tarihinde düzenlenerek dil birliği ve hedeflerin ortaklaştırılması için çaba gösterilmiştir.

Tıp doktorları kendi alanlarında ya da ilgi duydukları diğer tıp uzmanlık alanlarında STE/SMG Kurulu tarafından akredite edilen etkinliklere erişimlerini kolaylaştırmak için tüm etkinlikler TTB web adresinde yer almaktadır (11). Tıp doktorları katıldıkları STE/SMG etkinliklerle ilgili TTB Kredi Puanlarını gerek UYEK (IOS –Android) adlı mobil uygulama ya da TTB web sayfasına girerek beyanları doğrultusunda alabilmektedirler. Sisteme girebilmek için tıp doktorlarının tabip odalarına ya da UDEK üyesi bir tıp uzmanlık derneğine üye olmaları gerekmektedir. STE/SMG Kredi Kurulu sisteminde 10 Mart 2018 tarihi itibarı ile TC Kimlik Numarası ile 102.000 sayıda tıp doktoru kayıtlı bulunmaktadır.

Sonuç

STE/SMG Kurulu, STE/SMG etkinliklerinin gereksinim analizinden, düzenlenmesine, ekonomik katkı alınmasından, hekimlerin erişimine, düzenlenen etkinliklerin değerlendirilmesinden katılımcıların kredi puanlarının derlenmesine çok yönlü tartışma ve değerlendirmelerini sürdürmektedir. Kredilendirme etkinliklerinin ilk yapıldığı 1994 yılından bu yana STE etkinliklerinin gösterdiği gelişim bu çabaların karşılıksız kalmadığını göstermektedir.

Tıp doktorlarının sürekli mesleki gelişimlerini hizmet - çalışma saatleri dışında ve ikincil gören anlayış ve yaklaşımlar sağlık hizmetinin niteliğini bozmakta doğrudan insanların sağlığını olumsuz etkilemektedir.

STE/SMG Kurulu tarafından akredite edilen etkinlikleri ve etkinlik başına kredi puanları incelendiğinde yıllar içerisinde akredite edilen etkinlik sayılarında özellikle 2016-2017 döneminde 2015-2016 dönemine göre %33,8 oranında azalma görülmektedir. Bu azalmaya karşın etkinlik başına kredi puanları incelendiğinde %44,6 oranında artış izlenmektedir.

Türkiye'de tıp uzmanlık alanlarını belirleyen mevzuat Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'dir. Bu yönetmelik ekli listesinde 45 ana dal, 43 yan dal olmak üzere 88 tıp uzmanlık alanı bulunmaktadır. TTB UDEK üyesi uzmanlık dernekleri yeterli kurulları incelendiğinde 45 yeterli kurulunun kurulmuş

olduğu görülmektedir. 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017 dönemlerinde 12 tıp uzmanlık alanında yeterli sayıda STE/SMG etkinliğinin akredite edildiği görülmektedir. 2016-2017 döneminde 5 (çocuk sağlığı ve hastalıkları, genel pratisyenlik, iç hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, tıbbi onkoloji) tıp uzmanlık alanı artışıyla 17 tıp uzmanlık alanında yeterli STE/SMG etkinlik akreditasyonu yapıldığı izlenmektedir. Bu sayının artırılması ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Tıp doktorları için sürekli mesleki gelişim etkinliklerine katılım bir sorumluluk aynı zamanda tıp doktorları için vazgeçilemez ve ödün verilemez bir özlük hakkıdır.

Teşekkür

Yıllar öncesinden bugünün gereksinimlerini doğru analiz edip STE/SMG Sistemini kuran Dr. İskender Sayek ve çalışma arkadaşlarına, STE/SMG Akreditasyon-Kredilendirme çalışmalarını 2004 yılından bugüne taşıyan İkbal Solmaz, Meliha Göksu, Bora Reis Öztürk, Sinan Solmaz'a, sistemi web ortamına taşıyıp düzenleyen Güner Yalkın ve Sevgili Uğur Okman'a teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Orhan Odabaşı

E-posta: odabasiorhan@gmail.com

Kaynaklar

1. TTB Sürekli Tıp Eğitimi / Sürekli Mesleki Gelişim Akreditasyon – Kredilendirme Kurulu Yönergesi <https://kredilendirme.ttb.dr.tr/yonerge.php>

2. Türk Tabipleri Birliği ile Avrupa Tıp Uzmanları Birliği arasında STE/SMG etkinliklerinin karşılıklı tanınması konusundaki anlaşma.
3. Yeniden belgelendirme (resertifikasyon) süreçlerinde toplam 5 yıl içerisinde toplam 300 TTB Kredi Puanı almaları kararı.
4. TTB Sürekli Tıp Eğitimi / Sürekli Mesleki Gelişim Akreditasyon – Kredilendirme Kurulu Yönergesi gereğince oluşturulan "Danışma Kurulu".
5. TTB Sürekli Tıp Eğitimi / Sürekli Mesleki Gelişim Akreditasyon – Kredilendirme Kurulu Katılımcı Girişi <https://kredilendirme.ttb.dr.tr/katilimci.php>
6. TTB STE/SMG Akreditasyon Kredilendirme Kurulu E-öğrenme İlkeleri <https://kredilendirme.ttb.dr.tr/ekler.php>
7. Sağlık Bakanlığı, Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/07/20150703-2.htm>
8. Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Personelinin İllere Göre Dağılımı, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
9. TTB Sürekli Tıp Eğitimi / Sürekli Mesleki Gelişim Akreditasyon – Kredilendirme Kurulu Formlar ve Ekler Ek2. Etkinlik Tanımları <https://kredilendirme.ttb.dr.tr/yonerge.php>
10. TTB Sürekli Tıp Eğitimi / Sürekli Mesleki Gelişim Akreditasyon – Kredilendirme Kurulu Formlar ve Ekler Ek4. Akreditasyon Ücretleri <https://kredilendirme.ttb.dr.tr/yonerge.php>
11. TTB Sürekli Tıp Eğitimi / Sürekli Mesleki Gelişim Akreditasyon – Kredilendirme Kurulu Akredite Etkinlikler Listesi <https://kredilendirme.ttb.dr.tr/index.php>.



Uzm. Dyt. Ezgi Toptaş Bıyıklı¹, Dr. Hilal Yıldırım²

Geliş/Received : 25.04.2017
Kabul/Accepted : 01.11.2017

Öz

Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesinde ruhsal yönden iyi olma hali büyük önem taşımaktadır. Ruhsal durum; çevresel, fizyolojik ve sosyal değişikliklere göre biçimlenmektedir. Duygu durumunu etkileyen bu değişikliklerin belirgin biçimde yaşandığı dönemlerin başında gebelik dönemi ve postpartum (doğum sonrası) dönem gelmektedir. Doğumla birlikte hızla değişen hormonlar ve fizyolojik durumun yanı sıra anne üzerine yüklenen sorumluluklar ve vücut ağırlığındaki artışlar da depresyon riskini artırabilmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlanarak vücut ağırlığının kontrolü hem gebelikte hem de doğum sonrasında depresyondan korunmada önemli bir faktördür. Diyetin enerji, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineral miktarları gereksinimlere göre olmalıdır. Özellikle diyetin artan enerji, protein, omega-3 yağ asitleri, A vitamini, riboflavin, B6 vitamini, folik asit, çinko, selenyum, kalsiyum ve demir ihtiyacını karşılayabilecek düzeyde olması postpartum depresyon riskini azaltabilmektedir. Bu çalışmada vücut ağırlığı değişimi ve farklı besin öğelerinin, postpartum depresyon üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalar derlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Doğum sonrası depresyon, Beslenme tedavisi, Vücut ağırlığı değişimleri

Abstract

Mental well-being has great importance in maintaining a healthy lifestyle. Emotional state is shaped depending on the environmental, physiological and social changes. Foremost among the periods affecting emotional state and in which these changes are distinctly experienced are pregnancy and postpartum. As well as hormones and physiological status which rapidly change concurrent with delivery, the responsibilities laid upon mother and her weight gain may also increase the risk of depression. Control of body weight providing adequate and balanced nutrition is an important factor in preventing depression during both pregnancy and postpartum periods. The amounts of energy, carbohydrate, protein, fat, vitamins and mineral in the diet should be suitable to the needs. Especially a diet that can meet increasing needs for energy, protein, omega-3 fatty acids, vitamin-A, riboflavin, vitamin-B6, folic acid, zinc, selenium, calcium and iron may reduce the risk of postpartum depression. In this work, the studies analysing the effects of body weight change and different nutritional elements on postpartum depression were compiled.

