

**EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
DERGİSİ**

Cilt: 22

Sayı: 2

2006

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Zeynep CONK
Hemşirelik Yüksek Okulu Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU (Başkan)
Prof. Dr. Gülümser ARGON
Prof. Dr. Alev DIRAMALI
Prof. Dr. Zeynep CONK
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Zeynep CONK (Editör)
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN
Prof. Dr. Aynur ESEN
Doç. Dr. Olcay ÇAM (Editör Yrd)
Doç. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
Doç. Dr. Leyla KHORSHID
Doç. Dr. Süheyla Altuğ ÖZSOY
Doç. Dr. Meryem YAVUZ

Basım Yeri

Ege Üniversitesi Basımevi
Bornova – İzmir

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu (EÜHYO) tarafından
yılda iki sayı/bir cilt olarak yayınlanır.

AÇIKLAMALAR

Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayınlanmaktadır.

Yayın Türleri

Adı geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırma çalışmalarına paralel olarak orjinal araştırma raporları, bilimsel tarama yazıları, yeni bir yöntem veya teknik tanımlayan kısa bildiri yazıları ve çok önemli bilimsel çeviriler yayınlanabilir.

Yayın Hakları

Yayınlanacak yazıların bilim dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli değişiklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişiklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.

HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU DERGİSİ
DANIŞMA KURULU ÜYELERİ

Prof. Dr. Alev DRAMALI
Prof. Dr. Zeynep CONK
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU
Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL
Prof. Dr. Gülümser ARGON
Prof. Dr. Aynur ESEN
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN
Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN
Prof. Dr. Zuhâl BAHAR
Prof. Dr. Semra ERDOĞAN
Prof. Dr. Ümit SEVİĞ
Prof. Dr. Nimet KARATAŞ
Prof. Dr. Hatice PEK
Prof. Dr. Sevim SAVAŞER
Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU
Prof. Dr. Nuran AKDEMİR
Prof. Dr. Tülin BEDÜK
Prof. Dr. Nermin OLGUN
Prof. Dr. Sevgi HATİPOĞLU
Prof. Dr. Fethiye ERDİL
Prof. Dr. Nevin KANAN
Prof. Dr. Güler AKSOY
Prof. Dr. Neriman AKYOLCU
Prof. Dr. Nalan Özhan ELBAŞ
Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ
Prof. Dr. Hediye ARSLAN
Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU
Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN
Prof. Dr. Filiz ULUSOY
Prof. Dr. Gülsün TAŞOÇAK
Prof. Dr. Güler ÇİMETE
Prof. Dr. Fatma ÖZ
Prof. Dr. Nalan AKBAYRAK
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ
Prof. Dr. Nesrin AŞTI
Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR
Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

Prof. Dr. Fisun TERZİOĞLU
Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya BEJİ
Prof. Dr. Türkinaz AŞTI
Prof. Dr. Necmiye SABUNCU
Prof. Dr. Selma GÖRGÜLÜ
Prof. Dr. Rukiye PINAR
Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN
Prof. Dr. Lale ALGIER
Prof. Dr. Nuray ENÇ
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Prof. Dr. Selma DOĞAN
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN
Doç. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
Doç. Dr. Leyla KHORSHID
Doç. Dr. İsmet EŞER
Doç. Dr. Ümran SEVİL
Doç. Dr. Süheyla Altuğ ÖZSOY
Doç. Dr. Olcay ÇAM
Doç. Dr. Sebahat GÖZÜM
Doç. Dr. Nursen NAHÇIVAN
Doç. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU
Doç. Dr. Suzan YILDIZ
Doç. Dr. Firdevs ERDEMİR
Doç. Dr. Ayşe OCAKÇI
Doç. Dr. Fatma ETİ ASLAN
Doç. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU
Doç. Dr. Ferda ULUFER ÖZBAŞARAN
Doç. Dr. Sevim BUZLU
Doç. Dr. Şule ECEVİT ALPAR
Doç. Dr. Süheyla ABAAN
Doç. Dr. Behice ERCİ
Doç. Dr. Sevilay ÇELİK
Doç. Dr. Ayişe KARADAĞ
Doç. Dr. Leyla DİNÇ
Doç. Dr. Hülya UÇAR
Doç. Dr. Aytolon YILDIRIM
Doç. Dr. Gülten KARADENİZ

İÇİNDEKİLER

Editörden

Araştırmalar

- Prostat Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi
Melek ARDAHAN, Ayla Bayık TEMEL 1-14
- Hasta Kontrollü Analjezi Yöntemine İlişkin Verilen Hasta Eğitiminin Postoperatif Ağrının Giderilmesine Etkisinin İncelenmesi
Necla ÇETİN, İsmet EŞER 15-25
- Koah ve Astım Hastalarının İnhalasyon Cihazlarını Kullanım Becerilerinin Değerlendirilmesi
Olçay ÇAM, Nazan GÖÇEMEN 27-40
- Hava Teknik Okullar Komutanlığı Öğrencilerinde Sigara İçme Davranışını Tetikleyici Nedenler
Şafak ERGÜL, Ayla Bayık TEMEL 41-54
- Yönetici Hemşirelerimiz Kimlerdir ?
Ülkü BAYKAL, Serap YAZICI ALTUNTAŞ, Serap SÖKMEN 55-69
- Evli Kadınların Aile İçi Şiddet Görmelerini Etkileyen Faktörler ve Kadınların Şiddete İlişkin Bazı Özellikleri
Zekiye KARAÇAM, Hüsnüye ÇALIŞIR, Elif DÜNDAR, Figen ALTUNTAŞ, Hatice Ceren AVCI 71-88
- Hemşirelerin Uygulamalarında Kullandıkları Bilgi kaynaklarının İncelenmesi
Süheyla A.ÖZSOY, Melek ARDAHAN 89-101
- Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanıma Düzeylerinin Saptanması
Arife Elzem ÇATIK, Olçay ÇAM 103-119
- İnsüline Bağımlı Diyabetli Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi
Safiye ÖZKAN, Zehra DURNA 121-135
- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin İncelenmesi
Ayten ZAYBAK, Leyla KHORSHID 137-146
- Meme Kanserli Kadınlarda Umutsuzluk Düzeyi ve Baş Etme Davranışları Arasındaki İlişki
Çiçek FADİLOĞLU, Şeniz CANTILAV, Yasemin K.YILDIRIM, Yasemin TOKEM 147-160
- Yaşlı Diyabetik Hastalarda Ayak Sorunlarının Saptanması
Çiçek FADİLOĞLU, Öznur U. YEŞİLBALKAN, Yasemin K.YILDIRIM, Serap ÖZER, Yasemin TOKEM 161-170

Derleme Yazılar

- Aile Hekimliği Sistemi Neler Getiriyor ?
Bilgin Kıray VURAL, Şükran ÖZKAHRAMAN.....171-186
- Yaşlılık ve Kadın
Emel TAŞÇI, Aynur SARUHAN..... 187-198
- HIV/AIDS ve Hemşirelik Yönetimi
Yasemin K. YILDIRIM199-214

EDİTÖRDEN

2006 yılının bu son sayısını sizlerle paylaşmaktan gurur duyuyorum. Ülkemizde hemşire akademisyenlerin sayısı arttıkça, dergimize de ilginin arttığını görüyoruz. Ancak akademisyenlerin yürüttüğü çalışmalar meslek üyelerinin çalışma yaşamlarına yönelik bilgilerini geliştirmeye katkı sağlamasına rağmen, çalışma ortamına uyarlanması konusunda mevcut dirençlerin çözümlenmesinde beklenen girişimler yetersiz kalmaktadır. Kanıt bazlı uygulamalara yönelik çalışmaların yaşama geçirileceği günlerin çok uzak olmamasını diler, 2007 yılının, hemşirelik armateriumuna beklenen açılımlarla ve hak edilmiş kazanımlarla zenginlikler getirmesini dilerim.

Bu sayıda sizlere halk sağlığı ve klinik uygulamalara katkı sağlayacak farklı konularda yürütülmüş araştırmaların yer aldığı bir içerik sunuyoruz. Ayrıca önemli bulduğumuz HIV-AIDS ve Hemşirelik Yönetimi, Yaşlılık ve Kadın, Aile Hekimliği Sistemi Neler Getiriyor? gibi güncel konularda derlenmiş makaleler sunmaktayız.

Dergimiz Yayın Kurulu 2008 yılı sayılarından itibaren geçerli olmak üzere **yazım kurallarında bazı değişiklikler yapılmasını önermiştir.** Bundan böyle dergimize göndereceğiniz yayınlarda yeni yazım kurallarının dikkate alınacağını duyurmak isterim.

2007 sayılarında görüşmek umuduyla hepinize sevgi ve saygılar sunuyorum.

Prof. Dr. Zeynep CONK
EDİTÖR

İletişim Adresi:

Prof.Dr.Zeynep CONK
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek
Okulu Çocuk Sağl.ve Hast.Hemşireliği
Anabilim Dalı
Bornova- 35100 İZMİR
zeynep.conk@ege.edu.tr

DUYURU
(Dergi Yazım Kurallarında Yapılan Değişiklikler 2008 Yılı Sayıları
İçin Geçerli)

TÜRKÇE BAŞLIK
İNGİLİZCE BAŞLIK

Yazarların ad ve soyadları (soyadı büyük harf ile)
Yazarların akademik unvanları ve adresleri belirtilmeli

Doç.Dr.....* Yard.Doç.Dr.....**

*Ege Üni.Hemş.Yük.Ok.Cocuk Hast.Hemş.AD **Celal Bayar
Üni.Çocuk Hast.Hemş.AD.

Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise sunulduğu toplantı ve
yılı belirtilmelidir

ÖZET SAYFASI

Araştırma makalade

Özet

Amaç (bold yazılacak)

Gereç ve yöntem

Bulgular

Sonuç ve Öneriler

Tartışma

Anahtar sözcükler (3-5)

Abstract

Objective

Material Method

Results

Conclusion

Key Words

**PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ İLE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞI İLİŞKİSİ**

*THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND HEALTHY LIFE
STYLE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER*

Melek ARDAHAN

Ayla Bayık TEMEL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
Bornova İZMİR

Anahtar Sözcükler: prostat kanseri, yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı.
Key Words: prostate cancer, quality of life, healthy life style behavior.

ÖZET

Prostat kanseri olan hastalarda, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ve bu ilişkiyi etkileyen sosyodemografik etmenlerin incelenmesi araştırmanın amacıdır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi ve Üroloji Kliniğinde, 1 Ağustos - 20 Ağustos 2003 tarihleri arasında tedavi olan veya izlenmek üzere gelen 50 yaşın üzerindeki tüm erkek hastalar araştırma kapsamına alınmıştır (n=98). Araştırma için hastane ve ilgili kliniklerden izin alınmış, çalışmaya katılan gönüllü hastaların sözel onamları sağlanmıştır. Hastalarla yüz yüze görüşülerek verilerin toplanmasında "Sosyodemografik Veri Formu", "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" ölçeği, "SF 36 Yaşam Kalitesi" ölçeğinden yararlanılmıştır. İstatistiksel analizlerde korelasyon, t testi, varyans analizi, post hoc Tukey testi kullanılmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği puan ortalaması 124.54 ± 8.61 , yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 87.21 ± 6.81 bulunmuştur. Prostat kanseri olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r=0.33$). Hastaların yaşam kalitesinin medeni durum, aile tipi ve hastanın birlikte yaşadığı kişilerden etkilendiği, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ise hastanın tedavi şekline etkilendiği saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen hastalarda yaşam kalitesinin artması kanserle baş etmede ve hastalarda olumlu sağlık davranışları geliştirme yönünde hemşirelik girişimlerinin planlanmasında ışık tutmuştur.

SUMMARY

The aim of the research is to study the relationship between healthy life style behaviors and quality of life of patients with prostate cancer and the socio-demographic factors affecting this relationship. The study group covered 98

patients over 50 years who applied for treatment and follow-up in Radiation Oncology and Urology Clinics of Ege University Medical Faculty between the dates of 01 August-20 August 2003. Necessary permissions obtained from the hospital and the relevant clinics, in addition to patients' verbal approvals to be voluntary in the study. "Socio-Demographic Data Form", "Healthy Life Style Behaviors Scale", "SF 36 Quality of Life Scale" were used for data collection through face-to-face interview with patients. In statistical analyses correlation, t test, variance analysis and post hoc Tukey test were used.

Mean score of Healthy Life Style Behavior Scale is 124.54 \pm 8.61. Mean score of Quality of Life Scale is 87.21 \pm 6.81. A moderate positive correlation between healthy life style behaviors and quality of life of patients with prostate cancer was determined ($r=0.33$). It was found that quality of life was affected by marital status, type of family and the individuals living together with patient. Healthy Life Style Behaviors were influenced by type of treatment that patient received. It was concluded that patients who demonstrated healthy life style behaviors and had increased quality of life may have a possible reflection in coping with cancer and improvement health in their status.

GİRİŞ

Kanser, tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olup, kalp hastalıklarından sonra ölüme neden olan ikinci hastalıktır. Kanser, artan olgularla birlikte yakın gelecekte birinci ölüm nedeni olarak yer alacağı bildirilmektedir. ABD'de en fazla görülen kanser türleri erkeklerde prostat ve akciğer; kadınlarda meme ve akciğer kanserleridir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2000 yılı verilerine göre prostat kanseri, akciğer, mide ve mesane kanserinden sonra görülmektedir (<http://www.saglik.gov.tr>. 2003). Türkiye'de kansere bağlı ölüm nedenleri arasında prostat kanseri en yaygın ölüm nedenidir (Nielsen ve East 1990, Değerli 1995, Sayek 1996).

Günümüzde sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, kanserin tıbbi tanısı, tedavisi ve korunma yöntemlerindeki ilerlemelere karşın, kanser olgularında artış görülmektedir. Kronik bir hastalık olarak kanser, hasta bireylerde yaşam kalitesini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, sağlık bakım yeteneğini geliştirecek sistemlerin oluşturulması, hastanın kalitesi yüksek bir yaşam sürdürebilmesi, sağlık sorumluluğunun güçlendirilmesi, hastaya olumlu sağlık davranışlarının (egzersiz yapmak, yeterli ve dengeli beslenmek, stresle başa çıkabilme vb) kazandırılması giderek önem kazanmaktadır (Dönmez ve Dedeoğlu 1998, Erci ve Okanlı 2000, Erci ve ark. 2001).

Prostat kanseri çoğunlukla prostat bezinin dış bölümünde ortaya çıkan habis bir tümördür. Zamanla prostat içinde yayılabilir ve vücudun başka bölümlerine geçebilir (<http://www.erdalkalci.sitemynet.com>).

2005, <http://www.turyay.com.tr> 2006, Özen 2006). Prostat kanserli hastalarda; ağrı, idrarını yapmada zorluk, geleceğe ilişkin amaç ve planlarda değişiklik, arkadaşlarından uzak kalma, fiziksel fonksiyonlarda bozulma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlanma görülen önemli sorunlardır. Bu durum erkeğin benlik saygısında önemli bir yıkım meydana getirebilmektedir. Prostat kanseri olan bir erkeğin fiziksel ve psikolojik yetersizliklere rağmen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmesi ve sürdürmesi, yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir (Sıkara 1999, Bahtiyar 2005, <http://www.acibademhastanesi.com.tr> 2006). Yaşam kalitesi yüksek olan bireyler; bağımsız olarak yaşamlarını sürdürürler, gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini kendileri karşılarlar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen kişilerin, yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları daha kolaylıkla yerine getirdikleri belirtilmektedir (Özyılkan 2006).

Hastada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilip, sürdürülmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Bu nedenle hemşirelerin, bakım verdikleri hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmeleri, hastanın gereksinimlerine yönelik yardımı ve bakımı optimal düzeyde planlayıp uygulayabilmelerine fırsat verecektir (Fadıloğlu ve Soğukpınar 1996, Fadıloğlu 2003). Prostat kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ne düzeyde olduğu bilinmemektedir. Bu nedenle, prostat kanserli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olup-olmadığının belirlenmesi gerekmektedir.

Araştırmanın Amacı: Araştırmada, prostat kanseri tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ve bunları etkileyen sosyodemografik özelliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi ve Üroloji Kliniğinde tedavi olan veya izlem için gelen 50 yaşın üzerindeki 98 erkek hasta üzerinde 1 Ağustos-20 Ağustos 2003 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastalar olasılıksız örnekleme yöntemi ile araştırma kapsamına alınmıştır. İşitme, konuşma engeli olan ve mental bozukluğu bulunanlar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Bu araştırmanın yürütülebilmesi için, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi ve Üroloji Kliniğinden gerekli izin alınmıştır. Hastalara araştırmanın amacı anlatılmış ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin sözel onamları alınmıştır. Hastalar üzerinde

herhangi bir zorlamaya gidilmemiştir. Hastaları rahatsız edecek ve zarar verecek sorulardan kaçınılmış, etik ilkeler göz önünde bulunarak araştırma yürütülmüştür.

Araştırmada verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanmış “Sosyodemografik Veri Formu”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ölçeği, “SF 36 Yaşam Kalitesi” ölçeği kullanılmıştır. Sosyodemografik veri formunda 22 soru bulunmaktadır. Bu sorular, hastanın yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, aile tipi, meslek, birlikte yaşanan aile bireyleri, sosyal destek düzeyi, tanısını bilip-bilmeme, tedavi şekli, kemoterapi ve radyoterapi alanlarda görülen değişiklikleri belirlemeye yöneliktir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş ve 1997 yılında Dr. Nihal Esin tarafından Türk Toplumuna uyarlanmıştır (Esin 1997). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçeği 48 madde ve altı alt ölçekten oluşmuştur. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. İşaretleme likert tipi ölçek üzerine yapılmıştır. “Hiçbir zaman”=1, “Bazen”=2, “Sık, sık”=3, “Düzenli olarak”= 4 şeklinde puanlanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinde 48 maddeye verilecek en düşük puan 48, en yüksek puan ise 192’dir. Esin tarafından Türkçeleştirilmiş Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin güvenilirlik katsayısı; Cronbach Alpha değeri 0.91’dir. Yaşam Kalitesi ölçeği, 36 ifade, üç ana başlık ve dokuz sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı ölçek şeklindedir. Ölçek puanları en düşük puandan, en yüksek puana kadar 36 ile 100 arasında değişen değerler alır. Yaşam kalitesi ölçeği için korelasyon katsayılarının 0.73 ile 0.90 arasında değiştiği görülmüştür. Yaşam Kalitesi ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.92’dir (Pınar 1995, Güner 2002).

Veriler araştırmacı tarafından, hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi, bilgisayarda SPSS paket programından yararlanılarak yapılmıştır. Bulguların sayısal ve yüzdellik dağılımları hesaplanmıştır. Yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemede korelasyon analizi, bağımsız değişkenlerle yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde korelasyon, t testi, varyans analizi (tek yönlü ANOVA)ve post hoc Tukey testine başvurulmuştur.