Key words: Postpartum depression, nutrition therapy, body weight changes

1 Öğr. Gör.; Selçuk Ü. Akşehir Kadir Yallağöz Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Konya
2 Doç.; Gazi Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

Giriş

Depresyon kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozuklar sonrasında gelişen duygu durumu bozukluğudur (1). Kadınlarda yaşam boyunca majör depresyon görülme sıklığı % 10-25 oranında değişmekte olup, bu oran erkeklerden 1,5-3 kat daha fazladır. Gebelik ve doğumla birlikte kadınlarda depresyon görülme sıklığı artmaktadır. Depresyonu olan kadınların %26'sı bu hastalıkla gebelik sırasında, %45-65'i ise doğum sonrası (postpartum) dönemde karşılaşılabilmektedir (2).

Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir. Kadınların çoğu gebelik ve doğumla birlikte bu değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken; bazılarında ılımlı düzeyde psikiyatrik belirtiler, bazılarında ise ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (3). Postpartum dönemde ortaya çıkan duygu durum bozuklukları belirtilerin şiddetine, özelliklerine, tedavilerine ve prognozlarına göre; annelik hüznü, postpartum depresyon (PPD) ve postpartum psikoz olmak üzere 3 grupta sınıflandırılmaktadır: (4).

Postpartum depresyon, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Klavuzu'nda (DSM-V) özellikle doğum sonrası ilk 4 hafta içinde başlayan depresyon olarak tanımlanmaktadır (5). Bununla birlikte hastalığın başlangıç döneminin daha çok 6-12. haftalarda olmak üzere 1 yıl içinde herhangi bir zamanda meydana gelebileceği de bildirilmektedir (6).

Postpartum depresyon prevalansının değerlendirildiği bir çalışmada, 40 ülkede yapılmış 143 çalışma değerlendirilmiş ve PPD prevalansının % 10-15 olduğu saptanmıştır. Ülkelerin PPD ortalamalarının; Hong Kong'ta % 16,1, İngiltere'de % 12,8, Fransa'da % 8,5, İtalya'da % 38,1, Tayvan'da % 34,5, Hindistan'da % 32,4, İspanya'da % 17,4, Almanya'da % 17,1, İsveç'te % 12,4 ve Türkiye'de % 29,8 olduğu bildirilmektedir (7).

Postpartum depresyon için çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar; prenatal depresyon, daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stres, annelik hüznü, evlilik sorunları,

düşük benlik algısı, sosyoekonomik durum, gebeliğin istenme durumu, eğitim düzeyi, doğum sayısı, prematüre doğum, emzirme problemleri, tiroid hastalıkları, gebelik komplikasyonları, cinsiyet baskısı, uykusuzluk, fiziksel değişiklikler ve yorgunluktur (8). Gebelik depresyonu geçiren kadınların PPD geçirme riski ortalama 6,5 kat daha fazladır (9).

Depresyonun etiyolojisinde beslenmenin rolünü gösteren birçok görüş olmasına karşın bu görüşleri destekleyecek mekanizmalar henüz tam olarak anlaşılammıştır. Beyin fonksiyonları ile doğrudan ilişkili olan diyetel faktörlerin PPD oluşumunda dolaylı da olsa rol oynadığı ve muhtemel risk faktörlerinden biri olduğu düşünülmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme ile beyin fonksiyonları arasındaki güçlü ilişki, depresyon risk faktörlerinin azaltılmasında önemlidir (10). Gebelik döneminde enerji ve bazı besin öğeleri alımındaki yetersizliğin PPD oluşumu ile ilintili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (11-13). Bu çalışmada vücut ağırlığının ve farklı besin öğelerinin, doğum sonrası depresyon üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmaların derlenmesi amaçlanmıştır.

Vücut Ağırlığı Değişimi ve Postpartum Depresyon

Doğum sonrası dönemdeki ağırlık artışının depresyon riskini artırdığı düşünülmektedir (14). Doğumun 1 yıl sonrasında vücut ağırlığının gebelik öncesi dönemden 5 kg daha fazla olması PPD ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada kadınlar hamilelik öncesi beden kütle indeksine (BKİ) göre 4 gruba (zayıf = BKİ < 19,8, normal ağırlık = BKİ 19,8-25,9, fazla kilolu = BKİ 26-29,0-ve obez = BKİ > 29,0) ayrılmıştır. Çalışma sonunda en az düzeyde depresif belirtiler normal ağırlıkta gebe kalanlarda görülürken, en fazla depresif belirtiler obez olan grupta görülmüştür (15).

Benzer bir çalışmada doğum sonrası vücut ağırlığı artışının depresif belirtileri artırdığı (16); diğer bir çalışmada ise gebelik süresince 16 kg ve üzerinde ağırlık artışının PPD riskini anlamlı olarak artırdığı belirlenmiştir (17).

Bununla birlikte PPD ve vücut ağırlığı arasında ilişki bulunmadığını gösteren bazı çalışmalar da bulunmaktadır (18, 19). Yapılan bir çalışmada

doğum sonrasında 1 yıl süre ile takip edilen kadınlardaki ağırlık değişiminin doğum sonrası depresyon ile ilişkisine rastlanmamıştır (18). Hafif şişman ve şişman kadınlarda doğum sonrası depresyon oranının daha yüksek görülebileceği öngörüsü ile yapılan bir çalışmada yine doğum sonrası depresyon ve beden kütle indeksi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (19).

Gebe kadının vücudundaki değişikliklere uyum sağlaması için, gebeliği süresince kazandığı ağırlık önemlidir. Bebeğin ağırlığının yanı sıra, artan kan hacmi, büyüyen göğüsler, plasenta ve amniyotik sıvı annenin ağırlık artışına katkıda bulunmaktadır. Sağlıklı yetişkin kadınlar için gebelik süresince normal ağırlık kazanımı 10-14 kg (ayda 1-1,5 kg) arasındadır. Gebelik süresince yetersiz ağırlık kazanımı (6 kg'ın altında) düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme riskini artırmaktadır. Sağlıklı bir gebelik için, ağırlık kazanımının miktarı kadar hızı da önemlidir. Gebeliğin ilk üç ayı süresince beklenen ağırlık artışı 1-2 kg olup; adolesanlarda 2-3 kg'dır. Daha sonraki dönemde haftalık ağırlık kazanımı 0,3-0,5 kg civarında beklenmektedir. Gebeliğin başlangıcında şişman olan kadınların fazla ağırlık kazanmasına gerek yoktur (20).

Revize edilerek 2015 yılında yayınlanan Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberinde 19-50 yaş arası kadınlar için günlük 37-33 kkal/kg alınması önerilmektedir. Gebelik döneminin ilk trimesterinde 0-250 kkal/gün, ikinci trimesterinde 300 kkal/gün, üçüncü trimesterinde 300 kkal/gün, doğum sonrası emziklik döneminde ise 500 kkal/gün enerji alımına ek yapılması önerilmektedir (21).

Besin Ögeleri ve Postpartum Depresyon İlişkisi

Gebelik ve doğum sonrası dönem kadınlar için önemli bir nutrisyonel stresör olduğundan bu dönemlerde kadınların ruh hali yetersiz ve dengesiz beslenmenin olumsuz etkilerine karşı savunmasız kalmaktadır. Gebelik döneminde besin ögesi rezervlerindeki azalma ve bununla birlikte artan gereksinmelerin karşılanamamasının PPD riskini artırdığı düşünülmektedir (10).

Depresyonda diyetin enerji ve makrobesin ögesi içeriğinin yanında özellikle PPD ile beslenme ilişkisini inceleyen çalışmalar nörotransmitter ya da çeşitli hormonların metabolizmalarında görev

alan demir, kalsiyum, A, B₂, B₆, B₁₂, D vitamini, folik asit ve uzun zincirli omega-3 yağ asitleri ile diyetin glikemik indeksi ve yükünün etkileri üzerinde yoğunlaşmıştır (22-24).

Karbonhidratlar

Postpartum dönemde diyetle yeterli karbonhidrat sağlanması mental sağlık bakımından önemlidir. Karbonhidrat ve insülin arasındaki dengenin ruh halini etkilediği bilinmektedir. Gebelik döneminde artan insülin seviyesinin postpartum dönemdeki hızlı düşüşü serotonin üretimini azaltarak depresyon riskini artırmaktadır (25). Japonya'da yapılan bir çalışmada yüksek glikemik indeksli diyet tüketen kadınlarda PPD görülme sıklığının düşük glikemik indeksli diyet tüketen gruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada glikemik yük ve PPD görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (24). Yüksek glikemik indeks ve yüksek glikemik yüklü diyetin ruh durumu bozuklukları riskini azalttığı düşünülmektedir. Bu etkiyi insülin salınımını artırıp, serotonin öncüsü triptofanın beyine geçişini kolaylaştırarak sağladığı tahmin edilmektedir (26). Ancak glikemik indeksi yüksek besin alımıyla obezite, diyabet ve bunlarla ilintili diğer kronik hastalıkların görülme sıklığı arasında paralellikler saptandığından, diyetle yer alan karbonhidratlı besinlerin glikemik indekslerinin düşük olması önerilmektedir (27).

Proteinler

Proteinler, ruh durumunun regülasyonunda önemli rol oynamaktadır. Postpartum süreçte elzem aminoasitlerin yeterli miktarda alınması önemlidir. Glutamat, aspartat, GABA ve glisin nörotransmisyonunda uyarıcı ya da inhibe edici rol oynayabilmektedir. Triptofan düzeyindeki düşüşler, nörotransmitter düzeyini yani seratojenik fonksiyonu azaltmakta PPD riskini artırmaktadır. Doğum sonrası depresyon riskinin azaltmak için özellikle emziren annelerin diyet proteininin yarısının hayvansal kaynaklardan sağlanması önerilmektedir (10). 19 ve üzeri yaş grubundaki kadınlar için günlük 1,1-1,4 gr/kg protein tüketimi önerilmektedir. Gebelikte bu protein alımının üzerine günlük 20-25 gr, emziklikte ise 25 gr ek olarak protein tüketimi önerilmektedir (21). Ek olarak tüketilecek 90 gram kırmızı et 20 gram, 240 gram süt (1 büyük su bardağı) ise 8 gram civarında protein sağlar (20).

Yağlar

Diyet yağı ve depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalar omega-3 yağ asitleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Omega-3 yağ asitlerinin depresyon etiolojisinde önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir. Yetersiz omega-3 yağ asidi alımı seratojenik yanıtta ve hücre membran yapısında oluşturduğu değişikliklerle depresyon riskini artırmaktadır. Diğer bir olası mekanizma da beyindeki DHA konsantrasyonundaki azalmaya bağlı olarak PPD riskinin artması yönündedir (28,29). Gebelik döneminde kadının omega-3 depoları boşalmakta bu da PPD riskini artırmaktadır. Yapılan kapsamlı bir çalışmada 14532 kadın incelenmiş ve balık/balık yağı tüketimindeki artışın PPD riskini azalttığı saptanmıştır (30). Benzer biçimde gebelik ve doğum sonrası dönemde yetersiz omega-3 alımının postpartum depresyon riskini artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (22,31). Yeterli omega-3 alımının bir yansıması olan anne sütü DHA düzeyi ile postpartum depresyon ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, anne sütü DHA düzeyi yüksek olan kadınlarda postpartum depresyon sıklığı anlamlı olarak düşük bulunmuştur (31). Çalışmalar ağırlıklı olarak PPD oluşma sürecinde omega-3 ün etkisini araştırmaktadır. Yapılan bir çalışmada omega-3'ün postpartum depresyonunun tedavisindeki rolü incelenmiştir. Postpartum depresyonlu kadınlara 8 hafta boyunca günlük 2,8 gram omega-3 takviyesi verilmiş ve depresif belirtilerinde kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma tespit edilmiştir (32). Bununla birlikte PPD gelişimi ile omega-3 yağ asitleri arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur ve daha kapsamlı çalışmaların gerekliliği vurgulanmaktadır (33,34). Her yaş grubundaki kadınlar için gebelikte 1,4 gr, emzilikte ise 1,3 gr omega-3 tüketimi önerilmektedir. Diyetle alınması önerilen omega-3 miktarına ulaşmak için; haftada en az 2-3 kez balık (350-400 g) yenilmesi önerilmektedir. Bunun sağlanamadığı durumlarda balık yağı (tablet ya da damla olarak) desteği alınabilir (21).

B Grubu Vitaminleri

Riboflavinin gebelik döneminde ve postpartum dönemde yeterli düzeyde alımının maternal enerji düzeyleri ve duygu durumlarının dengelenmesinde faydalı olduğu düşünülmektedir (22). Miyake ve arkadaşlarının (2006), 865 Japon kadınlara yaptıkları bir çalışmada, gebeliğin son 3

ayında 1,4 mg/gün riboflavin alımının PPD riskini azalttığı saptanmıştır (35).

Postpartum dönemdeki Japon kadınlar üzerinde yapılan çalışmada gebelik süresince ve doğum sonrasında folik asit alımı ile PPD oluşumu arasında bir ilişki saptanmamıştır (35). Benzer biçimde 2856 kadın üzerinde yürütülen bir son dönem çalışmasında da gebelikte folik asit alımı ve PPD arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır (36). Aynı çalışmalarda nörotransmisyonunda rolü olan B₁₂ vitamini ve PPD ilişkisi de incelenmiş ve yine anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (35,36).