BULGULAR ve TARTIŞMA

1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, %36.7’si 60 yaş ve altında, %32.7’si 71 yaş ve üzerinde olup, ortalama yaş

65.1±10.12'dir (Tablo 1). Bu araştırmada prostat kanserli hastaların %46.0'sının 65 yaşın üstünde olduğu saptanmıştır. Literatür incelen-diğinde, prostat kanserinin genellikle 50 yaş üzerinde görüldüğu, hastaların %85'inin 65 yaş üzerindeki erkekler olduğu belirtilmektedir (Bahtiyar 2005, <http://www.erdalkalci.sitemynet.com.2006>).

Hastaların %57.1'i evli, %15.3'ü bekar olup, %25.5'i lise, %22.5'i üniversite mezunudur. Hastaların yarısına yakını (%48.0) memur, %25.5'i işçi ve %26.5'i serbest meslek sahibidir. Aile tipleri incelendiğinde, %44.9'unun çekirdek, %12.2'sinin geniş, %27.6'sınında parçalan-mış ailelerde yaşadıkları saptanmıştır. Hastaların %85.7'sinin sağlık güvencesi olup, yaklaşık yarısı (%48.0) Emekli Sandığı, %25.5'i SSK güvencesi altındadır. Gelirinin giderine denk olduğunu bildiren hasta oranı %53.1'dir. Hastalar en uzun süre ile şehirde yaşamışlardır (Tablo 1).

Hastaların birlikte yaşadığı kişiler incelendiğinde; % 28.6'sının eşi, %28.6'sının eşi ve çocukları, %27.6'sının akrabaları ile birlikte, %15.3'ünün ise yalnız yaşadığı saptanmıştır. Araştırmada hastaların %44.9'u yaşamını yarı bağımlı, yalnızca %11.2'si yaşamını bağımlı olarak sürdürdüğünü belirtmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu (%84.7) bakımları açasından kendisine destek veren birisinin var olduğunu belirtmiştir (Tablo1). Buna göre hastaların %28.6'sına eşi, benzer oranda %28.6'sına eşi ve çocukları, %27.6'sına da akrabaları bakım için destek sağlamaktadır. Yalnız yaşayan %15.3 oranında hastanın hiç kimseden bakım ve destek almadığı belirlenmiştir. Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye aile üyelerinin, akrabalarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı kaynaklar olarak kavramlaştırılan sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde de etkili olduğu vurgulanmaktadır (Okyayuz 1999). Bu araştırmada, prostat kanserli hastaların büyük çoğunluğunun bakımları ile ilgili destek verecek kişi/kişilere sahip olmaları bu açasından sevindiricidir.

Prostat kanserli hastaların tedavisinde ameliyat, kemoterapi ve radyoterapiye başvurulmaktadır (Potosky ve ark.1999, Saunders 2000). Bu çalışmada hastaların %32.6'sının radyoterapi, %23.5'inin kemoterapi, %15.3'ünün ameliyat ve kemoterapi, %9.2'sinin ise radyoterapi ve kemoterapi yöntemleri ile tedavi edildikleri belirlenmiştir (Tablo 1). Radyoterapi ve kemoterapi tedavilerinin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği açaftır.

Hastalara kanser tanılarının söylenmesi, tıp etiği kapsamında tartışılan önemli konulardan biridir. Bu çalışmada, bu etik sorun göz önüne alınarak, önce hasta yakınlarına hastanın tanısını bilip bilmediği sorulmuştur.

Tablo 1. Prostat Kanserli Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	Sayı(N)	Yüzde(%)
Yaş Grubu		
60 yaş ve altı	36	36.7
61-65	17	17.3
66-70	13	13.3
71 yaş ve üzeri	32	32.7
Medeni Durum		
Bekar	15	15.3
Evli	56	57.1
Eşi ölmüş/ eşinden ayrılmış	27	27.6
Eğitim Durumu		
Okuma-yazma bilmiyor	7	7.1
Okur yazar	11	11.2
İlkokul	15	15.3
Ortaokul	18	18.4
Lise	25	25.5
Yüksekokul/Fakülte	22	22.5
Meslek		
Memur	47	48.0
İşçi	25	25.5
Serbest Meslek	26	26.5
Aile Tipi		
Çekirdek	44	44.9
Geniş	12	12.2
Parçalanmış	27	27.6
Yalnız yaşıyor	15	15.3
Sağlık Güvencesi		
Var	84	85.7
Yok	14	14.3
Sağlık Güvencesinin Türü		
Emekli sandığı	47	48.0
SSK	25	25.5
Bağkur	9	9.1
Yeşil kart	3	3.1
Diğer (yok)	14	14.3
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	32	32.6
Gelir gidere denk	52	53.1
Gelir giderden fazla	14	14.3
En uzun süre yaşadığı yer		
Köy	19	19.4
Kasaba	17	17.3
İlçe	28	28.6
Şehir	34	34.7
TOPLAM	98	100.0

Daha sonra ameliyat olma ya da tedavi alma nedenine yönelik soru yöneltilerek hastanın açıklamalarına göre tanısını bilip bilmediğine karar verilmiştir. Hastaların %51'inin tanısını bildiği belirlenmiştir (Tablo1). Literatür incelendiğinde ise; kanserli hastaların pek çoğunun tanısını bilmediği görülmektedir (Nielsen ve East 1990, Fadıoğlu 2003, <http://www.erdalkalci.sitemynet.com>. 2005). Kanser hastalığının adı, adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres, hasta ve hasta yakınlarını hiçbir hastalık grubunda olamayacak kadar çok olumsuz etkilemektedir. Kanser tanısı ve tedavisinin sonuçları kişilerde doğal olarak anksiyete yaratmaktadır. Bununla birlikte kanser tanısının psikolojik etkisi ve hastanın duygusal yanıtı hastalığın iyileşme sürecini etkilemektedir. Bu nedenlerden dolayı, kanser hastalarına hastalığını söyleyip söylememe konusu halen tartışılmaktadır (Özyılkan 2006)

Hastaların %40.8'i 1-2 yıl önce, %26.5'i 4-6 yıl önce, %25.5'i de 7-10 yıl önce ameliyat olduklarını bildirmişlerdir (Tablo1). Tüm hastalar için, ameliyattan sonra geçen süre ortalama 5.16 ± 3.32 yıldır. Literatürde; prostat kanseri nedeniyle ameliyat olanların, ameliyattan sonra 10 yıl geçmesi durumunda sağ kalım şansının yükseldiği bildirilmiştir (Potosky ve ark. 1999, <http://www.erdalkalci.sitemynet.com>. 2005, <http://www.turyay.com.tr> 2006). Elde edilen bulgulara bakılarak, hastaların bu süreyi yarılacakları söylenebilir.

Prostat kanserli hastalarda ameliyat, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavilerin çok olumsuz etkiler ortaya çıkarabildiği beklenen bir durumdur (Boehrer ve Clark 2001). Bu kapsamda ameliyat olan hastalarda, idrar kaçırma (üriner inkontinans) ile cinsel istek kaybı görülme olasılığı söz konusudur. Kemoterapi nadiren cinsel istek kaybına yol açmaktadır. Radyoterapinin olası yan etkileri arasında, idrar yaparken rahatsızlık hissi, sık idrara çıkma ya da kanamalı ya da kanamasız ishal olabileceği; ancak bu yakınmaların birkaç ay sonra azalabileceği belirtilmiştir (<http://www.tiprehberi.com/prostatcaneden.htm>.2004, <http://www.turyay.com.tr> 2006). Bu çalışmada, hastaların yaşam kalitelerini etkileyebilecek tedavilerin olumsuz etkileri belirlenmeye çalışılmıştır. Ameliyat olan hastaların, %39.2'si yeterli idrar çıkışını gerçekleştirilememesi, %53.5'i ağrı, %32.1'i cinsel yaşamının olumsuz etkilenmesi, %28.5'i de rahat bir şekilde yürüyememe gibi yakınmaları olduğunu belirtmişlerdir. Kemoterapi alan hastaların %36.7'sinde ağrı, %50'sinde rahat bir şekilde yürümeme, %46.7'sinde bulantı ve kusma, %46.7'sinde halsizlik ve yorgunluk görülmüştür. Radyoterapi gören hastaların %40'ında ağrı, %35'inde rahat bir şekilde yürüyememe, %60'ında iştahsızlık ve kilo kaybı ile %55'inde sosyal ilişkilerin azaldığı saptanmıştır (Tablo 2). Bu sonuçlardan, prostat kanserli hastalarda ameliyat sonrası ağrının, kemoterapi alan hastalar-

da rahat bir şekilde yürüyememenin ve radyoterapi görenlerde ise iştahsızlık ve kilo kaybının en yaygın yakınmalar olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Hastaların Tedavilerinin Olumsuz Etkilerine Göre Dağılımı

Tedavinin Olumsuz Etkileri	Sayı(N)	Yüzde(%)
Ameliyatın Olumsuz Etkileri		
İdrar Yapmada Zorlanma		
Var	11	39.2
Yok	17	60.8
Yürümede Zorlanma		
Var	8	28.5
Yok	20	71.5
Ağrı		
Var	15	53.5
Yok	13	46.5
Cinsel Yaşamda Bozulma		
Var	9	32.1
Yok	19	67.9
Toplam	28	100.0
Kemoterapinin Olumsuz Etkileri		
Ağrı		
Var	11	36.7
Yok	19	63.3
Yürümede Zorlanma		
Var	15	50.0
Yok	15	50.0
Bulantı ve kusma		
Var	14	46.7
Yok	16	53.3
Halsizlik,yorgunluk		
Var	14	46.7
Yok	16	53.3
Toplam	30	100.0
Radyoterapinin Olumsuz Etkileri		
Ağrı		
Var	16	40.0
Yok	24	60.0
Yürümede Zorlanma		
Var	14	35.0
Yok	26	65.0
İştahsızlık ve Kilo Kaybı		
Var	24	60.0
Yok	16	40.0
Sosyal İlişkilerde Bozulma		
Var	22	55.0
Yok	18	45.0
TOPLAM	40	100.0

2. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Düzeyleri ve Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkiler

Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği puan ortalaması 124.54 ± 8.61 bulunmuştur. Hastaların ölçekten aldıkları en

küçük değer 99, en büyük değer 144'tür. Bu sonuçlara göre, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını zaman sıklığı bakımından "bazen" yerine getirebildikleri belirlenmiştir. Tedavilerin yan etkilerinin hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirmede engel oluşturabileceği düşünülmüştür.

Prostat kanseri olan hastalarda Yaşam Kalitesi ölçeği puan ortalaması 87.21 ± 6.81 'dir. Hastaların ölçekten aldıkları en küçük değer 62, en büyük değer ise 100'dür. Bu sonuçlar, hastaların yaşam kalitesinin yüksek düzeyde olmadığını göstermiştir. Bowling (1990) çalışmasında kanser gibi kronik hastalıkların fiziksel işlev kısıtlılığına neden olduğunu ve sonuçta yaşam kalitesini düşürdüğünü saptamıştır (Bowling 1990).

Yaşam Kalitesi ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği arasında ($r=0.33$) olumlu yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermesi yaşam kalitesini arttırmıştır. Bu durumun hastalıkla baş etmelerine ve sağlık düzeylerinin gelişimine olumlu yansıtacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmada her iki ölçeğin bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi incelenmiştir. Hastaların yaşam kalitesinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaş değişkeninden etkilenmediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo3). Araştırma grubunun 60 ve üzeri yaşta olmasının yanı sıra radyoterapi-kemoterapinin yan etkilerinin tüm hastaları etkilemesinin bu sonuca neden olabileceği düşünülmüştür. Araştırmada yaşam kalitesi düzeyi bekarlarda yüksek, eşi ölmüş/eşinden ayrılmış olanlarda ise düşük bulunmuştur (Tablo 3). Yapılan ileri analiz (post hoc Tukey) gerçek farkın bekar olanlardan kaynaklandığını göstermiştir. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları eşi ölmüş/eşinden ayrılmış olanlarda düşük, bekar ve evlilerde benzer bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Eşi ölmüş, eşinden ayrılmış olan hastaların yalnızlık, sosyal destek eksikliği gibi nedenlerle, yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenebileceği düşünülebilir.

Çekirdek aile yapısı olan hastalarda yaşam kalitesi yüksek bulunmasına rağmen ($p<0.05$), aile tipi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilememiştir ($p>0.05$). Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Pınar'ın(1995) çalışmasında aile tipi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; geniş aileye sahip olanların fonksiyonel durumları, çekirdek aileye sahip olanların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, dağılmış ailelerin ise yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (Pınar 1995). Güner (2002) ve Akça'nın (1998) yaptığı çalışmalarda aile tipi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunamazken, Erci ve arkadaşlarının (2001)

çalışmalarında da ailedeki birey sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Esin 1997, Akça 1998, Erci ve ark. 200, Güner 2002,).

Tablo 3. Bazı Sosyodemografik Değişkenlere Göre Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	Yaşam Kalitesi Puan	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan
	Ort. (X)	Ort. (X)
Yaş		
60 yaş ve altı	85.625 ± 8.958	125.875 ± 7.228
61-65	85.941 ± 5.738	125.352 ± 9.373
66-70	87.153 ± 8.285	122.076 ± 10.380
71 ve üzeri	87.714 ± 6.544	122.571 ± 8.073
	(F=0.404, p>0.05)	(F=0.846, p>0.05)
Medeni Durum		
Bekar	89.000 ± 4.985*	125.200 ± 7.875
Evli	88.517 ± 6.912	125.178 ± 8.644
Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	83.518 ± 6.228	122.851 ± 8.985
	(F=6.101, p<0.05)	(F=0.713, p>0.05)
Aile Tipi		
Çekirdek	88.613 ± 7.282*	125.727 ± 8.423
Geniş	88.166 ± 5.605	123.166 ± 9.525
Parçalanmış	83.518 ± 6.288	122.851 ± 8.985
	(F=5.031, p<0.05)	(F=1.404, p>0.05)
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eş	87.892 ± 7.563	125.571 ± 9.841
Eş ve Çocuklar	89.142 ± 6.269*	124.785 ± 7.420
Akraba	83.518 ± 6.228	122.851 ± 8.985
Yalnız	89.000 ± 4.985	125.200 ± 7.875
	(F=4.219, p<0.05)	(F=0.510, p>0.05)
Tedavi Durumu		
Ameliyat	86.526 ± 9.564	127.105 ± 7.665
Kemoterapi	87.695 ± 6.334	120.391 ± 8.128
Radyoterapi	87.937 ± 5.345	124.031 ± 7.781
Ameliyat ve Kemoterapi	88.466 ± 5.475	128.333 ± 9.604*
Radyoterapi ve Kemoterapi	82.777 ± 7.327	125.222 ± 9.718
	(F=1.263, p>0.05)	(F=2.707, p<0.05)
Hastalığın Tanısını Bilme Durumu		
Biliyor	88.420 ± 5.379	123.860 ± 7.866
Bilmiyor	85.958 ± 7.895	125.250 ± 9.345
	(t=122.679, p<0.01)	(t=141.975, p<0.01)

* Post Hoc Tukey

Eş ve çocukları ile yaşayan hastaların yaşam kalitesinin eşleriyle, akrabalarıyla veya yalnız yaşayanlara göre daha yüksek olduğu

belirlenmiştir ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (post hoc Tukey) farkın eş ve çocukları ile yaşayan hastalardan kaynaklandığı görülmüştür. Hastaların ailede birlikte yaşadığı kişilerden sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 3). Hanestad'ın (1992) yaptığı araştırmada yalnız yaşamının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve yalnız yaşayanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Pınar 1995, Hanestad 1992). Yapılan araştırmalarda hastaların kansere yönelik korkularını, endişelerini ve üzüntülerini eş ve çocuklarıyla paylaştıkları ve onlardan destek alarak yaşam kalitelerini arttırdıkları saptanmıştır. Eş ve çocuklarıyla yaşayan bireylerin kanserin psikolojik ve psikosozyal olumsuz etkileriyle daha kolay baş edebildikleri belirtilmiştir (Pirl ve ark. 2000, Fan 2002).

Prostat kanseri olan erkeklerin tedavi durumları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ameliyat ve sonra kemoterapi olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları, yalnız ameliyat, yalnız kemoterapi, yalnız radyoterapi, radyoterapi ve sonra kemoterapi alanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde farkın ameliyat ve sonra kemoterapi alanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Güner'in (2002) kanserli hastalarla yaptığı araştırmada farklı tedaviler gören hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Güner 2002) (Tablo 3). Hastaların tedavi sonrasında geçirdikleri süreninde yaşam kalitesinde ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olabileceği düşünülmüştür.

Kanser hastalarına tanısının söylenip söylenmeme konusu halen tartışılmaktadır. Tanıyı bilmenin, hastaların davranış ve düşüncelerini etkileyebileceği, kimisinin yaşama sarılıp, kimisinin de tüm umudunu yitirip kendini ölüme terk edebileceği belirtilmektedir (Litwin ve ark. 2003, Özen 2006). Bu çalışmada, tanısını bilen hastaların yaşam kalitesi yüksek ($p<0.01$), tanısını bilmeyen hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları bilenlerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). (Tablo 3).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan araştırmanın sonucunda, Yaşam Kalitesi ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği arasında olumlu yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermesinin ve yaşam kalitelerinin artmasının, hastalıkla baş etmelerine ve sağlık düzeylerinin gelişimine olumlu yansıtacağı düşünülmüştür.

Hastaların tedavi durumu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir. Ameliyatın ardından kemoterapi alanların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları, yalnızca ameliyat, yalnızca kemoterapi, yalnızca radyoterapi, radyoterapi ve sonra kemoterapi alanlara göre daha yüksektir. Hastalığın tanısını bilmeyenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları bilenlerden yüksek bulunmuştur.

Medeni durum, aile tipi, hastanın birlikte yaşadığı kişiler ve hastalığın tanısını bilme durumu yaşam kalitesini etkilemektedir. Bekarların yaşam kalitesi evli ve eşi ölmüş/eşinden ayrılmış olanlardan, çekirdek ailesi olanların yaşam kalitesi geniş ve parçalanmış ailesi olanlardan yüksektir. Eş ve çocukları ile yaşayanların yaşam kalitesi eşiyile, akrabalarıyla ve yalnız yaşayanlardan, hastalığın tanısını bilenlerin yaşam kalitesi bilmeyenlerden yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlardan yola çıkarak prostat kanserli hastaların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi için aşağıdaki öneriler getirilebilir.