B₆ vitamininin bir metaboliti olan piridoksal 5-fosfat (PLP) triptofandan serotonin oluşumunda etkili olan yardımcı bir enzimdir. Dolayısıyla, B₆ vitamininin yetersizliğinde depresyon görülebileceği düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan bir araştırmada, katılımcıların plazma B₆ düzeyleri azaldıkça PPD düzeyinin arttığı saptanmıştır (37). Başka bir çalışmada ise, gebelik süresince B₆ alımı ile doğum sonrasında oluşan depresyon arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (36). Her yaş grubundaki kadınlar için sırasıyla gebelikte 1,4 mg, 1,9 mg, 600 mcg, emzilikte ise 1,6 mg, 2 mg, 500 mcg riboflavin, B₆ vitamini ve folik asit tüketimi önerilmektedir (21). Riboflavinin en zengin kaynakları; et, süt ve yumurta gibi hayvansal protein kaynağı yiyeceklerdir. Ayrıca yeşil yapraklı sebzeler, kurubaklagiller ve maya riboflavinin iyi kaynakları olarak sayılabilir. B₆ vitamini hayvan ve bitki dokularında proteinle birlikte bulunur. Bu nedenle yiyeceklerin B₆ vitamini değerleri protein miktarı ile orantılıdır. Folik asidin en yoğun bulunduğu besinler ise karaciğer, diğer organ etleri, kurubaklagiller ve yeşil yapraklı sebzelerdir (38).

A Vitamini

A vitamini ve PPD arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Fakat bir son dönemde yapılan bir çalışmada, emzirmeyen kadınlarda A vitamininin PPD riskini artırdığı vurgulanmıştır. Bu risk artışının nedeninin gebelikte vücutta depolanan retinoidlerin emzirmeyen kadınlar için toksik etki göstermesi olabileceği bildirilmiştir. Emzirme dönemi için gebelik süresince karaciğer ve göğüslerde depolanan retinoidler anne sütü üretiminde

kullanılmaktadır. Emzirmeyen kadınlarda biriken retinoidlerin kullanılmaması sonucunda vücuttaki retinoid konsantrasyonun arttığı ve bu artışın depresif belirti ve depresyon riskini yükselttiği düşünülmektedir (39). On dokuz ve üzeri yaş grubundaki kadınlar için gebelikte 770 mcg, emzilikte ise 1300 mcg A vitamini tüketimi önerilmektedir (21). Hayvansal besinlerden; süt, peynir, tereyağ ve yumurta bitkisel besinlerden ise yeşil yapraklı sebzeler, havuç ve kayısı A vitamini açısından zengin kaynaklardır. Bir adet yumurta (50 gr) 120 mcg A vitamini sağlarken, orta büyüklükteki bir havucun yarısı (50 gr) 250 mcg A vitamini sağlayabilmektedir (38).

D Vitamini

Düşük D vitamini seviyesinin depresyon riskini artırdığı bilinmektedir (21). D vitamini hipotalamustaki nöronları koruyarak glikozun beyine transportuna destek olmaktadır. D vitamini yetersizliği bu mekanizmayı tetikleyerek nöropiskiyatrik hastalıkları tetikleyebilmektedir. Ayrıca, beyindeki D vitamini reseptörlerinin dağılımı ve 25 (OH)D seviyesi depresyonun patolojisinde rol almaktadır (40). Depresyon tedavisinde D vitamininin etkisini inceleyen 2 çalışmada, D vitamini takviyesinin depresif belirtileri anlamlı ölçüde azalttığı görülmüştür (41,42). Postpartum dönemdeki 97 kadında D vitamini seviyesi ve PPD arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise, katılımcılar 7 aylık takip süresince her ay depresyon açısından değerlendirilmiş ve D vitamin seviyeleri ölçülmüştür. Takip sonucunda D vitamini seviyesi düşük olanlarda (<32 ng/ml) yüksek olanlara göre PPD riski anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (43). Her yaş grubundaki kadınlar için gebelikte ve emzilikte 10 mcg kolekalsiferol eşdeğeri 400 IU D vitamini önerilmektedir (21). Genellikle güneş ışınları aracılığı ile D vitamini gereksinimi karşılanabilmektedir. Güneş ışınlarından yeterli oranda faydalanamayan gebe ve emzickliler için günlük 1 çay kaşığı balık yağı alınması yeterlidir (38).

Demir

Yapılan birçok çalışmada anemisi olan kadınlarda PPD sıklığının yüksek olduğu görülmüştür (44,45). Demir nörotransmitter sentezinde rol alan birçok enzim için kofaktördür. Ayrıca spinal kordun uygun miyelinizasyonu için gereklidir. Yeterli düzeyde demir ruhsal durum

bozukluklarında dopamin sentezi için de gereklidir (45). Gebelik öncesinde anemisi olmayan 281 kadın üzerinde yapılan çalışmada, hemoglobin düzeyi <11g/dL olan kadınlarda PPD görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (44). Albacar ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, 729 kadının doğumdan 2 gün sonraki serum demir parametreleri alınmış ve doğum sonrası 32. haftaya kadar belirli aralıklarla PPD skorları değerlendirilmiştir. 32 hafta sonunda katılımcıların %9'unda PPD olduğu saptanmış ve bu kadınların serum demir parametreleri anlamlı olarak PPD oluşmayan kadınlardan düşük bulunmuştur (46). Postpartum dönemdeki Çinli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise; anemi durumları ile PPD arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (47). Her yaş grubundaki kadınlar için gebelikte 27 mg, emzilikte ise 18 mg demir tüketimi önerilmektedir (21). Gebelikte beslenme programı içinde demirden zengin besinlerin (kırmızı et, kümes hayvanları, kuru baklagiller, kuru meyveler, pekmez, tam tahıl ve zenginleştirilmiş tahıl ürünleri gibi besinler) yer alması önemlidir. Ayrıca demir emilimini engellediği için yemeklerle birlikte çay- kahve içilmemelidir. Yemeklerde C vitamininden zengin olan taze meyve ve suları ile salataların bulunması demirin vücutta kullanımını artıracaktır. Sağlık Bakanlığı; gebelerde klinik anemi olmasa da günlük demir gereksinimi göz önüne alınarak tüm gebelere ikinci trimestirden başlayarak 6 ay ve doğum sonu 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40-670 mg elementer demir verilmesini önermektedir (20).

Kalsiyum

Kalsiyum, nöronal uyarının düzenlenmesinde ve nörotransmitterlerin sentez ve salınımında önemli bir role sahiptir. Duygulanım bozukluklarının patofizyolojisinde hücre içi kalsiyumun rolü olduğu bilinmektedir (10). Kalsiyum ve PPD arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada prenatal kalsiyum suplementasyonunun PPD riskini azalttığı görülmüştür (48). 19 ve üzeri yaş grubundaki kadınlar için gebelikte 1300 mg, emzilikte ise 1000 mg kalsiyum tüketimi önerilmektedir (21). 240 gram (büyük su bardağı) süt ya da yoğurt günlük yaklaşık 300 mg kalsiyum sağlar. Süt ve süt ürünleri, yeşil yapraklı sebzeler, kuru baklagiller iyi bir kalsiyum kaynağıdır (20).

Sonuç ve öneriler

Postpartum depresyon çok sayıda kadını ilgilendiren önemli bir hastalıktır. Bebeğin dünyaya gelmesi ile annenin hormon seviyelerinde ani değişimler gözlenmekte, bu süreçte yaşanan stres, emzirme konusunda karşılaşılan güçlükler, sorumluluğun artması ve beslenme bozuklukları PPD riskini artırmaktadır. Anne bu süreçte çevresi tarafından desteklenmeli ve dinlendirilmelidir. Postpartum depresyonun beslenme tedavisi yeterli ve dengeli beslenmeyle sağlanabilmektedir. Özellikle diyetin artan enerji, makro ve mikro besin öğeleri gereksinimini karşılayabilecek düzeyde olması PPD riskini azaltabilecektir.

İletişim: Dyt. Ezgi Toptaş Bıyıklı

E-posta: dyt.ezgi@hotmail.com

Kaynaklar

1. Çiftçi H, Yıldız E, Mercanlıgil SM. Depresyon ve beslenme tedavisi, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28: 369-377.
2. Kolko ELM, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: Healthy mom, healthy baby. Womens Health 2004; 59: 181-91.
3. Öztürk R, Kavlak O, Sevil Ü. Postpartum depresyonda kültürel faktörlerin önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012; 28(3): 107-16.
4. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Postpartum psychiatric problems of mothers: review. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007; 17(2): 126-33.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. Fifth edition. American Psychiatric Association; 2013.
6. Erdem Ö, Bucaktepe PG. Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. Dicle Tıp Derg 2012; 39(3): 458-61.
7. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. Journal of Affective Disorders, 2006; 91: 97-111.
8. İkedo M, Kamibeppu K. Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R-J). BMC Pregnancy and Childbirth 2013; 13: 112.
9. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn HA. When depression complicates child bearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am 2009; 36: 771-88.
10. Kaner G, Samur G. Postpartum depresyonda beslenmenin rolü. Beslenme ve Diyet Dergisi 2012; 40: 51-8.
11. Claesson IM, Josefsson A, Sydsjö G. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. BMC Public Health 2010; 10: 766.
12. Mouratidou T, Ford F, Prountzou F, Fraser R. Dietary assessment of a population of pregnant women in Sheffield, UK. Br J Nutr. 2006; 96: 929-35
13. Pinto E, Barros H, dos Santos Silva I. Dietary intake and nutritional adequacy prior to conception and during pregnancy: A follow-up study in the north of Portugal. Public Health Nutr. 2009; 12: 922-31.
14. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. J Health Psychol 2009; 14: 27-35.
15. La Coursiere DY, Baksh L, Bloebaum, Varner MW. Maternal body mass index and self-reported postpartum depressive symptoms. Matern Child Health J 2006; 10: 385-90.
16. Walker L, Timmerman GM, Kim M, Sterling B. Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse, low income women. Women Health 2002; 36: 101-21.
17. Barbadoro P, Cotichelli G, Chiatti C, Simonetti ML, Marigliano A, Di Stanislao F, et al. Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. Women Health. 2012; 52: 352-68.
18. Herring SJ, Rich-Edwards JW, Oken E, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Gillman MW. Association of postpartum depression with weight retention 1 year after childbirth. Obesity (Silver Spring). 2008; 16(6):1296-301.
19. Krause K, Ostbye T, Swamy G. Occurrence and Correlates of Postpartum Depression in Overweight and Obese Women: Results from the Active Mothers Postpartum (AMP) Study. Matern Child Health J. 2009; 13: 832-838.
20. Samur Eroğlu G. Gebelik ve Emzilik Döneminde Beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2. Baskı. Ankara: 2012.
21. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Yenilenmiş 1. Baskı. Ankara: 2015.
22. Ellsworth-Bowers, ER, Corwin, EJ. Nutrition and the psychoneuroimmunology of postpartum depression. Nutr Res Rev 2012; 25(1): 180-192.
23. Rechenberg K, Humphries D. Nutritional interventions in depression and perinatal depression. Yale Journal Of Biology and Medicine 2013; 86: 127-37.
24. Murakami K, Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Yokoyama T, Ohya Y, et al. Dietary glycemic index and load and the risk of postpartum depression in

- Japan: the Osaka Maternal and Child Health Study. *J Affect Disord*. 2008; 110:174-9.
25. Chen TH, Lan TH, Yang CY, Juang KD. Postpartum mood disorders may be related to a decreased insulin level after delivery. *Med Hypotheses* 2006; 66: 820-3.
 26. Wurtman, RJ, Wurtman, JJ, Regan, MM, McDermott, JM, Tsay, RH, Breu, JJ. Effects of normal meals rich in carbohydrates or proteins on plasma tryptophan and tyrosine ratios. *Am. J. Clin. Nutr* 2003; 77; 128-132.
 27. Çiftçi H, Akbulut G, Yıldız E, Mercanligil SM. Kan Şekerini Etkileyen Besinler. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
 28. Bodnar L, Wisner K. Nutrition and Depression: Implications for Improving Mental Health Among Childbearing-Aged Women. *Biol Psychiatry* 2005; 58: 679-85.
 29. Levant B. N-3 (omega-3) fatty acids in postpartum depression: implications for prevention and treatment. *Depression Research and Treatment* 2011; 467349: 1-16.
 30. Hibbeln JR. Seafood consumption, the DHA content of mothers' milk and prevalence rates of postpartum depression: a cross-national, ecological analysis," *Journal of Affective Disorders*. 2002; 69: 15-29.
 31. De Vriese SR, Christophe AB, Maes M, Lowered serum n-3 polyunsaturated fatty acid (PUFA) levels predict the occurrence of postpartum depression: further evidence that lowered n-PUFAs are related to major depression. *Life Sciences* 2003; 73: 3181-7.
 32. Freeman MP, Hibbeln JR, Wisner KL, Brumbach BH, Watchman M, Gelenberg AJ. Randomized dose-ranging pilot trial of omega-3 fatty acids for postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113: 31-5.
 33. Browne JC, Scott KM, Silvers KM. Fish consumption in pregnancy and omega-3 status after birth are not associated with postnatal depression. *J Affect Disord*. 2006; 90: 131-9.
 34. Strøm M, Mortensen EL, Halldorsson TI, Thorsdottir I, Olsen SF. Fish and long-chain n-3 polyunsaturated fatty acid intakes during pregnancy and risk of postpartum depression: a prospective study based on a large national birth cohort. *Am J Clin Nutr*. 2009; 90: 149-55.
 35. Miyake Y, Sasaki S, Tanaka K, Yokoyama T, Ohya Y, Fukushima W, et al. Dietary folate and vitamins B12, B6, and B2 intake and the risk of postpartum depression in Japan: the Osaka Maternal and Child Health Study. *J Affect Disord*. 2006; 96: 133-8.
 36. Blunden CH, Inskip HM, Robinson SM, Cooper C, Godfrey KM, Kendrick TR. Postpartum depressive symptoms: the B-vitamin link. *Mental Health in Family Medicine* 2012; 9: 5-13.
 37. Hvas AM, Juul S, Beech P, Nexø E. Vitamin B6 level is associated with symptoms of depression. *Psychother Psychosom* 2004; 73: 340-343.
 38. Baysal A. Beslenme. Hatiboğlu yayınları. 14. Baskı. Ankara: 2012.
 39. Mawson A, Wang X. Breastfeeding, retinoids, and postpartum depression: A new theory. *Journal of Affective Disorders* 2013; 150: 1129-35.
 40. Gould JA, Anderson AJ, Yelland LA, Smithers LG, Skeaff CM, Gibson RA, et al. Association of cord blood vitamin D at delivery with postpartum depression in Australian women. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2015; 55(5), 446-452.
 41. Jorde R, Sneve M, Figenschau Y, Svartberg J, Waterloo K. Effects of vitamin D supplementation on symptoms of depression in overweight and obese subjects: randomized double blind trial. *J Intern Med*. 2008; 264: 599-609.
 42. Sanders KM, Stuart AL, Williamson EJ, Jacka FN, Dodd S, Nicholson G, et al. Annual high-dose vitamin D3 and mental wellbeing: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 357-64.
 43. Murphy PK, Mueller M, Hulsey TC, Ebeling MD, Wagner CL. An exploratory study of postpartum depression and vitamin D. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2010; 16: 170-7.
 44. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association between maternal anaemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health Popul Nutr* 2013; 31(3): 398-402.
 45. Etebary S, Nikseresht S, Sadeghipour HR, Zarrindast MR. Postpartum Depression and Role of Serum Trace Elements. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2010; 5(2): 40-46.
 46. Albacar G, Sans T, Martin- Santos R, Garcia-Estevé L, Guillaumat R, Sanjuan J, et al. An association between plasma ferritin concentrations measured 48 h after delivery and postpartum depression. *Journal of Affective Disorders* 2011; 131: 136-142.
 47. Armony-Sivan R, Shao J, Li M, Zhao G, Zhao Z, Xu G, et al. No relationship between maternal iron status and postpartum depression in two samples in China. *Journal of Pregnancy* 2012; 521431: 1-7.
 48. Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron D, Hatton D. Prenatal calcium supplementation and postpartum depression: An ancillary study to a randomized trial of calcium for prevention of preeclampsia. *Arch Womens Ment Health*. 2001; 3: 141-6.