- Yaşam kalitesi düşük olabilecek geniş ve parçalanmış aileye sahip, akrabalarıyla ve yalnız yaşayan, çocuğu olmayan evli ve eşi ölmüş/eşinden ayrılmış prostat kanserli hastaların, hastaneye kabulü ve izlenmesi sürecinde bu özellikleri dikkate alınarak hemşirelik bakım planında, yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik uygun bakım stratejileri belirlenmesi,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları düşük olabilecek yalnız ameliyat olan, yalnız kemoterapi veya yalnız radyoterapi gören prostat kanserli hastaların, hastaneye kabulü ve izlenmesi sürecinde bu özellikleri dikkate alınarak hemşirelik bakım planında, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik uygun bakım stratejileri belirlenmesi,
- Sağlık kuruluşlarında sağlık personelinin prostat kanserli hastaları tanılamada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeklerinden yararlanması,
- Sağlık kuruluşlarında prostat kanseri olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini geliştirebilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerine sağlık personelinin bakım sürecinde yer vermesi,
- Bu çalışmanın daha geniş bir hasta grubu üzerinde tekrarlanması, tedavi sonrası geçen süre ve tedavi rejimindeki değişikliklerle yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisinin incelenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akça AŞ (1998). Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
2. Bahtiyar K (2005). Prostat kanseri. [http:// www.genetikbilimi.com](http://www.genetikbilimi.com).
3. Boehrer U, Clark JA (2001). Communication about prostate cancer between men and their wives. *Journal of Family Practice*.50: 226-231.
4. Bowling A (1990). Associations with life satisfaction among very elderly people living in a deprived part of inner London. *Sos Sci Med*, 31: 1003-1011.
5. Değerli Ü(1995). Genel cerrahi. 5. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 279-297.
6. Dönmez L, Dedeoğlu N (1998). Antalya kent merkezindeki 60 yaş ve üzerindeki kişilerin sağlık hizmetlerini kullanma durumu. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Adana, 479.
7. Erci B, Kılıç D, Tortumluoğlu G (2001). Ailelere verilen bakımın sağlıklı yaşam biçim davranışlarına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4: 1, 33-40.
8. Erci B, Okanlı A (2000). Özbakım gücü ile intihar girişimi arasındaki ilişki. VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, 92-93.
9.(2003) Erkeklerde en çok görülen on kanser türü. (<http://www.saglik.gov.tr>).
10. Esin N (1997). Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
11. Fan A (2002). Psychological and psychosocial effects of prostate cancer. *Nursing Standard*.11: 1-9
12. Fadiloğlu Ç (2003). Kanser ve bakımı, Kronik Hastalıklarda Bakım II, II. Ege Dahili Tıp Günleri. Meta Basım Matbaacılık, 83-128.
13. Fadiloğlu Ç, Soğukpınar N(1996). Kanserli hastada hemşirelik bakımı. Bornova-İzmir.
14. Güner İÇ(2002). Mastektomi ameliyatı olmuş kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
15. Hanestad BR (1992). Quality of life as an outcome variable in nursing research and practice. 6th Biennial Conference Workshop of European Nurse Researches, Abstract No: 45.
16. Litwin MS, Saigal CS, Lubek DP (2003). Health-related quality of life in men with metastatic prostate cancer. *BJU International*, 91: 1, 9.
17. Niealsen BB, East D (1990). Advances in breast cancer. *The Nursing Clinics of North America*, 25: 2, 365-375.
18. Pınar R (1995). Diabetes mellitus'lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

19. Pirl WF, Goode M, Smith MR (2000). Depression and quality of life assesment in prostate cancer. American Society of Clinical Oncology. <http://www.findarticles.com>.
20. (2006) Prostate cancer. <http://www.acibademhastanesi.com.tr>
21.(2004) Prostate cancer .<http://www.tiprehberi.com/prostatcaneden.htm>.
22.(2005) Prostate cancer.<http://www.erdalkalci.sitemynet.com>.
23.(2006) Prostate cancer. <http://www.turyay.com.tr>
24. Potosky AL, Merrill RM, Riley GF (1999). Prostate cancer treatment and ten year survial among group/staff hmo and feefar service medicare patients. Health Services Research. <http://www.findarticles.com>.
25. Sayek İ (1996). Temel cerrahi. 2. Baskı, Ankara:Güvey Kitabevi Ltd. Şti., 835-894.
26. Saunders CS (2000). Prostate cancer in black men. Patient Care. <http://www.findarticles.com>.
27. Sıkara K (1999). Prostat Kanseri. Toplum Hekimliği Bülteni, 20: 1, 5-6.
28. Okyayuz ÜH (1999). Sağlık Psikolojisi. 1. Basım, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 79-98.
29. Özen H (2006). Prostat kanseri hakkındaki gerçekler. <http://www.saglik.tr.net/erkek-sagligi-prostat.shtml>.
30. Özyılkan Ö (2006) Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi.. <http://www.bayar.edu.tr/saykad/q-onkoloji.htm>.

**HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ YÖNTEMİNE İLİŞKİN VERİLEN
HASTA EĞİTİMİNİN POSTOPERATİF AĞRININ GİDERİLMESİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ***

*THE EFFECT OF PATIENT TEACHING ABOUT PATIENT-CONTROLLED
ANALGESIA ON POSTOPERATIVE PAIN*

Necla ÇETİN İsmet EŞER

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı / İZMİR

Anahtar Sözcükler: hasta kontrollü analjezi, hasta eğitimi, postoperatif ağrı
Key Words: patient-controlled analgesia, patient education, postoperative pain

*Bu araştırma 29 Ekim-2 Kasım 2000 tarihleri arasında Antalya'da yapılan I. Uluslar arası & VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Bu araştırma preoperatif dönemde hasta kontrollü analjezi (HKA) yöntemine ilişkin verilen hasta eğitiminin postoperatif ağrının giderilmesine etkisini incelemek amacı ile planlanmış yarı deneysel bir çalışmadır.

Araştırma Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılmıştır. Total abdominal histerektomi ameliyatı geçirmiş, 40 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. 20 hasta uygulama, 20 hasta kontrol grubunda yer almıştır. Ameliyattan bir gün önce tüm hastalara ağrılarının değerlendirilmesinde kullanılan Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) hakkında bilgi verilmiştir. Uygulama grubundaki hastalara araştırmacılar tarafından geliştirilen "Hasta Kontrollü Analjezi Uygulaması" broşürü kullanılarak eğitim verilmiş, kontrol grubundaki hastalara klinikteki rutin sözel bilgilendirme uygulanmıştır. Hastaların ağrı puanları, postoperatif dönemde 24 saat boyunca ilk dört saat için iki saatte bir, daha sonra ise dört saatte bir GKÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. Postoperatif 24 saat sonunda uygulama ve kontrol gruplarının ağrı puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Uygulama grubundaki hastaların kullandıkları analjezik miktarının, analjezik istek sayılarının, analjezik istek sayısı ve başarılı istek sonucu HKA pompasının verdiği bolus sayısı oranının kontrol grubundan düşük ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

SUMMARY

The aim of this study was to examine the effect of structured preoperative patient teaching about patient-controlled analgesia on postoperative pain.

This research was conducted at the Ege University Hospital. The patients who were hospitalized at the Obstetrics and Gynecology Clinic for total abdominal hysterectomy, between January 1999-June 1999, were included in the study. The sample group consisted of 40 patients; 20 patient in the control group, 20 in the experimental group. Groups were matched according to the patients age, education level and experience of operation.

On the day prior to surgery the researcher visited the both groups and taught them about use of Visual Analog Scale (VAS). The experimental group received pamphlet about PCA treatment the control group received the usual preoperative care. Data were collected via interview, patient files and PCA pump screen. Patients' pain scores were measured within a 24 hours period. Groups pain scores, 24 hours morphine consumptions, demand and delivery values within a 24 hours period were compared.

The level of pain were not significantly different between groups. Morphine consumption during 24 hours was found reasonably low in experimental group in comparison to the control group. It was found that the numbers of demands and deliveries of experimental group were lower than those of control group. Differences in the numbers of the demands and deliveries were found to be statistically reasonable.

GİRİŞ

Dünyada her yıl 50 milyon dolayında insanın ameliyat olduğu ve bunların yaklaşık yarısının değişik derecelerde postoperatif ağrı deneyimlediği bilinmektedir (Arslan 1998). Postoperatif dönemde hasta kendini ağrısız, konforlu ve rahat hissetmek, ameliyat ve postoperatif dönemle ilgili yeterli bilgilendirilmek ister. Tüm bu isteklerin gerçekleştirilebilmesi iyi bir preoperatif ve postoperatif hazırlıkla mümkündür (Dallı 1998, Kocaman ve Karayurt 1992, McDonald 1994). Ağrı tedavisinin amaç ve riskleri konusunda hastanın bilgilendirilmesinin ağrı kontrolünde önemli bir yer tuttuğu ve yeterli postoperatif analjezinin sağlanmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir. Postoperatif tedavinin etkili yapıldığı durumlarda hastalara yalnızca iyi bir analjezi sağlamakla kalınmadığı, aynı zamanda gelişebilecek birçok komplikasyonun da önlenmiş olacağı belirtilmektedir (McDonald 1994, Velioglu ve Oktay 1986).

Konvansiyonel yöntemlerin yanı sıra ağrı tedavisinde kullanılan modern yöntemlerden biri de hasta kontrollü analjezi yöntemidir. Hasta kontrollü analjezi (HKA) nin anlamı, bireyin kendi ağrı kontrolünden kendisinin sorumlu olmasıdır. (Yücel 1997, Dallı 2000). HKA yönteminde, hasta gereksinim duydukça programlanabilir bir infüzyon pompası kullanarak, daha önceden programlanmış doz sınırları ve kilitli kalma süresi içinde bolus enjeksiyonlar sağlayan pompaya bağlı aktive edici bir düğmeye basarak analjezik ilacı kendi kendine uygular (Warwick 1992).

Postoperatif ağrı ile ilgili birçok çalışmada çoğunlukla HKA ve konvansiyonel yöntemler karşılaştırılmış ve bunların büyük çoğunluğunda HKA uygulamalarında daha düşük ağrı puanları elde edilmiştir (Cahill ve Wright 1991). HKA ,analjeziklerin hızlı ve kolay uygulanmasını sağlar. Bazı farklı sonuçların bulunmasına rağmen HKA'nın kas içi enjeksiyonlara göre üstünlüklerinin; etkin analjezi sonucu daha az narkotik kullanımı, daha fazla hasta memnuniyeti, daha az sedasyon, hastanede kalma süresinde kısalma, hastane maliyetinde azalma, hemşirelik ve eczacılık hizmetlerinde zamandan ekonomi, erken ambulasyon, sindirim sistemi işlevlerinin erken normale dönmesi, pulmoner komplikasyonlarda azalma, daha düşük anksiyete düzeyi olduğu belirtilmektedir (Chumbley 1999, Dallı 2000, Seymour 1996, Koh ve Thomas 1994, Shiloh et al 2003, Özyalçın ve ark.1997,).

Başlangıçta primer uygulayıcılar hekimler olsa da, hastanın preoperatif hazırlığı ve postoperatif takibi sırasında HKA uygulamalarının başarılı ve sorunsuz olmasında hemşirelik ekibi önemli bir role sahiptir (Yücel 1997). Yirmidört saat boyunca hasta ile sürekli birlikte olan hemşire bu konumu gereği ağrı kontrolünün etkili ve başarılı olmasında belirleyici rol oynamaktadır. Hemşire eğitici rolünü yerine getirerek hastanın ağrı yönetimine etkin katılımını sağlayabilir.

Hastalara ameliyat öncesi dönemde HKA pompası ile ilgili yeterli bilgi verilmelidir. Hastanın bolus düğmesini ağrısı hafifken kullanmasının daha doğru olduğu ve ağrı şiddetlendiğinde aynı analjezik etkinin sağlanamayacağı konusunda bilgilendirilmesi önemlidir (Özyalçın ve ark.1997, Yegül 1993). Çalışmalarda HKA tekniğini iyi anlamayan hastaların aldığı analjezik miktarının daha yüksek olduğu ve ağrısı olmadığı halde bolus düğmesini kullanan hastalar bulunduğu bildirilmiştir (Özyalçın ve ark.1997, Dallı 1998). Ülkemizde HKA yöntemine ilişkin verilen eğitimin etkinliğini inceleyen çalışma bulunmaması nedeniyle bu çalışmanın yapılmasına gerek duyulmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma preoperatif dönemde verilen HKA eğitiminin; hastaların postoperatif ağrı puanına etkisini incelemek amacı ile planlanmış yarı deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın alt amaçları ise; verilen HKA eğitiminin toplam analjezik miktarına, analjezik istek sayısına, başarılı istek sonucu HKA pompasının verdiği bolus sayısına ve analjezik istek sayısının başarılı istek sonucu HKA pompasının verdiği bolus sayısı oranına etkisini incelemektir. Araştırma; Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin Postoperatif Bakım Ünitesi'nde yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini; Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Ocak-Haziran 1999 tarihleri arasında total abdominal histerektomi ameliyatı olan ve HKA uygulanan hastalar oluşturmuştur. Bu hastalar arasından olasılıksız örneklem seçim yöntemi ile belirlenen ve araştırmanın sınırlılıklarına uyan 40 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örnekleme;18-60 yaş arasında kronik ağrısı olmayan, total abdominal histerektomi ameliyatı olmuş, HKA pompasının kullanımı ile ilgili eğitimi alabilecek ve prosedürleri yerine getirebilecek, bilinci açık ve anlama yeteneğine sahip, en az ilkokul mezunu hastalar alınmıştır. Uygulama ve kontrol grubundaki hastalar HKA uygulama yolu (İV yol), HKA pompasını çalıştırma yöntemi, anestezi tipi (genel anestezi), analjezik türü (morfin), yaş ve öğrenim düzeyi açısından eşitlenmiştir.

Çalışmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği ve hastalardan izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Hasta Tanıtım Formu, Eğitim Broşürü Görsel Kıyaslama Ölçeği kullanılmıştır.

1-Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu iki bölümden oluşmaktadır. a) Birinci bölümde hastalara ilişkin tanıtıcı sorular yer almıştır. Bu bilgiler ameliyattan bir gün önce hasta ile görüşülerek toplanmıştır. b) Formun ikinci bölümünde iki çizelge yer almaktadır. Birinci çizelgede hastaların postoperatif dönemde (24 saat) aldıkları analjezik (morfin) miktarları; HKA pompasının yükleme dozu, infüzyon dozu, bolus dozu, HKA pompasının kilitli kalma süresi, toplam doz ve toplam analjezik istek sayısı kaydedilmiştir. Her iki grupta yükleme dozu 5.0 mg, bazal infüzyon dozu 0.3 mg/saat, bolus doz 1.0 mg'dır. Uygulama ve kontrol gruplarında HKA pompasının kilitli kalma süreleri arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.96$, $p=3.4$, $p>0.05$). Bu sonuç iki grubun HKA pompalarının kilitli kalma süreleri arasında önemli fark olmadığını göstermektedir.

HKA pompası anestezi uzmanı tarafından yukarıda belirtildiği şekilde programlanmış ve uygulama ameliyattan sonraki ilk 30 dakika içinde intravenöz yolla başlatılmıştır. Pompanın çalışmasıyla ilgili bilgiler postoperatif 24 saatin sonunda HKA pompasının ekranında okunarak kaydedilmiştir.

İkinci çizelgede; hastaların ağrılarının değerlendirilmesi sonucunda elde edilen saatlik ağrı puanları yer almıştır. Hastaların ağrıları

postoperatif ilk 24 saatte; ilk dört saat boyunca iki saatte bir, sonraki saatlerde dört saatte bir Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) kullanılarak değerlendirilmiş ve ağrı puanları çizelgeye kaydedilmiştir.

2-Hasta Kontrollü Analjezi Uygulaması Broşürü: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek geliştirilmiştir. Hastalara “Hasta kontrollü analjezi nedir”, “Düğmeye ne zaman basmak gerekir?”, “Ağrının değerlendirilmesi“, ”Ağrı geçmezse ne yapılmalıdır?”, ” Hasta kontrollü analjezi pompasını ne kadar süre ile kullanılacak?”, “Kendi kendine fazla ilaç verebilir mi?” sorularını yanıtlayan bilgilere yer verilmiştir.

Broşürde yer alan bilgilerin anlaşılabilirliği toplam on soru bulunan Broşür Değerlendirme Formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu amaçla broşür on hastaya okutularak değerlendirmeleri istenmiştir. Hastaların “anlatım dili”, “harf büyüklüğü”, “okuma kolaylığı” ile ilgili sorulara verdikleri “Yeterli”, “Orta”, “Yetersiz” yanıtları için sırasıyla 1,2,3 puan verilerek yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmüştür. Hastalar 30 tam puan üzerinden ortalama 28.65 ± 1.81 puan almışlardır. Broşürün kolay okunur ve anlaşılabilir olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Uygulama Grubundaki Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Broşür Değerlendirme Formu’ndan Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Öğrenim Durumu	n	\bar{X}	Ss	F	p
İlkokul	7	28.14	1.67		
Ortaokul	5	28.00	2.34	1.55	0.23
Yüksekokul/fakülte	8	29.50	1.41		

Broşürün farklı eğitim düzeyindeki hastalar tarafından anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan varyans analizi sonucunda broşürün her eğitim düzeyindeki hastalar tarafından yeterince açık ve anlaşılır bulunduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 1).

3-Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ): Ameliyattan bir gün önce her iki gruptaki hastalar ağrı şiddetini ölçmede kullanılacak olan Görsel Kıyaslama Ölçeği hakkında bilgilendirilmişlerdir. Ölçeğin duyarlılık ve seçiciliği Aslan (1998) tarafından çalışılmış ve kullanıma uygun olduğu saptanmıştır .

Hasta Eğitiminin Uygulanması

Uygulama grubundaki hastalara, “Hasta Kontrollü Analjezi Uygulaması” broşürü kullanılarak ameliyattan bir gün önce eğitim

verilmiştir. Bilgiler görüşme tekniği ile hastaya aktarılmış sorular sorulup hastadan geri bildirim alınmış, anlaşılmayan noktalar yeniden açıklanmıştır. Daha sonra inceleyebilmesi için broşür hastanın yanında bırakılmıştır. Kontrol grubundaki hastalar HKA pompası konusunda klinikteki rutin uygulama doğrultusunda sözel olarak bilgilendirilmişlerdir. Bu grubun eğitiminde broşür kullanılmamıştır.

Veriler Ege Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği'nde SPSS programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, iki ortalama arasındaki farkın nemlilik testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

Sınırlılıklar:

Araştırma hasta kontrollü analjezinin en fazla kullanıldığı klinik olması nedeni ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılmıştır. Araştırma sonuçları İV yolla HKA yöntemi uygulanan, analjezik olarak morfin verilen, total histerektomi ameliyatı olmuş kadın hastalarla sınırlıdır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hem uygulama hem de kontrol grubundaki hastaların %50'sini 35-45 yaş grubu, %50'sini 46 yaş ve üstü grubu hastalar oluşturmuştur. Uygulama grubunun yaş ortalaması 46.10 ± 4.91 'tür. İki gruptaki hastaların %35'inin ilkökul, %25'inin ortaöğretim, %40'ının yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların tümü kadındır.

Tablo 2. Uygulama ve Kontrol Grubundaki Hastaların Postoperatif Ağrı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hasta Grupları	n	\bar{X}	Ss	t	p
Uygulama Grubu	20	3.26	1.40	-1.25	0.22
Kontrol Grubu	20	3.85	1.54		

Uygulama grubundaki hastaların ağrı puan ortalamalarının deney grubundaki hastalardan düşük olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$), (Tablo 2) Bu bulgular Griffin ve arkadaşları (1998), Hawkins ve Price'in (1993) araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Üç santimetre ve altındaki GKÖ değerleri yeterli analjeziyi gösterir (Canatay ve Toker. 1995). Her iki gruptaki hastaların HKA cihazını kullanarak yeterli analjeziye ulaştıkları görülmektedir.

Tablo 3. 24 saatlik Ağrı Puanı Ortalamalarına Göre Uygulama ve Kontrol Grubundaki Hastaların Postoperatif Dağılımı

Saatler	Uygulama Grubu			Kontrol Grubu			t	p
	n	\bar{X}	S	n	\bar{X}	S		
0. Saat	20	8.00	1.55	20	7.45	2.30	0.88	0.38
2. Saat	20	5.85	2.11	20	6.35	1.69	-0.83	0.41
4. Saat	20	3.40	1.50	20	5.05	2.50	-2.53	0.01
8. Saat	20	2.60	1.46	20	3.10	2.20	-0.85	0.40
12. Saat	20	2.30	1.86	20	2.40	2.79	-0.13	0.89
16. Saat	20	2.10	2.55	20	2.42	1.95	-0.44	0.66
20. Saat	20	1.10	2.07	20	2.60	2.34	-2.14	0.03
24. Saat	20	0.80	1.39	20	1.25	1.55	-0.96	0.34

Uygulama ve kontrol grubundaki hastaların postoperatif dönemde ağrı tedavisi başlatılmadan önce ve ağrı tedavisi başlatıldıktan sonraki saatlerde ağrı puan ortalamaları incelendiğinde, 4. ve 20. saatler dışında ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 3).

Uygulama ($x=8.00\pm 1.55$) ve kontrol ($x=7.45\pm 2.30$) grubundaki hastaların ağrı tedavisi başlatılmadan önce (sıfırıncı saat) şiddetli ağrı deneyimlediği görülmektedir. Postoperatif dönemin ilk saatlerinde hastaların ağrı puanı ortalamalarının yüksek olması her iki grup için beklenen bir sonuçtur. İntraabdominal cerrahi olguları postoperatif ağrının daha sık ve daha şiddetli yaşandığı olgulardır (Kocaman 1994).

GKÖ kullanılarak yapılan ağrı değerlendirmelerinde 5 puan orta, 3 puan ve altındaki değerler ise yeterli analjeziyi gösterir (Canatay ve Toker 1995). Postoperatif dönemin 2. saatinde hem uygulama ($x=5.85\pm 2.11$) hem kontrol grubundaki hastaların ($x=6.35\pm 1.69$) analjezi düzeyinin ortanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu sonucun genel anestezi altında her iki gruptaki hastaların HKA pompasını etkin kullanamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uygulama grubunda 4. saatte yeterli analjezi düzeyine yakın bir değer ($x=3.40\pm 1.50$) saptanırken kontrol grubunda orta dereceli analjezi ($x=5.05\pm 2.50$) sağlandığı görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulguya göre broşür kullanılarak eğitim verilen hasta grubunda yeterli analjezinin daha erken sağlandığı söylenebilir. Canatay ve Toker (1995) yaptıkları çalışmada da 3. saat sonrasında yeterli analjezi sağlandığı belirlenmiştir. Postoperatif dönemin 4. saatinden sonra hem uygulama hem de kontrol grubundaki hastaların ağrı puan ortalamalarının belirgin şekilde düştüğü görülmektedir (Tablo 3). Yapılan bir çalışmada da ağrı

puanının 4. saatten sonra belirgin olarak düştüğü bulunmuştur (Kunt ve ark. 1997).

Uygulama grubundaki hastalar 4.saatte yeterliye yakın analjezi düzeyine ($x=3.40\pm 1.50$) ulaşırken, kontrol grubundaki hastaların ($x=2.60\pm 1.46$) yeterli analjezi düzeyine 8. Saatte ulaştıkları saptanmıştır (Tablo 3). Bu bulgu sözel eğitim verilen grupta (kontrol grubu) HKA pompası kullanımının yeterince anlaşamadığı ve bu nedenle pompanın etkin kullanılmamasına bağlı olarak yeterli analjezinin uygulama grubundan daha geç sağlandığını düşündürmektedir.

Tablo 4. Uygulama ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kullandıkları Toplam Analjezik Miktarına Göre Dağılımı

Hasta Grupları	n	\bar{X}	Ss	t	p
Uygulama Grubu	20	22.10	6.19	-2.85	0.007
Kontrol Grubu	20	26.83	4.08		

Uygulama grubundaki hastaların postoperatif dönemde kullanılan analjezik miktarının ($x=22.10\pm 6.19$) kontrol grubundakilerden ($x=26.83 \pm 4.08$) düşük ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4). Bu bulgunun broşür kullanarak eğitim verilen uygulama grubundaki hastaların yöntemi daha iyi anlamaları ve dolayısıyla HKA pompasını daha etkin kullanmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 5. Uygulama ve Kontrol Grubundaki Hastaların Analjezik İstek Sayısına Göre Dağılımı

Hasta Grupları	n	\bar{X}	S	t	p
Uygulama Grubu	20	23.75	18.19	-2.45	0.0?
Kontrol Grubu	20	81.65	103.89		

Uygulama grubundaki hastaların analjezik istek sayısının ($x=23.75\pm 18.19$) kontrol grubundaki hastalardan ($x=81.65\pm 103.89$) düşük ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. ($t=-2.45$, $p=0.02$, $p<0.05$) (Tablo 5). HKA uygulaması hakkında yeterince bilgilendirilmiş hastaların ağrı kesici ilaçlarını kendilerinin kontrol etmeleri ve ameliyat sonrası ağrının azaltılmasının veya giderilmesinin mümkün olduğunun bilincinde olmaları sonucu programlanan toplam dozdan daha az analjezik talep ettikleri ve analjezik isteklerinin buna bağlı olarak daha düşük olduğu düşünülmektedir. Literatürde bilgi

eksikliğinin neden olduğu anksiyete ve korkunun hastaya verilen eğitim ile azalacağı dolayısıyla ağrının da azalacağı ve buna bağlı olarak kullanılan analjezik miktarının daha az olacağı belirtilmektedir (Bilen ve ark. 1997, Erdine 1994, Jamison et al 1993, McDonald 1994). Griffin ve arkadaşları (1998) ile Hawkin ve Price 'ın (1993) alışmalarında eğitim verilen ve verilmeyen gruplarda morfin kullanımı benzer bulunmuştur.

Hasta gruplarının ağrı ortalamaları arasında fark olmamasına karşın analjezik istek sayıları ortalaması arasındaki fark uygulama grubundaki hastaların HKA pompasının çalışma sistemini bilmeleri nedeni ile sonuç vermeyecek girişimlerde bulunmamalarına bağlanabilir.

Tablo 6. Uygulama ve Kontrol Grubundaki Hastaların Başarılı İstekleri Sonucu HKA Cihazının Verdiği Bolus Sayısına Göre Dağılımı

Hasta Grupları	n	\bar{X}	Ss	t	p
Uygulama Grubu	20	11.85	6.99	-2.34	0.02
Kontrol Grub	20	16.55	5.61		

Kontrol grubundaki hastaların başarılı istekleri (analjezik almak isteği ile HKA pompasının bolus düğmesine basıldığında analjezik dozunu almayı başarma) sonucu HKA pompasının verdiği bolus sayısı ortalamasının ($x=16.55\pm 5.61$) uygulama grubundaki hastalarinkinden ($x=11.85\pm 6.99$) yüksek olduğu bulunmuştur ($t=-2.34$, $p=0.02$, $p<0.05$) (Tablo 6).

Bu durumun eğitim almayan hastaların HKA cihazını kullanmakta uygulama grubu kadar başarılı olamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi ağrı tedavisi konusunda hastaların bilgilendirilmesinin ağrı ve anksiyetenin şiddetini azalttığı, yüksek düzeyde ağrı anksiyetesi olanların sıklıkla başarısız analjezik isteğinde bulunduğu kaydedilmiştir (Jamison et al 1993).

Tablo 7. Uygulama ve Kontrol Grubundaki Hastaların Analjezik İstek Sayısı- Başarılı Bolus Sayısı Oranına Göre Dağılımı

Hasta Grupları	n	\bar{X}	S	t	p
Uygulama Grubu	20	1.94	0.84	-2.23	0.03
Kontrol Grubu	20	4.34	4.73		

Uygulama grubundaki hastaların analjezik istek sayısı-başarılı (istek sonucu HKA pompasının verdiği) bolus sayısı oranının ($x=1.94\pm 0.84$), kontrol grubundaki hastalardan ($x=4.34\pm 4.73$) düşük ve

gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Analjezik istek sayısı / başarılı analjezik istek sayısı hastanın HKA yöntemini anlama düzeyi hakkında bilgi verir. Tekniği iyi anlamayan hastaların analjezik miktarının daha yüksek olduğu, ağrısı olmadığı halde bolus düğmesini kullanan hastalar olduğu bildirilmiştir (Özyalçın ve ark.1997). Literatürde etkin bir hasta eğitimi sağlandığında analjezik istek sayısı ile bolus sayısı arasındaki oranın 1'e yaklaştığı bildirilmektedir (Yücel 1997). Uygulama grubundaki oranın kontrol grubuna göre 1'e daha yakın olması broşür kullanarak verilen eğitimin etkin olduğunu göstermektedir.

SONUÇ

HKA uygulamasına ilişkin broşür kullanarak verilen hasta eğitiminin postoperatif ağrının giderilmesine etkisini incelemeyi amaçlayan bu çalışmanın sonuçlarına göre; broşür kullanarak verilen eğitimin hastaların ağrı puanı ortalamalarını etkilemediği ancak broşür kullanarak eğitim verilen hastaların yeterli analjezi düzeyine daha erken ulaştıkları, 24 saatlik toplam analjezik (morfin) miktarının, analjezik istek sayısının, başarılı istek sayısı-bolus sayısı oranının kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Bulgular broşür kullanılarak eğitim verilen hastaların HKA pompasını daha etkin kullandıklarını göstermektedir.

ÖNERİLER

Elde edilen bulgular doğrultusunda:

- HKA pompasının daha etkin kullanımı ve dolayısıyla etkin analjezi sağlanması için hastalara preoperatif dönemde broşürlerden yararlanarak eğitim verilmesi,
- Araştırmanın farklı operasyon geçirmiş hastalarla yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Arslan FE (1998). Postoperatif Ağrı Değerlendirmesinde Görsel Kıyaslama ve Basit Tanımlayıcı Ölçeklerin Duyarlılık ve Seçiciliklerinin Karşılaştırılması. Uluslar arası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Ankara: 35-36.
2. Canatay H, Toker K (1995). Postoperatif Ağrı Tedavisinde HKA: Morfin ve Fentalinin Etkilerinin Karşılaştırılması. Ağrı, 7: 4,37-41.
3. Dalı D (1998). Postoperatif Ağrı kontrolünde intravenöz HKA ve aralıklı IM analjezi yöntemlerinin karşılaştırılması. Yayınlanmamış Doktora Tezi , İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

4. Erdine S (1994). Akut ağrı ilkeleri. *Ağrı*, 6: 1, 10-13.
5. Griffin MJ, Biennan L, MC Shane, AJ (1998). Preoperatif education and outcome of PCA. *Can J. Anaesth*, 45: 10, 943-8,
6. Hawkins R, Price K (1993). The effects of an education video on patients request for postoperative pain relief. *Aust.J. Nurs.*,10: 4, 32-40.
7. Jamison RN, Taft K, O'hara JP ve ark (1993). Psychosocial and pharmacologic predictors of statisfaction with intravenous patient-controlled. *Analgesia Anesth. Analog.*, 77: 121-5.
8. Kocaman G (1994). *Ağrı.İzmir: Saray Medikal Yayıncılık San.ve Tic. Ltd. Şti.*
9. Kocaman G, Karayurt Ö (1992). *Ağrı kontrolünde yaş faktörünü inceleyen bir araştırma.Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Kitabı, Ankara :Başbakanlık SHÇEK Basımevi, 199-203.*
10. Koh P, ThomasV J (1994). Dose time saved by PCA improve patient satisfaction with nursing care, *J Adv Nurs*, 20: 61
11. Kunt N, Kafalı H, Mimarogku C ve ark. (1997). HKA ile Postoperatif ağrı tedavisinde morfin, meperidin ve fentanilin etkinliğinin karşılaştırılması. *Ağrı*, 9,1: 28-35.
12. McDonald S (1994). Controlled environment. *Nurs Times*, 90: 47, 42-46.
13. Özyalçın S, Yücel A, Erdine S (1997). Postoperatif ve analjezide tramadol, petidin, morfin ve fentanil ile IV. PCA, *Türk. Anest. Rean. Mecmuası*, 25: 207-13.
14. Seymour J (1996). Analgesia under patient control. *NT*, 92: 1, 42-44.
15. Shiloh S, Zukerman G, Butin B ve ark. (2003). Postoperative patients-controlled analgesia (PCA): how much analgesia? *Psychology and Health*, 18: 6, 753-770.
16. Velioğlu P, Oktay S (1986). Hastalara ve hemşirelere göre hemşirelik faaliyetinin önem derecesi, *HB*, 2: 6, 30-32.
17. Warwick P (1992). Making sense of principles of PCA, *NT*, 41: 38-40.
18. Yeğül İ (1993). Postoperatif ağrı tedavisi. Yeğül İ (ed). *Ağrı ve tedavisi. İzmir: Yapım Matbaacılık*, 249-254.
19. Yücel A (1997). *Hasta kontrollü analjezi PCA. İstanbul: Ufuk Reklamcılık Matbaacılık.*

KOAH VE ASTİM HASTALARININ İNHALASYON CİHAZLARINI KULLANIM BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*THE INVESTIGATION OF USAGE ABILITIES OF INHALATION
INSTRUMENTS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND
ASTHMA PATIENTS*

Olca ÇAM Nazan GÖÇEMEN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Bornova, İzmir

Anahtar Sözcükler: Astım, KOAH, inhalasyon cihazları, kullanım teknikleri
Key Words: Asthma, COPD, inhalation instrument, usage techniques

ÖZET

Bu araştırmada, KOAH(kronik obstrüktif akciğer hastalığı) ve astım hastalarının inhalasyon cihazlarını kullanım becerilerini incelemek amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve yarı deneysel olarak planlanan araştırma evrenini, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Nisan-Mayıs 2004 arasında KOAH ve astım tanısıyla yatan hastalar (N=405), örneklemini ise bu aylar arasında hastanede yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden (n=120) hastalar oluşturmuştur. Örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Verilerin toplanmasında, Ünlü, Şahin, Öztürk ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen demonstrasyon kontrol listesi (Ünlü ve ark 2001), Barış, Şahin, Çöplü ve arkadaşları tarafından yazılan Bronş Astması El Kitabı'ndan (Barış ve ark 1996) yararlanılmış,araştırmacı tarafından geliştirilmiş eğitim metni ve Bireysel Bilgi Formu kullanılmıştır.

Verilerin istatistiksel analizleri, SPSS (Statistical Package for Social Science for windows 10.0) paket programında yapılmıştır. Verilerin yüzdellik hesabı eşleştirmeli örneklem t testi ve ki kare testi ile yapılmıştır.

İnhalasyon cihazlarına göre eğitim öncesi alınan puanların ortalamaları diskus, ÖDİ (ölçülü doz inhaler), turbuhaler için sırasıyla 6.35 ± 1.12 , 6.03 ± 1.3 , 6.62 ± 1.8 ve eğitim sonrası alınan puanların ortalamaları diskus, ÖDİ, turbuhaler için sırasıyla 8.65 ± 0.6 , 8.03 ± 1.3 , 8.9 ± 0.7 olarak saptanmıştır. İnhalasyon cihazlarına göre tekniği iyi yapan hastaların oranı eğitim öncesi, turbuhaler için %53, ÖDİ için %33, diskus için %50 iken; eğitim sonrası, turbuhaler için %100, ÖDİ için %91, diskus için %100 bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalardan yüksek bulunmuştur. KOAH ve astım hastalarının eğitim öncesi ile eğitim sonrası inhalasyon cihazlarını kullanım becerileri arasında fark anlamlı bulunmuştur.

SUMMARY

In this study, to investigate usage abilities of inhalation instruments of chronic obstructive pulmonary disease and asthma patients has been purposed. Patients who stayed with chronic obstructive pulmonary disease and asthma diagnosis (N: 405) in İzmir Dr. Suat Seren Chest Diseases and Surgery Education and Investigation Hospital have constituted the investigation cosmos and patients who accepted joining to investigation have constituted the samples (N=120). It was planned as definitive and half experimental study.

In collection of datas, demonstration control list which was developed by Ünlü, Şahin, Öztürk and friends (2001), Bronche Asthma Hand Book which was written by Barış, Şahin, friends (1996) have been utilized, and education text which was improved by the researcher and Individual Information Form have been used.

The statistical analyses of datas have been made in the Statical Package for Social Science (SPSS for windows 10,0) package program. The percentage account of datas has been made with the synchronized sample t test and ki square test.

The avarage points taken before education according to inhalation instruments have been decided for discus, ÖDİ (measured dosage inhaler), turbohaler one by one $6,35\pm 1.12$, $6,03\pm 1,3$, $6,62\pm 1,8$, and the avarage points taken after education have been decided for discus, ÖDİ, turbohaler one by one $8.65\pm 0,6$, 8.03 ± 1.3 , 8.9 ± 0.7 . While the ratio of patients who made tecniqe well according to the inhalation instruments has been found 53% for turbohaler, 33% for ÖDİ, and 50% for discus before the education, that ratio has been determined 100% for turbohaler, 91% for ÖDİ, and 100% for discus after education. It has been found higher than the previous studies. It is true that the difference of usage abilities of chronic obstructive pulmonary disease and asthma patients of inhalation instruments before the education and after the education has been found meaningful.