Laktasyon Döneminde Gebelik ve Emzirme

Pregnancy and Breastfeeding in the Lactation Period

Dr. Nursan Çınar¹, Özge Karakaya Suzan²

Geliş/Received : 01.08.2017
Kabul/Accepted : 15.12.2017

Öz

Kadının yaşam dönemlerinden biride doğurganlık çağı içinde yer alan laktasyon dönemidir. Emzirme, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun, eşi bulunmaz bir beslenme yöntemidir. Bunun yanı sıra anne ile bebeğin sağlığı üzerinde de çok özel biyolojik ve duygusal bir etkiye sahiptir. Çeşitli nedenler sonucunda emzirme sıklığının azaltılması, emzirmenin erken sonlandırılması ile sonuçlanabilmektedir. Bu nedenlerden biri emzirme döneminde meydana gelen gebeliklerdir. Emzirme döneminde meydana gelen gebeliklerin nasıl yönetilmesi gerektiği konusunda bir görüş birliği yoktur, bazı otoriteler emzirmeyi desteklerken, bazıları emzirmeyi bırakmayı önermektedir. Laktasyon döneminde gebe kalan annelere yapılan danışmanlık, emzirmenin devamı için önemlidir. Bu derlemede; laktasyon döneminin fertilitiyi etkileme durumunu, laktasyon döneminde gebe kalınca emzirmenin bırakılmasının ne derece doğru olduğunu, gebeyken emzirmenin düşük ya da erken doğum riskini tetikleyip tetiklemediğini ve çoğul bebek emzirmesinin mümkün olup olmadığını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Laktasyon dönemi, Gebelik, Emzirme, Anne sütü

Abstract

One of the stages in women's life is the lactation period, which is included in reproductive age. Breastfeeding is a unique and most appropriate form of nutrition for the healthy growth and development of infants. Furthermore, it has an exceptional biological and emotional impact on the health of mother and infant. The reduction in breastfeeding frequency due to various reasons may result in early termination of breastfeeding. One of these reasons is the pregnancies that occur during the breastfeeding period. There is no consensus on how pregnancies that occur during the breastfeeding period should be managed; some authorities support breastfeeding while some of them suggest terminating breastfeeding. Consultancy provided for mothers who get pregnant during the lactation period has great importance in continuation of breastfeeding. In this review, it was aimed to evaluate how the lactation period affects fertility, to what extent it is correct to terminate breastfeeding when a female gets pregnant during the lactation period, whether breastfeeding during pregnancy triggers the risks of miscarriage or premature birth and whether multiple breastfeeding is possible.

Key words: Lactation period, Pregnancy, Breastfeeding, Breast milk

1 Prof.; Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Sakarya
2 Arş. Gör.; Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Sakarya

Laktasyon Döneminde Gebelik ve Emzirme

Kadının yaşam dönemlerinden biride doğurganlık çağı içinde yer alan laktasyon dönemidir.

Laktasyon anne sütünün oluşum sürecidir. Anne sütü; içeriğinin yenidoğanın ihtiyacına göre oluşması, enfeksiyonlara karşı bariyer görevi taşıması, bebeğin fizyolojik ve psikososyal gereksinimlerini ilk altı ay tek başına karşılaması ve ekonomik olması gibi özellikleri sebebi ile bebekler için en ideal besindir (1). Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ilk altı ay yalnızca anne sütü ve ek besinlerle beraber 2 yaşına kadar emzirmeyi önermektedir. Tüm bu önerilere ve bilimsel kanıtlara karşın DSÖ'nün 2010 verilerine göre ülkemizde ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenme oranı %41.6 olarak bildirilmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (2013) 20–23 aylık bebeklerin %33.9'unun anne sütü aldığı ve ortalama anne



Fotoğraf: Özge Karakaya Suzan'ın arşivinden

sütü ile beslenme süresinin 1.2 ay, ortalama emzirme süresi ise 16.7 ay olduğu ve iki doğum arasındaki sürenin 24 aydan kısa olma durumunun %18.0 olduğu bildirilmiştir (2). Bildirilen bu verilere göre laktasyon döneminde olan annelerin önemli bir bölümü yeniden gebe kalmaktadır. Emzirmenin istenilen düzeyde olmaması ya da çeşitli sebeplerden dolayı emzirme sıklığının azaltılması, emzirmenin erken sonlandırılması ile sonuçlanabilmektedir. Bu sebeplerden biri de emzirme döneminde meydana gelen gebeliklerdir. Bu dönemde meydana gelen gebeliklerin nasıl yönetilmesi gerektiği konusunda bir görüş birliği yoktur, bazı otoriteler emzirmeyi desteklerken (3,4) bazıları emzirmeyi bırakmayı önermektedir (5). Genel olarak gebe annenin emzirmesinde sakınca olmadığı belirtilmektedir. Moscone ve Moore (1993), gebelik döneminde emziren ve gebelikleri sorunsuz olan 51 kadınla yaptıkları bir araştırmada, ebelerin izleminde olan kadınların emzirmeye eğilimlerinin kadın-doğum uzmanlarıyla olan gruba oranla daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (6). Araştırmada annelerin gebeliklerinin başlangıcında sağlıklı oldukları ve tıbbi bir sorunlarının olmadığı ve doğan bebeklerin sağlıklı oldukları belirtilmektedir. Marquiz ve ark. 2002 yılında yaptığı bir çalışmada, Guatemala'da gebe kadınların yaklaşık %50.0'sinin ve Peru'da %10.0'unun gebe iken çocuklarını emzirdiği belirtilmiştir (3).