GİRİŞ

Solunum sisteminin kronik hastalıkları, bireylere ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizlik yaşatan, ölüm oranında artışa yol açan önemli hastalıklar olarak kabul edilmektedir (Uzaslan 2000). Bu hastalıklar hava yollarında herhangi bir seviyede parsiyel veya total obstrüksiyona bağlı olarak direncin artması ve hava akımının sınırlandırılması ile karakterizedir. En yaygın görülen şekilleri astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, pnömoni, interstisyel (fibrotik) ve inhalasyonel hastalıklar olan akciğer hastalıkları önemli morbidite, mortalite ve ekonomik yük nedenleridir (Kadayıfçı 2000).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAHA), öksürük, balgam üretimi, dispne, hava akımının sınırlandırılması ve bozulmuş gaz alışverişi

ile karakterize geniş bir yelpazede yer alan kronik solunum yolu hastalıklarını içerir. Bu başlık altında düşünülen başlıca hastalıklar, hava akımı sınırlandırılması ile karakterize kronik bronşit ve amfizemdir. Astım, aynı semptomların bir çoğunu gösterir, fakat hava akımı karakteristiği, tedaviye cevap ve uzun süreli sonuçlar açısından astmatik hastalar, KOAH' lı hastalardan farklıdır (Gary 1998).

Günümüzde, obstrüktif hastalıkların tedavisinde, gerek bronkodiaörlere gerek antiinflamatuvar ilaçların çoğunluğu inhalasyon yolu ile kullanılmaktadır (Erk 2002).

Obstrüktif hava yolu hastalıklarının tedavisinde hem daha etkin bir tedavi sağlaması hem de yan etkilerinin azlığı nedeniyle inhalasyon yoluyla ilaç kullanımı diğer tedavi yöntemlerine tercih edilmektedir. İnhaler cihazlar hızlı, ekonomik ve güvenli bir şekilde akciğerlere ilaç salınımını sağlamaktadırlar. İlacın orofarinkste birikerek lokal olarak absorbe edilmesi veya yutulması sonucu gastrointestinal sistemden absorbe edilmesiyle bazı etkiler ortaya çıkabilmekteyse de başarılı bir tedavi ilacın akciğerlerde uygun bir şekilde birikimine bağlıdır (Mirici ve ark 2001). Akciğerde biriken miktar inhalasyon tekniklerinden ve kullanma önerilerinden etkilenir. Uygun teknikler kullanıldığında, akciğerde depolanan miktarın %7.2'den %22.8'e çıkabildiği gösterilmiştir (Erk 2002).

Kocabaş, Tetiker, Şahin ve arkadaşları (1994) tarafından ÖDİ (ölçülü doz inhaler) kullanımı ile ilgili sorunların incelenmesi amacıyla yapılan 105 kişi ile yürütülen çalışmada hastaların sadece 26' sının (%24.8) ÖDİ' leri uygun şekilde kullandıkları, 79 hastanın (%75.8) cihaz kullanımı sırasında bir veya daha fazla sayıda hata yaptıkları saptanmıştır (Kocabaş ve ark. 1994).

Kıter, Sevinç ve Çımrın (1999) tarafından farklı inhaler tekniklerine hastaların uyumlarının incelenmesi amacıyla yapılan 120 hasta ile yürütülen çalışmada, inhaler kullanım tekniğinin her bir basamağı için doğru yapma yüzdelerinin, ÖDİ dışındaki gruplarda yüksek olduğu, özellikle turbuhaler grubunda inhalasyon şeklinin %90 doğru yapıldığı, ÖDİ grubunda bunun %54-64 olduğu saptanmıştır (Kıter ve ark. 1999).

Ünlü, Şahin, Öztürk ve arkadaşları (2001) tarafından sağlık personeli ve eczacıların inhalasyon aletlerinin kullanımıyla ilgili bilgilerin araştırılması amacıyla yapılan 40 doktor, 32 hemşire, 13 eczacı ve 23 eczacı kalfası ile yürütülen çalışmada, aletlerde tekniğin iyi düzeyde uygulanma oranları; ÖDİ' de %76.8, turbuhalerde %50.8, diskusta %45 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak bütün gruplarda inhalerlerin yanlış kullanım oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Yaygın bir

kullanıma sahip olan ÖDİ' nin kullanımının karışık manevralara gereksinim göstermesi ve çeşitli çalışmalarda yüksek oranlarda yanlış kullanımın belirtilmesi yeni inhalasyon aletlerinin geliştirilmesini gündeme getirmiştir. Bu aletlerin hepsinde de ortak sorun, inhalasyon tekniğinin doğru kullanımının sağlanmasındaki zorluklardır. Bu durum, sağlık personelinin inhalasyon aletlerinin doğru kullanımını bilmesi ve hastalara gerekli eğitimi vermesiyle yakından ilişkilidir(Ünlü ve ark 2001).

İnhalasyon araçlarını kullanırken hastaların %90'ı hata yapabilmektedir. Eğitimsiz kişilerde hata oranı artmaktadır. Yaşlı hastalar daha çok hata yapmaktadırlar. Hastalara ilaç kullanımı hakkında bilgi verilirse hata oranının azaldığı saptanmıştır (Erk 2002).

Araştırmanın Amacı

KOAH ve astım hastalarının, inhalasyon cihazlarını ne derece doğru teknikte kullandıklarını saptayıp aynı seansta eğitim verilmesi ve eğitim sonrası beceri düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve yarı deneysel nitelikte planlanan araştırma, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi' inde yürütülmüştür. Hastaneden resmi izin alındıktan sonra, araştırma kapsamına Nisan-Mayıs 2004 tarihleri arasında KOAH ve astım tanısı ile yatmakta olan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 120 hasta alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Bu formun birinci bölümünü, hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve inhalasyon cihazı kullanımı ile ilgili özelliklerini (kullanılan inhalasyon cihazı, kullanım süresi, öğretme yöntemi, öğretme anında cihazın kullanılıp kullanılmadığı) sorgulamaya yönelik 14 soru oluşturmuştur. İkinci bölümde, Ünlü, Şahin, Öztürk ve arkadaşları (2001) ile Barış, Şahin, Çöplü ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş demonstrasyon kontrol listesi bulunmaktadır. Her hastadan, tedavisindeki inhalasyon aletinin etken madde içermeyen örneğini iki doz kullanması istenerek liste üzerinde başardığı basamaklar işaretlenmiştir. Yanlış yaptığı ya da atladığı basamaklar için "0" puan, doğru yaptığı basamaklar için "1" puan verilmiştir. Doğrudan gözlem yöntemiyle değerlendirilen toplam basamak sayısı her bir hastanın puanı olarak hesaplanmıştır (Demonstrasyon skoru). Üçüncü bölümde ise hastaların eğitimden sonra aletinin etken madde içermeyen örneğini tekrar iki doz kullanması istenerek liste üzerinde başardığı basamaklar işaretlenmiştir.

Tablo1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı özellikler		Sayı (n=120)	Yüzde (%)
Yaş	20-39	47	39,2
	40-59	54	45,0
	60-79	19	15,8
Cinsiyet	Kadın	48	40,0
	Erkek	72	60,0
Medeni Durum	Bekar	14	11,6
	Evli	86	71,7
	Dul/Boşanmış	20	16,7
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	18	15,0
	Okur-yazar	67	55,8
	Ortaokul-Lise	31	25,8
	Yüksekokul-Fakülte	4	3,3
Ekonomik Durum	Çok iyi	-	-
	İyi	10	8,0
	Orta	48	40,0
	Kötü	62	52,0
En Uzun Süre Yaşanılan Yer	Köy	13	10,8
	Kasaba	27	22,5
	Şehir	30	25,0
	Büyük şehir	50	41,7
Sosyal Güvence	Evet	94	78,3
	Hayır	26	21,7
Hastaların Tanısı	KOAH	48	40,0
	Astım	72	60,0
Hastalık Süresi	0-2 yıl	17	14,2
	2-5 yıl	32	26,7
	5-10 yıl	36	30,0
	10 yıl ve Üstü	35	29,2
İnhalasyon Cihazı	Ölçülü Doz İnhaler	32	26,7
	Turbuhaler	48	40,0
	Diskus	40	33,3
Öğreten Kişi	Göğüs hastalıkları uzmanı	44	36,7
	Diğer bir uzman	17	14,2
	Eczacı/Kalfa	16	13,3
	Pratisyen hekim	12	10,0
	Hemşire	25	20,8
	Başka hasta	6	5,0
Öğrenme Sırasında Kullanılan Yöntem	Cihazın kullanımı gösterildi	65	54,2
	Sözlü olarak (cihaz olmadan) anlatıldı	31	25,8
	Kullanım şeklini gösteren bir broşür verildi	13	10,8
	Hiçbir yöntem uygulanmadı	11	9,2
Öğrenme Sırasında Cihazı Kullanma	Evet	74	61,7
	Hayır	46	38,3
Cihazı Kullanma Süresi	0-2 yıl	41	34,2
	2-5 yıl	46	38,3
	5-10 yıl	32	26,7
	10 yıl ve üstü	1	0,8

Değerlendirmede; başarı düzeyi hesaplanırken 7-10 puan aralığı “iyi”, 4-6 puan “orta” düzey, 0-3 puan kötü düzey olarak değerlendirilmiştir (Ünlü ve ark. 2001).

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların %39.2'nin 20-39, %45' nin 40-59, %15.8' inin 60-79 yaş aralığında ve yaş ortalamasını 44.7 ± 14.25 olduğu bulunmuştur. Hastaların %60' ının erkek, %71.7' sinin evli, %55.8' inin okur-yazar, %52' sinin ekonomik durumunun kötü düzeyde olduğu, %41.7' sinin en uzun süre büyük şehirde yaşadığı, %78.3' ünün sosyal güvence kapsamında olduğu, %60' ının tanısının astım, %30' unun 5-10 yıldır bu hastalık tanısını alma, %39.2' inin turbuhaler kullandığı, %36.7' sine göğüs hastalıkları uzmanının, %20.8' ine hemşirelerin inhalasyon cihazlarını kullanmayı öğrettiği, %54.2' sine cihazın kullanımının gösterildiği, %61.7' sinin öğrenme sırasında cihazı kullandığı, %38.3' ü 2-5 yıldır inhalasyon cihazını kullandığını bildirmiştir.

Tablo 2. Eğitim Öncesi ve Sonrası İnhaler Tekniğinde Basamakların Doğru Yapılma Yüzdeleri

Basamak		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Diskus	Eğitim öncesi	%100	%100	%50.0	%35.0	%100	%83.0	%35.0	%50.0	%25.0	%57.5
	Eğitim sonrası	%100	%100	%92.5	%97.5	%100	%100	%47.5	%80.0	%55.0	%92.5
ÖDİ	Eğitim öncesi	%84.8	%66.7	%81.8	%60.3	%30.0	%77.0	%70.0	%47.3	%69.7	%15.2
	Eğitim sonrası	%100	%97.0	%97.0	%48.5	%91.0	%100	%100	%30.3	%90.9	%51.5
Turbuhaler	Eğitim öncesi	%97.9	%73.2	%73.6	%44.7	%100	%80.0	%52.6	%60.8	%30.4	%48.9
	Eğitim sonrası	%100	%87.2	%100	%91.5	%100	%98.0	%85.1	%97.9	%55.3	%76.6

İnhaler kullanım tekniğinin her bir basamağı için doğru yapılma yüzdeleri incelendiğinde; inhalasyon cihazlarının ilk basamağında diskus (%100), turbuhaler (%97.9) ve ÖDİ' de (%84.8) oranında doğru şekilde kullanıldığı saptanmıştır. ÖDİ' nin hata oranının diğerlerine göre yüksek olmasının nedeni olarak hastaların çoğunluğunun cihazın kapağını kullanmamaları olarak belirlenmiştir. Eğitim önce her bir inhalasyon cihazı için ortalama demostasyon skoru diskus, ÖDİ ve turbuhaler için sırasıyla 6.35 ± 1.12 , 6.03 ± 1.3 , 6.62 ± 1.8 saptanmıştır.

olup bu oranlar daha önce yapılan çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur (Kiter 1999, Kocabaş 1994, Mirici 2001, Ünlü 2001).

2. basamağında; diskus (%100), turbuhaler (%73.2) ve ÖDİ (%66.7) oranında cihazı doğru şekilde kullandıkları saptanmıştır. ÖDİ' deki düşük oranın hastaların cihazı dik tutmamaları ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Kiter ve ark. (1999) yaptığı çalışmada %75 oranda doğru yapılması çalışmamızla paralellik göstermektedir. ÖDİ' de, kullanmadan önce inhalelerin çalkalanmasının ilacın homojenizasyonu ve böylece uygun dozda alınması için gereklidir (Kiter ve ark 1999).

3. basamağında; diskus (%50), turbuhaler (%73.6) ve ÖDİ (%81.8) oranında cihazı doğru şekilde kullandıkları saptanmıştır. Diskus kullanan hastaların çoğunluğunun cihazı açma manevrasını yanlış yaptığı saptanmıştır.

4. basamağında; diskus (%35), turbuhaler (%44.7) ve ÖDİ (%60.3) oranında cihazı doğru şekilde kullandıkları saptanmıştır. ÖDİ' de hastaların çoğunun başını dik tutmadığı gözlenmiştir. Başı dik tutmak, teorik olarak akciğerlere daha fazla ilacın gitmesini sağlamaktadır. Bütün gruplarda (5. basamak ÖDİ (%30). inhalasyon öncesi nefes ver-me oldukça düşük oranda bulunmuş olması diğer araştırmalarla paralellik göstermektedir (Kiter 1999, Kocabaş 1994, Mirici 2001, Ünlü 2001).

5. basamakta; diskus (%100), turbuhaler (%100) ve ÖDİ (%30) oranında doğru şekilde kullandığı saptanmıştır. ÖDİ kullanan hastaların çoğunluğunun inhalasyon öncesi nefes verme manevrasını hatalı yaptığı saptanmıştır. İyi bir partikül depolanması için, başlangıçta FRK seviyesine kadar, etkin bir soluk verme işlemi yapılmış olmalıdır (Erk 2002).

6. basamakta; diskus (%83), turbuhaler (%80) ve ÖDİ (%77) oranında doğru şekilde kullanıldığı saptanmıştır. KTİ' lerde ilacın aerosol hale gelmesi için gereken enerji hastanın inspirasyonu ile sağlanır. Hastanın inspirasyon akımı bireysel olarak veya obstrüksiyon düzeyine göre değişir (Erk 2002).

7. basamakta; diskus (%35), turbuhaler (%52.6) ve ÖDİ (%70) oranında doğru şekilde kullanıldığı saptanmıştır. Diskus kullanımında hastaların çoğunluğunun cihaz içine nefes verdiği saptanmıştır. Aerosol ilacın, inspirasyon sürecinin hangi aşamasında solunuma katıldığı (ÖDİ' nin ne zaman püskürtüldüğü) önem taşımaktadır. Aerosol ilaç inspirasyonun başında değil de, sonuna doğru püskürtülürse, partiküllerin birikme yeri ağız ve merkezi hava yolları olacaktır (Erk 2002).

8. basamakta; diskus (%50), turbuhaler (%60.8) ve ÖDİ (%47.3) oranında doğru şekilde kullanıldığı saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunun inhalasyondan sonra nefesini tutmadığı gözlenmiştir. Bu tarz hatalı kullanımların, ilacın klinik etkinliğini önemli ölçüde azalttığı, yan etkileri arttırdığı ve maliyeti yükselttiği gösterilmiştir (Uzaslan 2000). Aerosol inhalasyonundan sonra soluk tutulursa çok küçük partiküllerin periferik hava yollarında çökme imkanı olur (Kocabaş ve ark 1994).

9. basamakta; diskus (%25), turbuhaler (%30.4) ve ÖDİ (%69.7) oranında doğru şekilde kullanıldığı saptanmıştır. 2. kullanım için 20 sn bekleme basamağında, hastaların çoğunluğunun ÖDİ' de %84.8 hata (10. basamak) yaptığı saptanmıştır. Araştırmadan çıkan sonuçla Kiter ve ark. (2001)' nin yaptığı araştırmada çıkan sonuç paralellik göstermektedir (Kiter ve ark 1999). Hanania, Witlman, Kesten ve arkadaşları(1994)' nin yaptığı araştırmada, ÖDİ kullanımı sırasında sağlık personeli tarafından en sık yapılan hataların inspirasyon esnasında gereken koordine hareket ve inhalasyondan sonra nefes tutma manevralarında olduğu saptanmıştır (Hanaia ve ark 1994). ÖDİ kullanırken yavaş ve derin bir inspirasyon yapılmaması ve inspirasyondan sonra yeterli süre nefesin tutulmaması, inhale edilen partiküllerin yerçekimi etkisiyle havayollarında yerleşimini önleyecek, böylece klinik etkinin azalmasına neden olacaktır (Kiter ve ark 1999).

10. basamakta; diskus (%57.5), turbuhaler (%48.9) ve ÖDİ (%15.2) oranında doğru şekilde kullanıldığı saptanmıştır. Turbuhaler kullanan hastaların çoğunun cihazı kuralına uygun kapatmadığı bulunmuştur.

Ünlü, Şahin, Öztürk ve arkadaşları (2001) sağlık personeli ve eczacıların inhalasyon aletlerinin kullanımıyla ilgili bilgilerinin araştırılması amacıyla yaptığı araştırmada aletlerde tekniğin iyi düzeyde uygulanma oranları; ÖDİ' de %76.8, turbuhalerde %50.8, diskusta %44.5 olarak bulunmuştur (Ünlü ve ark. 2001). Yaptığımız araştırmada çıkan sonuçla paralellik göstermektedir. Sonuç olarak, bütün gruplarda inhalerlerin yanlış kullanım oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Eğitimden sonra inhaler tekniğinde basamakların doğru yapıma yüzdeleri incelendiğinde, her basamakta artış olduğu saptanmıştır. Buna göre verilen eğitim sonrası hastaların cihazları kullanım becerilerinin arttığı söylenebilir.

Tablo 3. İnhalasyon Cihazlarına Göre Hastaların Eğitimden Önce Ve Sonra Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

İnhalasyon Cihazları	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		T	P
	Ort.	Ss	Ort.	Ss		
Diskus	6.35	1.12	8.65	0.60	6.245	0.05
ÖDİ	6.03	1.30	8.03	1.30	6.590	0.05
Turbuhaler	6.62	1.80	8.90	0.70	6.640	0.05

Hastalara diskus cihazının kullanımı konusunda verilen eğitim sonrası, hastaların diskus kullanım basamaklarını daha doğru şekilde yaptıkları gözlenmiştir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası alınan puan ortalamaları 6.35 ± 1.12 , 8.65 ± 0.6 olarak hesaplanmıştır. Eğitim öncesi diskusu iyi derecede kullanan hastaların oranı %50 iken; eğitim sonrası oran %100 olarak saptanmıştır.