Laktasyon döneminde gebe kalan annelere verilen danışmanlık hizmeti, emzirmenin devamı konusunda önemli bir yere sahiptir. Bu derlemede; laktasyon döneminin fertilitiyi etkileme durumunu, laktasyon döneminde gebe kalınca emzirmenin bırakılmasının ne derece doğru olduğunu, gebeyken emzirmenin düşük ya da erken doğum riskini tetikleyip tetiklemediğini ve çoğul bebeklerin emzirilmesinin mümkün olup olmadığını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Laktasyonun Fertiliteye Etkisi

Emzirme ovulasyonu engellemekte, laktasyonel amenoreye neden olmaktadır. Emziren annede meme uçları ve areoladaki sinirler uyarılır. Bu uyarı hipotalamusa ulaşır ve ön hipofizden prolaktin, arka hipofizden oksitosin salınımı tetiklenir. Bu mekanizma sonucunda, hipotalamus-hipofiz-over fonksiyonları inhibe olur, lutein ve folikül tetikleyici hormon salgılanması ve böylece adet döneminin erken

başlaması önlenir. Ayrıca laktasyonel amenore demir kaybını da azaltır. Yapılan çalışmalarda, anne bebeğini ilk altı ay yalnızca anne sütü ile besliyorsa, emzirmenin gebeliğe karşı %98.0 oranında koruyucu etkisinin olduğu saptanmıştır (7). Radwan ve ark. (2009), doğumdan sonraki altı ay boyunca bebeklerine yalnızca anne sütü veren annelerde, formüla ya da karışık besleyen annelere kıyasla laktasyonel amenore olasılığının önemli derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir (8). Filipinler de yapılan bir çalışmada ise; gebeliğe karşı laktasyonel amenore en güvenilir koruyucu yöntem olarak bulunmuş ve bebeklerin beslenme sıklığı ölçülmüş, altıncı aydan önce ovulasyonu gerçekleşen kadınların daha az emzirdiği saptanmıştır (9). Bununla birlikte bebeklerini tek başına anne sütü ile beslemeyen kadınlarda laktasyon, kontrasepsiyon yöntemi olarak etkili olmamaktadır. Örneğin Mısır'da gebelik takibine gelenlerin %25.0'i emzirirken gebe kalmıştır (10). Guatemala'da gebeliklerin yarısının emzirirken gerçekleştiği ve Hindistan'da ekonomik durumun düşük olduğu bölgelerde annelerin %70.0'inin gebe kaldığında hala emzirdiği bilinmektedir (11).

Laktasyon döneminde emziren anne gebe kaldığında ve emzirme ile ilgili devam etme kararı verdiğinde, sağlık personeli annenin beslenme konusunda nasıl bir yol izleyeceğini anneye açıklamalıdır.

Laktasyon ve Beslenme

Emziren annelerin gebelik dönemlerinde ortaya çıkan besin gereksinimlerine yönelik belirli bir klavuz mevcut değildir. Ancak emziren ve yeniden gebe olan bir annenin diğer gebelerden daha fazla protein, karbonhidrat, vitamin ve suya ihtiyacının olacağı kesindir. Gebelik haftasına ya da emziren annenin yaşına göre değişmekle beraber kabaca enerji için %34.6, protein için %54.0 oranında ihtiyaç oluşmaktadır (12). Gebelik süresince gebenin normal beslenmeye ek olarak ortalama ilk trimesterde 150 kcal/gün, ikinci ve üçüncü trimesterde 300 kcal/gün alması gerekir (13). Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü emziren annelerin çeşitli sebze, meyve, tahılları içeren, kalsiyum ve proteinden zengin bir diyet ile beslenmelerini önermektedir (14).

Yeterli ve dengeli beslenen bir annenin sağlıklı ilerleyen gebeliğinde emzirmenin herhangi bir risk

oluşturmadığına dair kanıtlar bulunmuştur. Anne ve çocuk istediği takdirde uzun süre emzirmenin bir zararı yoktur. Buna uygun olarak Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (American Academy of Family Physicians) 2008 yılında bir bildiri ile normal seyreden bir gebelikte emzirmeyi desteklemiş, iki yaş altında çocuklarda emzirmenin kesilmesinin çocuk hastalıklarına yakalanma olasılıklarını artırdığının altını çizmiştir (15).

Fetusun Büyüme Gelişmesi

Kültürlerdeki yaygın inançlar gebelik döneminde emzirmenin doğru olmadığını, fetusa zararlı olduğunu ve gebeliğin erken doğumla sonuçlanacağını iddia eder. Literatür incelendiğinde, laktasyon dönemindeki gebeliklerde, emzirmenin fetusun doğum ağırlığına ve gelişimine olumsuz etkisinin olmadığını gösteren sonuçlar ortaya çıkmıştır. Ayrım ve ark.'nın (2014), Türkiye'de 165 kadın ile yaptıkları retrospektif çalışmada gebelik döneminde emziren 45 kadınla emzirmeyen 120 kadının gebelikleri karşılaştırıldığında; her iki grupta da intrauterin büyüme geriliğinin olmadığı saptanmıştır (16). Madarshahian ve ark. (2012) yaptığı çalışma da emziren annelerin bebekleri ile emzirmeyen annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirmiştir (4).

Gebe Anne Tarafından Emzirilen Bebeğin Büyüme Gelişmesi

Laktasyon döneminde gebe kalan kadınlarda bebeğin gelişiminin emzirmeden nasıl etkilendiğini saptamak zordur. Devocioğlu ve ark. (2014) ilki postpartum 3. ayda, ikincisi 15. ayda gebe olduğunu öğrenen, hem gebelik boyunca hem de doğumdan sonra ilk bebeğini emzirmeye devam eden iki anne ile yaptıkları bir çalışmada, gebeliklerinin ilk altı aylık kontrollerinde emzirilen bebeklerin gelişimlerinin normal olduğu ve bu nedenle yalnızca anne sütü ile beslenmelerinin yeterli olduğunu bildirmişlerdir (17). Cetin ve ark.(2014) tarafından gebelik ve emzirmenin tıbbi uyumunu sağlamak üzere yapılan detaylı literatür taramasının sonuçlarının yayınlandığı raporda: 'Bütünsel olarak, hamilelikte emzirmenin anne, embriyo, cenin ve emen bebeğin sağlığı üzerinde potansiyel olumsuz sonuçlarının kanıta dayalı olmadığı kabul edilmelidir' ifadesi yer almaktadır (18).

Laktasyon ve Abortus

Emzirirken arka hipofizden salgılanan oksitosin uterus kontraksiyonunu uyarır ve doğum sonrası uterus involüsyonunu kolaylaştırır. Dolayısıyla gebelik sırasında emzirmenin oksitosin salınımını artırarak uterus kontraksiyonlarına yol açabileceği, fetal büyüme retardasyonu, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve gebeliğin spontan düşükle sonlanabileceği düşünülmektedir (19). İran'da yapılan bir çalışmada emzirme dönemi ile örtüşen 80 gebelik ve örtüşmeyen 240 gebelik gözlemlenmiş ve gebelik sorunlarıyla karşılaşma açısından (enfeksiyon, yüksek tansiyon, kanama) bir fark bulunmamıştır. Üstelik gebelik boyunca emzirmiş olan anneler zamanında doğum yapmıştır (4). Japonya da yapılan bir çalışmada, emzirme dönemiyle örtüşen 110 gebelik ile örtüşmeyen 774 gebelik karşılaştırılmış; gebe iken emzirenlerde %7.3 oranında, emzirmeyenlerde ise %8.4 oranında düşük meydana geldiği ancak düşük yapma durumunda iki grup arasında kayda değer bir fark olmadığı bulunmuştur (20). Ayrim ve ark.'nın (2014) Türkiye'de 165 kadın ile yaptıkları retrospektif bir çalışmada, hamile kaldığında emziren 165 bebek bekleyen kadından 45'inin emzirmeye devam ettiği; 120 sinin ise emzirmeyi kestiği saptanmıştır. Bununla birlikte iki grup arasında düşük, erken doğum kasılmaları, erken doğum açısından istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (16). Genel olarak kontraksiyonlar ya da kanama olduğunda, annenin spontan düşük öyküsü ya da annede emzirmeye bağlı aşırı ağırlık kaybı olduğunda emzirmeye son verilmesi önerilmektedir (20).

Sütün Tadı

Yapılan kapsamlı çalışmalarda, gebelik döneminde emziren bebeğin aldığı sütte herhangi bir değişiklik gözlemlenmemiştir. Anne sütünde yenidoğan bebeğe uygun olan kolostrum fazı üretilir. Bir yandan da otokrin sistem kontrolünde olan süt üretimi, büyük çocuk için süt üretmeye devam eder (6). Büyük çocuğun anne memesine kazandırdığı emme ve emzirme pratiği, küçük çocuğa konfor ve rahat emme olanağını sağlar. Ayrıca bu durum annenin, "sütünün yeterli olup olmayacağı" konusundaki kaygısını ortadan kaldırır. Anne emzirme sıklığı ile ilgili kaygı

yaşadığında bu durum süt üretimini azaltabileceği gibi; sütün bileşimindeki vitamin ve mineral dengesinde de bir takım azalmalara yol açabilmektedir. Bu değişiklik anne sütü alan bebek için süt tadına farklı yansıdığı, dolayısıyla bebeğin aslında her defasında farklı tat alarak emdiği bilinmektedir (21).

Çoğul Bebeklerde Emzirme

Çoğul bebekler sıklıkla prematüre ve düşük doğum ağırlıklı olduğu için anne sütü ile beslenmeleri çok daha önemlidir (7). Anne sütü az oranda laktoz içerirken, yüksek miktarda lizozim, yağ ve sodyum içerir (22). Sütün miktarı ise, bebekler iki-üç aylık olduğunda günlük üç litreden fazla olur. Ancak bu miktara ulaşma, uygun emzirme teknikleri ve süt artırma yöntemleri ile ilgili eğitimlerle mümkün olabilir (23). Öncelikle annelerin kendilerine güvenmeleri, yeterince dinlenmeleri, iyi beslenmeleri, yakınlarından destek almaları ve bebeklerinin emme gücünün yeterli olması gerekir (24). Annelerin çoğul bebeklerini emzirirken ürettikleri süt miktarının yeterli olabileceği konusunda desteklenmesi, kendilerine olan güvenin artırılmasında önemlidir.

Sonuç ve Öneriler

Literatürden elde edilen bilgiler laktasyon döneminde iken yeni bir gebelik olduğunda emzirmenin anneye/fetusa/bebeğe zararlı olduğunu ya da üçü için de tamamen güvenli olduğunu kanıtlayamamaktadır. Bu nedenle anneler yeniden gebe kaldıklarında kendilerine uygun kişisel kararlar alabilirler. Gebe iken emzirme konusundaki seçimler bireye odaklı olmalıdır. Sağlık alanında çalışanlar böyle durumlar ile karşılaştığı zaman, süttten kesmeyi tavsiye etmemeli ancak, anneyi bebeği ve fetusu olumsuz etkileme ihtimaline karşı yakından gözlemelidirler. Olumsuz etkiler görüldüğü takdirde gereken önlemler alınmalıdır. Her koşulda emziren gebeye beslenmesinin büyük önem taşıdığı ve bu nedenle sağlıklı beslenmeye önem vermesi gerektiği anlatılmalıdır.

İletişim: Dr. Nursan Çınar

E-posta: ndede@sakarya.edu.tr

Kaynaklar

1. Hounsell D, Robinson E, Tai A. Uptake Of Postnatal Services For Mothers Of Newborn Babies Up To Eight Weeks Of Age. 07, 2005 at <http://www.nlm.nih.gov/pubmed>.
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2014.
3. Marquis GS, Penny ME, Diaz JM, Marin RM. Postpartum Consequences of an overlap breastfeeding and pregnancy: Reduced breast milk intake and growth during early infancy. *Pediatrics* 2002; 109(4), e56.
4. Madarshahian F, Hassanabadi M. A comparative study of breastfeeding during pregnancy: impact on maternal and newborn outcomes. *Journal of Nursing Research* 2012; 20(1), 74-80.
5. Moscone SR, Moore MJ. Breastfeeding during pregnancy. *J Hum Lact* 1993; 9(2): 83-8.
6. Lawrence RA, Lawrence RD. Reproductive function during lactation. In: Lawrence RA, Lawrence RD (eds). *Breastfeeding* (7th ed) Missouri, Elsevier Mosby 2011: p 664-88.
7. Segal NL. Population-based research: Breastfeeding multiple birth infants/twin research reviews and news: perceived aging in twins; separation of conjoined twins; school placement legislation/twins in education, fashion and humanitarian events. *Twin Research and Human Genetics* 2010; 13(2), 217-20.
8. Radwan H, Mussaiger AO, Hachem F. Breast-feeding and lactational amenorrhea in the United Arab Emirates. *J Pediatr Nurs* 2009; 24(1), 62-8.
9. Eslami SS, Gray RH, Apelo S, Ramos RM. The reliability of menses to Manila, The Philippines. *Stud Fam Plann* 1990; 21(5), 243-50.
10. Merchant K, Martorell R, Haas JD. Consequences for maternal nutrition of reproductive stress across consecutive pregnancies. *Am J Clin Nutr* 1990; 52(4), 616-20.
11. WHO Collaborative study on breast-feeding. Contemporary patterns of breastfeeding: report on the who collaborative study on breast-feeding. Geneva: WHO; 1981.
12. Balcı BK, Göynümer G. Laktasyon döneminde gebelik ve lohusalık. *Perinatoloji Dergisi* 2015; 23(3), 194-200.
13. Samur G. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Gebelik ve emzicilik döneminde beslenme. Yayın No: 726. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2008.
14. WHO. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva; 2012.
15. American Academy Of Family Physicians (AAFP) Position Statement on Breastfeeding; 2008.
16. Ayrim A, Gunduz S, Akcal B, Kafali H. Breastfeeding throughout pregnancy in Turkish women. *Breastfeed Med* 2014; 9(3), 157-60.
17. Devocioğlu E, Güneş KD, Kural B, Eren T, Gökçay G. Gebelik döneminde ve iki farklı yaşta kardeş emzirme: olgu sunumları. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2014; 77(4), 60-3.
18. Cetin I, Assandro P, Massari M, Sagone A, Gennaretti R, Donzelli G, et al. Working Group on Breastfeeding, Italian Society of Perinatal Medicine and Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. Breastfeeding during pregnancy: position paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. *J Hum Lact* 2014; 30(1), 20-7.
19. Yulia A, Johnson MR. Myometrial oxytocin receptor expression and intracellular pathways. *Minerva Ginecol* 2014; 66(3), 267-80.
20. Ishii H. Does breastfeeding induce spontaneous abortion? *J Obstet Gynaecol Res* 2009; 35(5), 864-8.
21. Yoshida M, Shinohara H, Sugiyama T, Kumagai M, Muto H, Kodama H. Taste of milk from inflamed breasts of breastfeeding mothers with mastitis evaluated using a taste sensor. *Breastfeed Med* 2014; 9(2), 92-7.
22. Arslan FT, Yeniterzi E. Prematüre bebeklerin anne sütü alımı ve ebeveynlerinin görüşleri. *Perinatoloji Dergisi* 2013; 21, 77-84.
23. Kielbratowska B, Cwiek D, Preis K, Malinowski W, Hofman A. Breastfeeding of twins. *Archives of Perinatal Medicine* 2010; 16(4), 201-5.
24. Çınar N, Köse D, Doğu Ö. Çoğul bebeklerin anne sütü ile beslenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 2012; 2(3), 115-21.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

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

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

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

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir.

7. Sonuçlar: Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

8. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

9. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk

geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla otuz (30) kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

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

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

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

10. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, §.

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

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

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

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

8. Sözcük sayısı: Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviri yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir.

Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. **Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır.** Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.