Hastalara ÖDİ cihazının kullanımı konusunda verilen eğitim sonrası, hastaların ÖDİ kullanım basamaklarını daha doğru şekilde yaptıkları gözlenmiştir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası alınan puan ortalamaları 6.03 ± 1.3 , 8.03 ± 1.3 olarak hesaplanmıştır. Eğitim öncesi ÖDİ'yi iyi derecede kullanan hastaların oranı %33 iken; eğitim sonrası oran %91 olarak saptanmıştır.

Hastalara turbuhaler cihazının kullanımı konusunda verilen eğitim sonrası, hastaların turbuhaler kullanım basamaklarını daha doğru şekilde yaptıkları gözlenmiştir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası alınan puan ortalamaları 6.62 ± 1.8 , 8.9 ± 0.7 olarak hesaplanmıştır. Eğitim öncesi turbuhaleri iyi derecede kullanan hastaların oranı %53 iken; eğitim sonrası oran %100 olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Eğitimden Önce İnhaler Tipine Göre Alınan Toplam Puan Dağılımı

Puan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)
Diskus	-	-	-	20,0	20,0	25,0	27,5	7,5	-	-
	-	-	-	8	8	10	11	3	-	-
ÖDİ	-	-	-	6,1	18,2	30,3	27,3	15,2	3,0	-
	-	-	-	2	6	10	9	5	1	-
Turbuhaler	-	-	-	8,5	17,0	23,4	27,7	14,9	6,4	2,1
	-	-	-	4	8	11	13	9	3	1

Eğitim öncesi inhalasyon cihazlarında hastaların; turbuhaler için en az 4 puan en fazla 10 puan, ÖDİ için en az 4 puan en fazla 9 puan ve diskus için en az 4 puan en fazla 8 puan aldıkları

görülmektedir. Turbuhaler, ÖDİ ve diskus kullanan hastaların cihazları orta ve iyi düzeyde kullandığı bulunmuştur. Buna göre hastalardan cihazları kötü düzeyde kullanan olmadığı saptanmıştır.

Tablo 5. Eğitimden Sonra İnhaler Tipine Göre Alınan Toplam Puan Dağılımı

Puan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)
Diskus	-	-	-	-	-	-	2,5	7,5	37,5	42,5
	-	-	-	-	-	-	1	3	15	17
ÖDİ	-	-	-	-	-	-	-	18,2	24,2	24,2
	-	-	-	-	-	-	-	6	8	8
Turbuhaler	-	-	-	-	-	-	-	2,1	36,2	34,0
	-	-	-	-	-	-	-	1	17	16

Eğitim sonrası inhalasyon cihazlarında hastaların; turbuhaler için en az 8 puan en fazla 10 puan, ÖDİ için en az 8 puan en fazla 10 puan ve diskus için en az 7 puan en fazla 10 puan aldıkları saptanmıştır. Çıkan sonuca göre hastaların inhalasyon cihazlarını iyi düzeyde kullanmayı öğrendiklerini söylenebilir.

Hastaların İnhaler Cihazlarını Doğru Teknikte Kullanma Durumları İle Bazı Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması

Eğitim öncesi, yaş ile diskus kullanan hastaların cihazı doğru teknikte kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Yaş ile ÖDİ kullanan hastaların cihazı doğru teknikte kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Yaş ile turbuhaler kullanan hastaların cihazı doğru teknikte kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Eğitim sonrası, diskus kullanan hastalar cihazı aynı derecede kullanabildiği için yaşları ile arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır. ÖDİ kullanan hastaların cihazı doğru teknikte kullanma durumları ile yaşları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). İleri yaş inhalasyon cihazlarının kullanımını negatif yönde etkilemekteydi ($p< 0.001$). Allen ve Prior tarafından yapılan çalışmada ortalama yaşları 79.9 olan 30 hastada ÖDİ kullanımını değerlendirmiş ve hastaların sadece %10 kadarının ideal şekilde ilaç kullandığı belirlenmiştir (Mirici ve ark

2001). Turbuhaler kullanan hastaların cihazı kullanma durumları ile yaşları arasındaki ilişki hastaların tümünün eğitim sonrası cihazı iyi derecede kullanması nedeniyle istatistiksel olarak incelenememiştir.

Eğitim öncesi, eğitim düzeyleri ile diskus kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Eğitim düzeyleri ile ÖDİ kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Eğitim düzeyleri ile turbuhaler kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($P<0.05$).

Eğitim sonrası, eğitim düzeyleri ile diskus kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişki, hastaların tümünün eğitim sonrası cihazı iyi derecede kullanması nedeniyle istatistiksel olarak incelenememiştir. Eğitim düzeyleri ile ÖDİ kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($P<0.05$). Kocabaş ve arkadaşları (1994)'nın ÖDİ kullanımında sorunlar konusunda yaptığı aratırmada ek hastalığa sahip hastalarla, lise ve üniversite eğitimi görmüş hastaların ÖDİ'leri daha doğru kullandığı görülmüştür. Eğitim düzeyi ve ek hastalık varlığı, hastaların, doğru ÖDİ kullanımının önemliliğini kavramalarına ve öne-rilen manevraları uygulama konusunda daha dikkatli davranmalarını etkiliyor görünmektedir (Kocabaş ve ark 1994). Eğitim düzeyleri ile turbuhaler kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişki, hastaların tümünün eğitim sonrası cihazı iyi derecede kullanması nedeniyle istatistiksel olarak incelenememiştir.

Eğitim öncesi, cihazı kullanmayı kimden öğrendikleri ile diskus kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Cihazı kullanmayı kimden öğrendikleri ile ÖDİ kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Cihazı kullanmayı kimden öğrendikleri ile turbuhaler kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Mirici ve arkadaşları (2001) inhalasyon tekniklerine hasta uyumunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptığı aratırmada öğretim sırasında kullanılan yöntemler değerlendirildiğinde gruplar

arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.057$). Broşür kullanma yönteminin az oranda uygulandığı ve bu hastalarda başarı puanının düşük olduğu ve demonstrasyon yapılmayanlarda da başarı puanının düşük olduğu bulunmuştur (Mirici ve ark (2001). Eğitim öncesi, cihazı kullanmayı öğrenmeleri sırasında kullanılan yöntem ile diskus kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($P>0.05$). İnhalasyon cihazını kullanmayı öğrenmeleri sırasında kullanılan yöntem ile ÖDİ kullanan hastaların, cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Cihazı kullanmayı öğrenmeleri sırasında kullanılan yöntem ile turbuhaler kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Eğitim öncesi, inhalasyon cihazını kullanmayı öğrenirken cihazı denemiş olmaları ile diskus kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). İnhalasyon cihazını kullanmayı öğrenirken cihazı denemiş olmaları ile ÖDİ kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel incelemesi sonucunda anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). İnhalasyon cihazını kullanmayı öğrenirken cihazı denemiş olmaları ile turbuhaler kullanan hastaların cihazı doğru teknikle kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($P<0.05$). Bayram(2001) tarafından yapılan araştırmada, umut ve öz-bakım gücü arasında ilişki olduğu saptanmıştır, doğru teknikle cihazı kullanma durumu öz-bakım gücüyle de ilgili olabileceği düşünülebilir. Bununla beraber, Mirici ve arkadaşları (2001) yaptığı araştırmada öğrenme sırasında cihazın kullanımının istenmiş olması başarı puanını artırmakla beraber bu artışın istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmadığını belirlemişlerdir (Mirici ve ark 2001).

SONUÇ VE ÖNERİLER

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatan KOAH ve astım tanısı almış hastalarının inhalasyon cihazlarını kullanım becerilerinin incelendiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Eğitimden önce her bir inhaler için ortalama demonstrasyon skoru diskus, ÖDİ ve turbuhaler için sırasıyla 6.35 ± 1.12 , 6.03 ± 1.3 , 6.62 ± 1.8 bulunmuştur. İnhalasyon cihazlarında tekniğin iyi düzeyde uygulanma oranları; ÖDİ' de %33, turbuhalerde %53 ve diskusta %50'

dir. Bütün gruplarda aletlerde yanlış kullanım oranının yüksek olduğu saptanmıştır.

Eğitimden sonra her bir inhaler için ortalama demonstrasyon skoru diskus, ÖDİ ve turbuhaler için sırasıyla 8.65 ± 0.6 , 8.03 ± 1.3 , 8.9 ± 0.7 olarak saptanmıştır. İnhalasyon cihazlarında tekniğin iyi düzeyde uygulanma oranları; ÖDİ' de %91, turbuhalerde %100 ve diskusta %100 bulunmuştur. Demonstrasyon yöntemiyle yapılan eğitim sonrası hastalarda %100'e yakın bir başarı elde edilmiştir.

KOAH ve astım hastalarının eğitim öncesi ile eğitim sonrası inhalasyon cihazlarını kullanım becerileri arasında fark anlamlı bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonunda, eğitim öncesi KOAH ve astım hastalarının inhaler kullanım düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu cihazların hepsinde de ortak sorun inhalasyon tekniğinin doğru kullanımının sağlanmasındaki zorluklardır.

Bu bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

Sağlık personelinin inhalasyon cihazlarının doğru kullanımını bilmesi ve hastalara bu konuda gerekli eğitimi vermeleri gereklidir. En büyük sorumluluk yeteri kadar bilgi beceriye sahip olunması, hastaya uygun inhaler cihazın verilmesi ve ilacın kullanımının öğretilmesi açısından hekim ve hemşirelere düşmektedir. Diğer tıbbi personelin de bu konuda yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu konuda her yeni çıkan inhaler cihazın doğru kullanımının anlatılması bakımından ilaç firmalarının da sorumluluk taşıması gerekmektedir.

Hastalara ilaçlarını doğru olarak kullanmaları mutlaka öğretilmeli, bu amaçla kliniklerde toplu eğitim, video gösterileri yapma imkanları araştırılmalı, sözlü ve yazılı anlatım materyalleri ile desteklenmelidir. Başlangıçta hastalar inhaler cihazlarını doğru olarak kullansalar da ilaç kullanım süresi arttıkça zamanla yanlış kullanabilme ihtimalleri olduğundan belirli aralıklarla eğitim yapılması gerekliliği doğmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Barış Yİ, Şahin AA, Çöplü L ve ark. (1996). Solunum yoluyla alınan ilaçların kullanım teknikleri (içinde) Kalyoncu AF (ed). Bronş astması el kitabı. 2.baskı, Ankara: Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları, 162-179.
2. Bayram M (2001). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda umutsuzluk ve umutsuzluğun öz-bakım gücüne etkisinin incelenmesi. yayınlanmamış yüksek Lisans tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1-5.
3. Erk M (2002). İnhalasyon teknikleri. Toraks Dergisi, 3(2), 7-13.

4. Gary TF (1998). KOAH' ın tedavisi. Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi, 11: 1, 8-16.
5. Kadayıfçı A (2000). Dahiliye. 3. Baskı, Ankara: Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti., 113-21.
6. Hanania NA, Witlman R, Kesten S et al.(1994) Medical personnel's knowledge of and ability to use inhaling devices. Chest, 105: 1, 111-116.
7. Kiter G, Sevinç C, Çımrın AH (1999). Farklı inhaler tekniklerine hastaların uyumları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 47(3), 278-283.
8. Kocabaş A, Tetiker T, Şahin B ve ark. (1994). Ölçülü doz inhalatör kullanımında sorunlar. Solunum Hastalıkları, 5:3, 387-397.
9. Mirici A, Meral M, Akgün M ve ark (2001). İnhalasyon tekniklerine hasta uyumunu etkileyen faktörler. Solunum Hastalıkları, 12, 13-21.
10. Uzaslan EK (2000). Stabil KOAH' ın tedavisi. (içinde) Çavdar T, Ekim N (ed). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. İstanbul: Turgut Yayıncılık ve Ticaret A.Ş, 198-211.
11. Ünlü M, Şahin Ü, Öztürk M ve ark. (2001). Sağlık personeli ve eczacıların inhalasyon aletlerinin kullanımıyla ilgili bilgilerinin araştırılması. Solunum Hastalıkları, 12, 8-12.

**HAVA TEKNİK OKULLAR KOMUTANLIĞI ÖĞRENCİLERİNDE
SİGARA İÇME DAVRANIŞINI TETİKLEYİCİ NEDENLER**

*REASONS OF MOTIVES FOR SMOKING BEHAVIORS AMONG AIR
TECHNICAL SCHOOLS COMMAND'S STUDENTS*

Şafak ERGÜL Ayla Bayık TEMEL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği / İzmir

Anahtar Sözcükler: sigara içme davranışı, tetikleyici nedenler, öğrenciler
Key Words: smoking behaviors, reasons of motives, students

“Hava Teknik Okullar Komutanlığı öğrencilerinde sigara içme davranışını tetikleyici nedenler” başlıklı çalışmamız, 25-27 Mayıs 2005 tarihinde İstanbul’da gerçekleşen II.Ulusal/Uluslararası T.S.K Hemşirelik Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı, Hava Teknik Okullar Komutanlığı (HTOK) öğrencilerini sigara içme davranışlarını tetikleyici nedenlere göre sınıflamak ve bu nedenler doğrultusunda belirlenen bağımlılık durumuyla, bazı sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Araştırma evrenini HTOK birinci ve ikinci sınıf öğrencileri arasında her gün düzenli olarak en az bir sigara içen öğrenciler (N=364) oluşturmaktadır. Evrenin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler 1 Şubat-30 Mart 2005 tarihleri arasında anket formu kullanılarak toplanmıştır. Bulguların analizinde, sayı yüzde dağılımları, ortalamalar, varyans analizi ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 19.3±0.8’dir. Ortalama sigara içme yılı 3.0±1.9’dir. Sigara içme davranışının sürdürülmesinde tetikleyici ilk beş neden, “sigaranın yarattığı bağımlılık nedeniyle kullanım”, “olumsuz durumların etkilerini azaltma amaçlı kullanım”, “rahat anlarda kullanım”, “keyif alma amaçlı kullanım” ve “sigaranın uyarıcı etkisi nedeniyle kullanım” olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin farmakolojik olmayan bağımlılık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin yaş grubunun, sigara içme süresinin, anne/babanın sigara içmesinin farmakolojik olmayan bağımlılık puan ortalamasını etkilemediği, annenin öğrenim düzeyi ve örnek alınan kişinin sigara içme durumunun etkilediği belirlenmiştir.

Sonuç: Öğrencilerde farmakolojik olmayan bağımlılık söz konusudur. Sigara içme davranışına ilişkin ortaya çıkan bu profil özellikleri doğrultusunda HTOK’da sigarayı bırakma programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

SUMMARY

Object: The aim of this research was to classify Air Technical Schools Command's students according to reasons of motives for smoking behaviors and to examine relations between addiction status, which was determined by that reasons, and some socio-demographic variables.

Method: The population covered first and second year grades students in Air Technical Schools Command (N=364) who regularly smoked at least one cigarette daily. Whole population was consisted the study sample. The data was collected by using a survey form between the dates of 1 February-30 March 2005. In the analysis of the data, number and percentages means, Anova and student t test were applied.

Results: Mean age of students was 19.36 ± 0.79 . The mean smoking age of students was 3.0 ± 1.9 . Top of the five reasons of motives for smoking behaviors were identified that "addictive smoking", "negative affect reduction", "smoker-indulgent smoking", "pleasure smoking" and "stimulation smoking". Nonpharmacological dependency mean scores were found to be higher. While age, duration of smoking mother/father's habits of smoking didn't affected nonpharmacological dependency mean scores, but mothers' education level and the role model's habit of smoking affected nonpharmacological dependency of smoking.

Conclusion: Nonpharmacological dependency of smoking was determined among students. This profile of smoking behavior determined in this study is a valuable data for the implementation of smoking cessation programs that could be organized in Air Technical Schools Command.

GİRİŞ

Tüm dünyada en önemli erken ölüm nedenlerinden biri olan sigara, önlenebilir risk faktörleri arasında en başta gelmektedir. Sigara tüketicilerinin %80'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır ve bu ülkelerde halen okul çağındaki çocukların %20'si günlük sigara içicisidir (Açikel ve ark.2004). Sigara bağımlılığı üzerine yapılan araştırmaların ortaya çıkardığı en önemli ve tartışmasız kabul gören gerçek; tüm dünyada ve ülkemizde de 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık %45'inin ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğu varsayımdır, bu gerçek, sorunun özellikle gençlik açısından ne denli önemli olduğunu göstermektedir (Kaya ve Çilli 2002, Yoldaşcan ve ark.2002). Yapılan çalışmalar sigaraya başlama yaşı açısından 18-25 yaş grubunun, bir başka deyişle adölesanların yüksek riskli grubu oluşturduklarını vurgulamaktadır (Prokhorov ve ark.2003, Lynch ve ark.2004). Adölesan dönemde, bireyin yeni şeyleri deneme merakı, kendini daha iyi ve önemli hissetme isteği, stresi azaltma çabası gibi nedenler sigara kullanımını arttırmaktadır (Ward ve ark.2002, Gençöz ve ark.2003).

Araştırmalarda adölesanların, merak, arkadaş baskısı, reklamlardan etkilenme gibi nedenlerle sigaraya başladıkları saptanmıştır (Özcebe ve ark.2002, Prokhorov ve ark.2003, Açıkkel ve ark.2004). Sağlık Bakanlığı verilerine göre (2002) Türkiye genelinde, üniversite öğrencileri arasında sigara içme oranı % 23 ile 48 arasında iken, lise öğrencilerinin % 20.1'i, 7-13 yaş grubundaki ilkokul öğrencilerinin % 11.7'si sigara içmektedir. İlköğretim öğrencilerinin %95'i de sigara markalarını tanımaktadırlar (T.C Sağlık Bakanlığı 2002). Ülkemizde, sigara içmenin toplumda kabul gören bir davranış olması, sigara karşıtı kampanyaların yeterince etkili olmaması, sigaranın kolay ulaşılabilir olması gibi nedenlerle de adölesanlar arasında sigara kullanımı yaygınlaşmaktadır (Herken ve ark.2000). İngiltere ve Amerika'da sigara içme davranışının sürdürülmesinde etkili faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda, sosyal, kültürel, duyuşsal faktörlerin yanısıra alışkanlık nedeniyle ve sigaranın farmakolojik etkisi nedeniyle de bu davranışın sürdürüldüğü belirtilmektedir (Ward ve ark.2002, Prokhorov ve ark.2003). Örneğin; stresli çalışma koşulları, sigara içen kişilerle yoğun ilişki bu davranışı pekiştirmektedir (Herken ve ark.2000). Bu kapsamda yapılanma biçimi ve disiplini nedeniyle daha stresli bir ortam olan Türk Silahlı Kuvvetleri'nde sigara içme oranı subaylarda %52.63, astsubaylarda %79.27, erler arasında %66.2 olarak yüksek oranlarda belirlenmiştir (Bakır ve ark.2003, Bilgiç 2004). Ülkemizde gerek askeri personel gerek sivillerle yürütülen sigara içme davranışına ilişkin çalışmalarda ağırlıklı olarak sigaraya başlama nedenleri ve sigara içme öyküsü üzerine yoğunlaşıldığı dikkati çekmektedir (Bakır ve ark.2003, Açıkkel ve ark.2004, Altın ve ark.2004). Bu davranışı sürdürmede etkisi olabilecek tetikleyici nedenler, yeterince irdelenmemektedir. Literatürde, sigara içen bireylerin, bu davranışlarını tetikleyen nedenlere göre ayırt edilmelerinin, sigara kullanımının azaltılması ve başlamasının önlenmesine yönelik müdahale programlarında kullanılacak stratejileri oluşturmada, önemli bir rehber olduğu belirtilmektedir (Karancı ve Rüstemli 1987, Currie 2004).

Bu araştırmanın amacı, Hava Teknik Okullar Komutanlığı'nda eğitim gören astsubay öğrencileri sigara içme davranışlarını tetikleyici nedenlere göre sınıflamak ve bu nedenler doğrultusunda belirlenen bağımlılık durumuyla, bazı sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte planlanmış bu araştırma, 1 Şubat-30 Mart 2005 tarihleri arasında İzmir Hava Teknik Okullar Komutanlığı'nda yürütülmüştür. Sigara içme davranışına ilişkin değerlendirme; "sigara bağımlısı olma" kriteri temel alınarak gerçekleştirilmiştir. Dünya Sağlık

Örgütü'nün sınıflandırmasında bir hastalık olarak ele alınan sigara bağımlılığı “düzenli olarak günde bir sigara içmek” olarak tanımlanmaktadır (Gençöz ve ark.2003). Buradan hareketle, araştırma evrenini Hava Teknik Okullar Komutanlığı'nda eğitim gören birinci sınıf ve ikinci sınıf astsubay öğrencileri arasında her gün düzenli olarak en az bir sigara içen öğrenciler (N=364) oluşturmaktadır. Evrenin tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler geliştirilen anket formundan yararlanılarak, gönüllü bireylerden toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm öğrencinin sosyodemografik bilgilerini içermekte, ikinci bölüm Russel ve arkadaşlarının (1974) geliştirdiği, Karancı ve Rüstemli tarafından Türkiye'de (1987) geçerliliği sınanmış “Sigara İçme Davranışı Soru Formu” undan oluşmaktadır (Karancı ve Rüstemli 1987). Formun kullanımı için Karancı'dan izin alınmıştır. Bu çalışmada güvenilirlik kapsamında formun Cronbach α katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Form, sigara içme davranışını sürdürmede tetikleyici nedenlere ilişkin 39 maddeden oluşmaktadır. Bu form, bireylerin “Ben niçin sigara içiyorum” sorusuna yanıtlarını ortaya koymaktadır. Formda yer alan maddelere verilen yanıtlar; “çok” 4 puan, “oldukça” 3 puan, “biraz” 2 puan, “hiç” 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Soru formunda bulunan 10, 11, ve 19. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Formda yer alan 33 madde sigara içme davranışını tetikleyici 9 alt boyutta toplanmaktadır. Bunların dışında 4, 5, 7, 17, 22 ve 39. maddeler hiçbir alt boyuta katılmayarak, ayrı değerlendirilmektedir.

Alt boyutlar ve içerdiği sorular aşağıda gruplanmıştır:

Uyarıcı amaçla sigara içme ; 3, 9, 14, 18, 25 ve 35. madde

Psikososyal olarak sigara içme; 13, 20, 24 ve 36. madde

Olumsuz durumların etkilerini azaltmak için sigara içme; 2, 8, 28, 31 ve 37. madde

Duyusal sigara içme; 16 ve 29. madde

Rahat anlarda sigara içme; 6 ve 23. madde

Psikomotor nedenlerle sigara içme; 15, 26 ve 38. madde

Keyif almak/haz almak için sigara içme; 11, 19, 27 ve 30. madde

Bağımlılık nedeniyle sigara içme; 10, 32 ve 33. madde

Alışkanlık nedeniyle (otomatik) sigara içme; 1, 12, 21 ve 34. madde olarak gruplanmaktadır. Literatüre göre, bireyde sigara bağımlılığı farmakolojik veya farmakolojik olmayan nedenler sonucunda gelişmektedir (Russell ve ark 1974, Karancı ve Rüstemli 1987, Currie 2004). Alt boyutların puan toplamları sonucu, bireylerin sigara içme davranışını tetikleyici nedenleri doğrultusunda, farmakolojik ve farmakolojik olmayan bağımlılıkları tanımlanmaktadır. Bu değerlendirme aşağıda belirtildiği şekilde yapılmaktadır.

Farmakolojik bağımlılık puanı= Uyarıcı amaçlı sigara içme+ bağımlılık+alışkanlık-keyif/haz nedeniyle sigara içme (Min/Max Puan 9-36)

Farmakolojik olmayan bağımlılık puanı= Psikososyal + olumsuz etkileri azaltmak+psikomotor nedenlerle sigara içme (Min/Max Puan 12-58)

Öğrencilerin sigara içme davranışını tetikleyici nedenler araştırmanın bağımlı değişkenini oluştururken, yaş grubu, en uzun yaşanan yerleşim birimi, annenin ve babanın eğitimi, sigara içme durumu, öğrencinin sigara kullanma öyküsü bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından SPSS 11.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Bulguların analizinde, sayı yüzde dağılımları, ortalamalar, varyans analizi ve t testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etiği: Araştırma kapsamına alınan öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılmayı kabul edenler ile çalışılmıştır. Araştırma için, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan, araştırmanın yapılacağı İzmir Hava Teknik Okullar Komutanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. Anket formları uygulandıktan sonra öğrencilere, araştırmacılar tarafından sigara bağımlılığı konusunda eğitim verilmiş ve öğrencilerin soruları yanıtlanmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %74.7'si 19-20 yaş grubunda olup, yaş ortalaması 19.3±0.8'dir. En uzun yaşadıkları yerleşim yerleri incelendiğinde; ilk sırayı il merkezleri (%64.8) ikinci sırayı ilçeler (%27.8) almaktadır. Öğrencilerin %3.3'ünün annesi okuma yazma bilmezken, yarısından fazlasının (%58.2) annesi ilkokul mezunudur. Sadece %8.2 oranında öğrenci annesinin para getiren bir işte çalıştığını belirtmiştir. Sıklıkla bu işler, çocuk bakıcılığı, terzi, pazarlamacılık gibi çevre işler olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %37.1'nin babası ilkokul mezunudur. Babası lise ve üniversite mezunu olanlar %50.1'dir. Öğrencilerin %45.4'ü babasının işçi-memur, %18.0'ı esnaf statüsünde çalıştığını belirtirken, %1.1'inin babası yöneticilik yapmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2'de öğrencilerin sigara içme öyküleri ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur. Sigarayı ilk kez 15 yaş ve öncesinde denediğini belirten öğrencilerin oranı %41.0, 16-17 yaş arasında deneyen öğrencilerin oranı ise %37.6'dır. İlk deneme yaşı en küçük yedi yaş olarak saptanmıştır. Öğrencilerin sigaraya başlangıç yaş ortalaması ise 15.74±2.09'dur. Öğrencilerin %44.0'ı 1-2 yıldır, %36.7'si

3-4 yıldır her gün düzenli en az bir sigara içmektedir. Bir öğrenci yedi yıldır sigara kullanmaktadır. Ortalama sigara içme yılı 3.0 ± 1.9 'dir. Öğrencilerin sigaraya başlamasında en çok, merak duygusu (%30.7), özentisi (%36.3) ve arkadaş baskısı (%15.9) etkili olmuştur. Öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri arasında belirttikleri stres, yalnızlık, ekonomik sıkıntı, boş zaman değerlendirme, kendini cezalandırma, gibi farklı yanıtlar %0.3 oranıyla “diğer” seçeneği altında toplanmıştır (Tablo 2). Araştırmada, her dört öğrenciden birinin annesinin sigara içtiği (%25.0), büyük çoğunluğunun (%62.1) babasının sigara içtiği belirlenmiştir. Öğrencilerin %71.2'si yaşamında örnek aldığı bir kişinin bulunduğunu belirtirken, örnek alınan kişilerin sigara içme oranı %60 olarak saptanmıştır.

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş grupları	Sayı	Yüzde
17-18	70	19.2
19-20	272	74.7
21	22	6.1
En uzun yaşanılan yerleşim birimi		
İl merkezi	236	64.8
İlçe	101	27.8
Belde	9	2.5
Köy	18	4.9
Annenin öğrenim düzeyi		
Okuryazar değil	11	3.0
Okuryazar	18	4.9
İlkokul mezunu	212	58.2
Ortaokul mezunu	45	12.5
Lise mezunu	66	18.1
Yüksekokul mezunu	12	3.3
Babanın öğrenim düzeyi		
Okuryazar değil	2	0.5
Okuryazar	2	0.5
İlkokul mezunu	135	37.1
Ortaokul mezunu	43	11.8
Lise mezunu	124	34.1
Yüksekokul mezunu	58	16.0
Annenin çalışma durumu		
Çalışmıyor	334	91.8
Çalışıyor	30	8.2
Babanın çalışma durumu		
Çalışmıyor	107	29.4
Çalışıyor	257	70.6
Toplam	364	100

Öğrencilerin, “Sigara İçme Davranışı Soru Formu”nun alt boyutlarından aldıkları madde puan ortalamaları incelendiğinde, sigara içme davranışının sürdürülmesinde tetikleyici ilk beş neden, “sigaranın yarattığı bağımlılık nedeniyle kullanım” (2.94), “olumsuz durumların

etkilerini azaltma amaçlı kullanım” (2.75), “rahat anlarda kullanım” (2.63), “keyif alma amaçlı kullanım” (2.58) ve “sigaranın uyarıcı etkisi nedeniyle kullanım” (1.85) alt boyutları olarak belirlenmiştir. Tetikleyici nedenler arasında en düşük puan ortalamasına sahip iki alt boyut ise, “otomatik olarak kullanım” (1.35) ve “psikososyal olarak kullanım” (1.44) alt boyutlarıdır (Tablo 3).

Tablo 2. Öğrencilerin Sigara İçme Öyküleri İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

Sigarayı ilk kullanma yaşı	Sayı	Yüzde
15 yaş ve altı	149	41.0
16-17 yaş	137	37.6
18-19 yaş	74	20.3
20-21 yaş	4	1.1
Sigaraya başlama nedeni		
Merak	112	30.7
Özenti	132	36.3
Arkadaş baskısı	58	15.9
Yasağa tepki	21	5.8
Kendini ispatlama	16	4.4
Diğer (stres, yalnızlık, boş vakit değerlendirme)	25	6.9
Sigara kullanma süresi		
1-2 yıl	160	44.0
3-4 yıl	134	36.7
5-6 yıl	69	19.0
7 yıl	1	0.3
Toplam	364	100

Tablo 3. Öğrencilerin Sigara İçme Davranışı Soru Formu Alt Boyut Puan Ortalamaları

Alt Boyutlar (Sigara İçme Davranışını Tetikleyici Nedenler) (N=364)	X	Sx
Uyarıcı amaçlı kullanım	1.85	0.68
Psikososyal olarak kullanım	1.44	0.50
Olumsuz durumların etkilerini azaltma amaçlı kullanım	2.75	0.69
Duyusal (tat, koku vs.) olarak kullanım	1.77	0.74
Rahat anlarda kullanım	2.63	1.12
Psikomotor olarak kullanım	1.63	0.48
Keyif alma amaçlı kullanım	2.58	0.53
Bağımlılık olarak kullanım	2.94	0.67
Otomatik (Alışkanlık) olarak kullanım	1.35	0.41

Soru formunda, alt boyutların dışında kalan maddeler içinde 3.60 ± 0.73 puan ortalamasıyla “Sigara içmekten en çok zevk aldığım zamanlar yemek sonralarıdır” ifadesinin yer aldığı 17. madde ilk sırada yer almaktadır.

Öğrencilerin sigara içme davranışını tetikleyen nedenlerine ilişkin puan toplamalarının değerlendirilmesi sonucu farmakolojik bağımlılık puan ortalaması 14.95±6.74 (Min/Max 9-36), farmakolojik olmayan bağımlılık puan ortalaması 24.38±5.12 (Min/Max Puan 12-58) olarak saptanmıştır. Bu puan ortalamaları, en yüksek toplam puanlarına göre değerlendirildiğinde, öğrencilerin farmakolojik olmayan bağımlılık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin farmakolojik olmayan bağımlılık puan ortalamaları ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, elde edilen sonuçlardan bazıları Tablo 4 ve Tablo 5’de özetlenmiştir.

Öğrencilerin farmakolojik olmayan bağımlılık puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımında puan ortalamaları birbirine yakın olmakla birlikte en yüksek ortalama 21 yaşındaki öğrencilerde saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (F=1.18, p>0.05). Benzer şekilde, öğrencilerin puan ortalamalarının en uzun yaşanan yerleşim birimi (F=0.54, p>0.05), babanın öğrenim düzeyi (F=1.13, p>0.05), annenin çalışma durumu (t=0.06, p>0.05) ve babanın çalışma durumuna (t=1.03, p>0.05) göre dağılımlarında da gruplar arasındaki farklar anlamsızdır. Annenin öğrenim düzeyine göre puan ortalamalarının dağılımında, en yüksek puan ortalaması annesi okuryazar olan öğrenci grubuna (26.78) ait olup, en düşük ortalama ise (23.84) annesi yüksekokul mezunu olan öğrenci grubuna aittir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (F=2.22, p<0.05) (Tablo 4). Yapılan ileri analiz sonucu farklılığın yüksekokul mezunu annelere sahip gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 4. Öğrencilerin Farmakolojik Olmayan Bağımlılık Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Yaş grubu	N	X	Sx	F	P
17-18	70	24.14	5.07	1.18	0.31
19-20	272	24.90	5.17		
21	22	25.14	4.56		
Annenin öğrenim düzeyi					
Okuryazar değil	11	25.37	5.35	2.22	0.04*
Okuryazar	18	26.78	5.01		
İlkokul mezunu	212	24.05	4.76		
Ortaokul mezunu	45	24.11	5.08		
Lise mezunu	66	24.90	6.11		
Yüksekokul mezunu	12	21.67	3.84		
Babanın öğrenim düzeyi					
Okuryazar değil	2	23.00	1.41	1.14	0.33
Okuryazar	2	31.00	4.24		
İlkokul mezunu	135	24.07	4.48		
Ortaokul mezunu	43	24.48	6.32		
Lise mezunu	124	24.85	5.43		
Yüksekokul mezunu	58	23.84	4.87		

Tablo 5. Öğrencilerin Farmakolojik Olmayan Bağımlılık Puan Ortalamalarının Sigara Kullanma Öyküleri İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

Sigarayı ilk kullanma yaşı	Sayı	X	Sx	F	P
15 yaş ve altı	149	25.55	5.40	5.08	0.02*
16-17 yaş	137	23.89	4.63		
18-19 yaş	74	23.00	4.83		
20-21 yaş	4	23.00	7.74		
Anne sigara içme				t	P
Evet	89	24.32	4.76	0.16	0.87
Hayır	274	24.42	5.23		
Baba sigara içme					
Evet	223	24.31	5.08	0.18	0.86
Hayır	136	24.41	5.17		
Örnek alınan kişi sigara içme					
Evet	155	25.00	4.63	1.97	0.05*
Hayır	104	22.55	5.11		

Öğrencilerin bağımlılık puan ortalamalarının sigarayı ilk kullanma yaşına göre dağılımı incelendiğinde, sigarayı ilk kez 15 yaş ve altı yaşlarda kullananların puan ortalaması en yüksekken (25.55), yapılan analizde bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=5.08, p<0.05) (Tablo5). Öğrencilerin puan ortalamalarının dağılımı, öğrencinin sigara içme süresi (F=1.30, p>0.05), annenin sigara içmesi (t=0.16, p>0.05), babanın sigara içmesi (t=0.18, p>0.05) gibi değişkenlere göre anlamlı bir fark göstermemektedir. Yaşamda örnek alınan kişinin sigara içme durumuna göre öğrencilerin bağımlılık puan ortalamaları değerlendirildiğinde, örnek aldığı kişinin sigara içtiğini belirten öğrencilerin puan ortalaması 25.00 olarak, diğer grubun puan ortalamasından (22.55) farklı bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır (t=1.97, p<0.05).

TARTIŞMA

Ulusal düzeyde gerçekleştirilen 1988 PİAR araştırmasına göre, Türkiye’de sigara bağımlılarının %63’ü sigara içmeye 18 yaşından önce başlamaktadır (PİAR 1988). Sonraki yıllarda, ülkemizde ortaokul, lise ve üniversite öğrencileriyle yapılan pek çok çalışma sonucunda %43-50 oranında öğrencinin sigaraya 11-14 yaşlarında başladığı, erkeklerin kız öğrencilere göre sigarayı daha erken yaşlarda denediği, üç yaşına kadar inen deneme yaşının bildirildiği saptanmıştır (Karlıkaya 2002, Kaya ve Çilli 2002, Özcebe ve ark.2002). Araştırma sonucunda, en küçük deneme yaşı yedi olarak benzer şekilde oldukça düşük bir yaş saptanmış ve öğrencilerin yaklaşık yarısı (%41.0) sigarayı ilk kez 15 yaşından önce denediğini belirtmiştir. Sigaraya başlangıç yaş ortalaması 15.74±2.09 olarak Açıkkel ve arkadaşlarının Sağlık Astsubay Meslek

Yüksekokulu öğrencileri ile yürüttükleri araştırmada (2004) saptanan 14.6 ± 1.9 başlangıç yaşından daha yüksek bulunmuştur. Araştırma grubunda sigaraya başlama yaşının benzer örneklemelere göre daha geç olması ve bununla paralel ortalama sigara içme yılının 3.0 ± 1.9 gibi kısa bir süre olarak saptanması, bu grupta sigara bağımlılığının önlenmesine yönelik gerçekleştirilecek müdahale programlarının sonuçları açısından umut verici bir bulgudur. Literatürde, merak, özenti, arkadaş baskısı, stres gibi nedenlerin adölesanların sigaraya başlama nedenleri arasında ağırlıklı olarak yer aldığı belirtilmiştir (Gençöz ve ark.2003, Prokhorov ve ark.2003). Açıkkel ve arkadaşlarının çalışmasında astsubay öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri arasında “arkadaş etkisi” (%58.3) ve “özenti” (%47.2) ilk sırayı alırken, araştırmada da benzer şekilde “merak duygusu” (%30.7), “özenti” (%36.3) ve “arkadaş baskısı” (%15.9) öğrencilerin sigaraya başlamalarında etkili olan nedenler olarak belirlenmiştir (Açıkkel ve ark.2004). Düşük oranda da olsa bir grup öğrencinin, “boş vakit değerlendirme”, “kendini cezalandırma” gibi nedenlerle sigaraya başladığını belirtmesi, bu dönemde adölesanların fiziksel ve ruhsal özelliklerinin iyi değerlendirilerek, yeteneklerine uygun aktivitelere yönlendirilmesinin gerekliliğini ve adölesan ruh sağlığına yönelik danışmanlık hizmetlerinin verilmesinin önemini işaret etmektedir.

Adölesanların sigara kullanımında risk faktörlerini konu alan çalışmalarda, ebeveynin, arkadaşın ve model alınan bireyin sigara içmesinin, adölesanı sigaraya yakınlaştırıcı bir rol oynadığı belirtilmektedir (Herken ve ark.2000, Fritz 2003). Bu noktada, araştırmada öğrencilerin %25.0’inin annelerinin, %62.1’inin babalarının sigara içiyor olması sigara kullanma davranışında model almanın bilinen rolü açısından dikkat çekicidir. Ayrıca, yaşamında örnek aldığı bir kişinin olduğunu ifade eden öğrencilerin (%72.1) büyük çoğunluğunun, örnek aldığı kişinin sigara içtiğini (%60) ifade etmesi, bir başka önemli bulgudur.

Öğrencilerin sigara içme davranışını sürdürmelerinde tetikleyici nedenler arasında “sigaranın yarattığı bağımlılık nedeniyle kullanım”, “olumsuz durumların etkilerini azaltma amaçlı kullanım”, “rahat anlarda kullanım”, “keyif alma amaçlı kullanım” ilk sıralarda yer almaktadır. Nikotinin uyarıcı etkisinin adölesanlarda yarattığı haz duygusu ve gevşetici etkisi fizik ve psikolojik bağımlılığın temel nedenini oluşturmaktadır. Sigaranın bu psikofarmakolojik etkisinin bir sonucu olarak araştırma sonucunda “bağımlılık nedeniyle kullanım” öğrencilerin sigara içme davranışını sürdürmelerinde öncelikli neden olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda sigara alışkanlığının sürmesinde temel sebeplerin en önemlilerinin nikotin bağımlılığı ve buna bağlı psikolojik ve fiziksel

algılar olduğu belirtilmektedir (Gençöz ve ark 2003, Lynch ve ark.2004). Öte yandan sigara içme davranışının sürdürülmesinde tetikleyici bir diğer neden stresli durumlarla karşılaşıldığında çözüm üretmek için seçilen tepkinin bir sonucu olmasıdır. Çünkü bireyler stresli ve olumsuz durumlarla karşılaştıklarında probleme yönelik çözüm üretme tepkileri gösterebildikleri gibi, duygularına odaklı çözümlerde üretmektedirler. Probleme yönelik çözüm üretmede nedenler analiz edilir ve çözüm getirilir. Duygulara odaklı çözüm, stresli durumun kişi üzerinde verdiği duygusal rahatsızlığı azaltma çabalarını içermektedir. Sigara içme davranışı tipik bir duyguya odaklı çözüm üretme çabasıdır. Sigara içme alışkanlığı olan adölesanların da olumsuz durumlara ve dolayısıyla duygularına müdahalesi bir sigara yakmak kadar kolay olmaktadır (Gençöz ve ark.2003). Araştırmada da benzer sonuç elde edilmiştir. Haddock ve arkadaşlarının Amerikan Hava Kuvvetleri'nde yürüttükleri bir araştırmada da (2002), askeri eğitim alan ve sigarayı bırakmış öğrencilerin sigaraya geri dönüşlerinin en çok, “stresli durumlar karşısında yeniden sigara içilmesiyle” gerçekleştiği belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda sigara içiminin sürdürülmesinde etkisi olan “rahat anlarda kullanım”, “keyif alma amaçlı kullanım” nedenleri de beklenen şekilde birbirine paralel olarak saptanmış iki alt boyuttur. Sigara bağımlılığının otomatik bir davranış olarak gelişmesinde içilen süre ve sigara sayısının etkisi olduğu literatürde gösterilmektedir (Arzu ve Esen 2002, Gençöz ve ark 2003, Prokhorov ve ark. 2003). Araştırmada, “sigaranın otomatik olarak kullanımının” düşük puan ortalamasına sahip bir neden olarak belirlenmesi, öğrencilerin sigara içme süresinin kısalığıyla ilişkili düşünülmüştür. “Psikososyal olarak kullanım” alt boyutunun da düşük puan ortalamasına sahip olması, öğrencilerin sosyal ortamlarda kendilerini ifade etmelerinde sıkıntı çekmemeleri, öz etkililiklerinin ve iletişim becerilerinin etkinliği açısından sevindirici bir bulgudur. Çoğunlukla çevresiyle ilişki kurma da problem yaşayan adölesanlar sigara içme davranışlarını, sosyal uyumlarını sürdürme amaçlı kullanabilmektedir (Herken ve ark. 2000, Gençöz ve ark 2003). Ayrıca sigara içiminin oldukça yaygın ve sosyal olarak kabul gördüğü ülkemizde bu sonuç oldukça memnuniyet vericidir.

Russel ve ark. bireyin sigaraya farmakolojik ve farmakolojik olmayan bir bağımlılığının olduğunu ifade etmişlerdir. Farmakolojik bağımlılığı tetikleyen nedenler evrensel iken, farmakolojik olmayan bağımlılığı tetikleyici nedenler kültürel özelliklere, içinden bulunulan ortama göre farklılık gösterebilmektedir (Russell ve ark.1974). Araştırma sonucunda, bireylerin, “psikososyal nedenlerle sigara içme”, “psikomotor nedenlerle” ve “olumsuz durumların etkilerini azaltma”

amaçlı sigara kullanım puanlarının sonucu ortaya çıkan “farmakolojik olmayan bağımlılık puanı” daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin psikososyal ve psikomotor nedenlerle sigara içimi düşük puan ortalamasına sahipken, olumsuz durumlarla başetme amaçlı kullanım puanı yüksektir. Bu sonuç, askeri eğitim alma, yatılı olarak okuma, sınıf geçme gibi bir çok stresli durumla başetmek zorunda olan astsubay öğrenciler için şaşırtıcı olmamıştır. Dolayısıyla farmakolojik olmayan bağımlılık adölesan yaş özellikleriyle de örtüşen bir sonuçtur. Öğrencilerin farmakolojik olmayan puan ortalamalarında annenin öğrenim durumuna göre gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlılığı, sigara içme davranışında ebeveynin öğrenim düzeyinin etkisini gösteren bazı çalışma sonuçlarıyla uyumludur (Ward ve ark.2002, Bakır ve ark.2003). Öğrenim düzeyi arttıkça sigara içme sıklığının azaldığı çalışma sonuçlarıyla, araştırma sonucu paralellik göstermekte, en düşük bağımlılık puan ortalaması annesi yüksek okul mezunu öğrenci grubunda görülmektedir.

Anne babanın sigara içme durumu öğrencilerin bağımlılık puan ortalamasına etki etmezken, örnek aldıkları kişilerin sigara içmesi, puan ortalamasını etkilemektedir. Örnek aldığı kişinin sigara içtiğini belirtenlerin istatistiksel olarak farklılığı, kişinin bu davranışıyla adölesanın zihninde model oluşturmasının bir sonucu olarak düşünülebilir (Herken ve ark.2000).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir çok hastalık riskiyle karşı karşıya oldukları halde, sigara içenleri bu davranışı sürdürmeye motive eden tetikleyicileri bilmek, bu gruba yönelik geliştirilecek sigarayı bırakma girişimlerinin planlanmasında oldukça önemlidir. Hava Teknik Okullar Komutanlığı’nda eğitim gören birinci sınıf ve ikinci sınıf astsubay öğrencilerle yaptığımız bu çalışma sonucunda, öğrencilerin sigaraya başlama yaşı 15.74 olup, her gün düzenli sigara içme durumuna göre ortalama sigara içme yılı 3.0’dır. Öğrencilerde farmakolojik olmayan bağımlılık söz konusudur. Bu davranışı sürdürmede, “sigaranın yarattığı bağımlılık” ve “olumsuz durumların etkilerini azaltma” amacı en önemli nedenlerdir. Öğrencilerin sigara içme davranışına ilişkin ortaya çıkan bu profil özellikleri doğrultusunda sigarayı bırakma programlarının düzenlenmesi önerilebilir. Ayrıca, benzer araştırmaların başka gruplarla tekrarlanarak, bu grupların özellikleri doğrultusunda sigarayı bırakma programlarının planlanması da önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Açıkel CH, Kılıç S, Uçar M ve ark (2004). Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde sigara içme durumu ve etki eden faktörler, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2:8, 178-185.
2. Altın R, Kart L, Ünalacak M ve ark (2004). Tıp Fakültesi hastanesinde çalışanlarda sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı tutumlarının değerlendirilmesi, The Medical Journal of Kocatepe, 5, 63-67.
3. Arzu Y, Esen A (2000). Sigara bağımlılığı ve hekimler, Toraks Dergisi, 1: 1, 90-100.
4. Bakır B, Güleç M, Tümerdem N ve ark. (2003). İstanbul Jandarma Bölge Komutanlığı ve Mamak Muhabere Okulu askerleri arasında sigara içme sıklığı ve bunu etkileyen faktörler, Gülhane Tıp Dergisi, 45: 1, 53-57.
5. Bilgiç H, Sigara ve kanser, <http://www.gata.edu.tr>, erişim: 22.06.2004
6. Currie SR (2004). Confirmatory factor analysis of the reasons for smoking scale in alcoholics, Nicotine & Tobacco Research, 6: 3, 465-470.
7. Fritzh DJ (2003). An intervention for adolescent smoking cessation, PhD Thesis, University of Missouri-Saint Luise, Proquest Digital Dissertations, www.umi.com, erişim: 23.03.2005
8. Gençöz F, Soykan Ç, Soykan A ve ark (2003). Sigara bağımlılığı ve tedavisi, Art Ofset Matbaacılık San.Tic.Ltd.Şti., Birinci Basım, Ankara.
9. Haddock CK, O'Byrne KK, Klesges RC and et al (2000). Relapse to smoking after basic military training in the U.S Air Force, Military Medicine, 165: 11, 884-888.
10. Herken H, Özkan İ, Çilli A ve ark (2000). Sigara kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi, Bağımlılık Dergisi, 1: 1, 38-42, <http://www.bagimlilik.net>, erişim:10.03.2005
11. Karancı N, Rüstemli A (1987). Smoking typology in a Turkish sample, International Journal of The Addictions, 22: 3, 289-299.
12. Karlıkaya C (2002). Edirne'de lise öğrencilerinde sigara içme prevalansı, kaçakçılık, reklamlar ve ergenlerin sigaraya ulaşması, Toraks Dergisi, 3: 1, 7-12.
13. Kaya N, Çilli A.S (2002). Üniversite öğrencilerinde nikotin, alkol ve madde bağımlılığının, oniki aylık yaygınlığı, Bağımlılık Dergisi, 3:2, <http://www.bagimlilik.net>, erişim: 15.03.2005
14. Lynch JP, Hanson K, Kao CT (2004). Health-related behaviors in young military smokers, Military Medicine, 169:3, 230-235.
15. Özcebe H, Çamur D, Akansoy S ve ark (2002). Bir lisede ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme sıklığı, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Dicle Üniversitesi Basımevi, Diyarbakır, 805-807.
16. PİAR (1988). Sağlık alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırma raporu, Ankara, TC. Sağlık Bakanlığı
17. Prokhorov AV, Hudmon KS, Stancic N (2003). Adolescent smoking; epidemiology and approaches for achieving cessation, Pediatr Drugs, 5: 1, 1-10.
18. Russell HAM, Peto J, Patel AU (1974). The classification of smoking by factorial structure of motives, Journal of The Royal Statistical Society, 137, 313-346.

19. T.C Sağlık Bakanlığı (2002). 11 Mayıs anneler günü sigarayı bırakma kampanyası bilgi notu <http://www.saglik.gov.tr>, erişim 24.04.2005
20. Ward KD, Vander Weg MW, Kovach KW and et al (2002). Ethnic and gender differences in smoking and smoking cessation in a population of young adult air force recruits, *American Journal of Health Promotion*, 16: 5, 259-266.
21. Yoldaşcan E, Usal G, Özdemir B ve ark (2002). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Dicle Üniversitesi Basımevi, Diyarbakır, 802-803.

YÖNETİCİ HEMŞİRELERİMİZ KİMLERDİR?

WHO ARE OUR MANAGER NURSES?

Ülkü BAYKAL

Serap Yazıcı ALTUNTAŞ

Serap SÖKMEN

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Anahtar Sözcükler: yönetici hemşire, demografik özellikler, sosyo-kültürel özellikler, yönetici- lider özellikleri

Key Words: manager nurse, The personel status variables, social status, manager-leader characteristics

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, yönetici hemşirelerin kişisel durum değişkenlerini ayrıntılı olarak tanımlamak ve “Yönetici hemşirelerimiz kimlerdir?” sorusuna yanıt bulmak amacıyla tanımlayıcı ve bu özelliklerin farklılığını ortaya koymak amacıyla karşılaştırmalı bir araştırmadır.

Yöntem: Araştırma 2001-2002 yılları arasında yönetici hemşirelerin yönetsel profillerini tanımlamaya yönelik olarak İstanbul genelinde yapılan bir araştırma paralelinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Avrupa ve Anadolu yakasında bulunan 50 yatak ve üzerindeki Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Üniversite ve özel hastanelerdeki tüm yönetici hemşireler oluşturmuştur. 113 hastaneden araştırmayı katılmayı kabul eden 59 hastanedeki tüm yönetici hemşireler bir örneklem seçim yöntemine gidilmeden araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma tüm yönetsel kademelerdeki 755 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı, araştırmacılar tarafından literatür desteği ile hazırlanmıştır. Araç, gerekli izinler alındıktan sonra yöneticilerle tek tek görüşülerek dağıtılmış ve toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan yönetici hemşirelerin %66.9’unun servis sorumlu hemşiresi, %54.6’sının 31-40 yaş grubunda, %48.5’inin ön lisans mezunu, %29.4’ünün 15-19 yıl mesleki deneyime, %41.62’sinin 4 yıl ve altında yönetsel deneyime sahip olduğu, %64’ünün evli, %31.4’ünün 2 çocuğu olduğu ve çocuklarının çoğunlukla ilkokul eğitimi aldığı, %26’sının çocuklarını kreşte bıraktığı, %46.3’ünün ortanın üzerinde yaşam standardına sahip olduğu, %40.9’unun evinde bilgisayar olmasına karşın internet bağlantısının bulunmadığı, %45.7’sinin arabasının olmadığı, boş zamanlarını çoğunlukla sosyal etkinliklere katılarak geçirdikleri, okumaya çok az zaman ayırdıkları ve %14.6’sının hiç kitap okumadığı, okuyanların ise çoğunlukla roman okuduğu, daha çok Türk Sanat Müziği ve Türk Halk Müziği dinledikleri, ancak ayda bir sinemaya gittikleri, %30’unun günlük gazete okuduğu, daha çok özel yayın kanallarını izledikleri belirlenmiştir. Yönetici hemşirelerin %69.6’sının mesleğini isteyerek seçtiği, istemeden seçenlerin %69.9’unun ekonomik nedenlerle

çalıştıkları, %69.8'inin ailesinde hemşire olmadığı, %51'inin yönetici olmaktan mutlu olduğu, buna karşın bürokratik işlerden ve görevi dışındaki yönetsel faaliyetlerden mutlu olmadıkları, %68.2'sinin kendilerini yönetici yapan amirleriyle çalıştığı ve onlarla uyum içinde olduğu, %81.3'ünün yaptığı işten doyumlu olduğu, buna karşın %55.6'sının tekrar yönetici olmak istediği belirlenirken, bu özelliklerin hastanelere göre değişiklik gösterdiği saptanmıştır.

Sonuç ve öneriler: Araştırma sonucunda yönetici hemşirelerin daha ileri yaşta, ekonomik ve sosyal statülerinin daha iyi olduğu ancak sosyo-kültürel ve entelektüel özelliklerinin zayıf olduğu, mesleklerine ve işlerine daha olumlu baktıkları ve doyumlu oldukları belirlenmiştir.

SUMMARY

Purpose: This is a descriptive and comparative research. It aims to define in detail the personal status variables of manager nurses, and to find an answer to the question, "Who are our manger nurses?"

Method: The research was carried out simultaneously to another research conducted in Istanbul between 2001-2002 aiming to define administrative profiles of manager nurses. The scope of the research covered all manager nurses at Ministry of Health, Institute of Social Insurances, University and private hospitals with a bed capacity of 50 and above in Istanbul. 59 hospitals and all manager nurses from these hospitals that accepted to participate were included in the research scope without applying any of the sample selection methods. The research was conducted with 755 nurses in all administrative stages. Data gathering tool was developed by the researchers in light of the literature. The tool was handed out to and collected from the managers during face-to-face interviews after consents were received from the institutions.

Findings: Of the manager nurses that participated the research, 66.9% were service responsible nurses, 54.6% were of ages 31-40, 48.5% were pre-license graduates, 29.4% had 15-19 years of professional experience, 41.6% had 4 or less years of management experience, 64% were married, 31.4% had two children and their children were mostly attending to primary schools, 26% were leaving their children in crèches, 46.3% had life standards above mediocre, 40.9% had computers mostly with an Internet connection, 45.7% did not have a car and participated social activities during their leisure time and spared less time for reading, 14.6% spared no time for reading, those who did preferred novels, they mostly preferred Turkish Classical and Folk music, went to a cinema only once a month, 30% read daily newspapers, mostly watched private channels, 69.6% chose the profession willingly, 69.9% of those who chose unwillingly worked for monetary reasons, there were no other nurse in the families of 69.8%, 51% were content with being a manager, however were unhappy with bureaucracy and administrative activities not included in her job description, 68.2% worked with the superiors from whom they got the promotion to the manager position and were in harmony with them, 81.3% were satisfied with their work, however 55.6% would chose to be a manager again. These attributes varied between hospitals.

Result and suggestions: *At the end of the research, manager nurses were defined to be older and to have better economical and social status, however, their intellectual attributes were poor. They had a more positive approach to their profession and were more satisfied.*

GİRİŞ

19. yüzyılın sonlarından itibaren örgütsel davranış konusunda daha fazla sayıda araştırma yapılmaya başlanmış ve genel olarak örgütsel performansı olumlu ve olumsuz yönde etkileyen faktörler ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Örgütlerin sosyo-mekanik sistemler olmaları nedeniyle “insan faktörü” hemen hemen tüm araştırmalarda örgütsel performansı belirleyen ve direkt olarak etkileyen “kilit faktör” olarak ortaya konulmuştur (Zel 2000).

Her alanda büyük değişimlerin yaşandığı günümüzde yönetici fonksiyonları ile birlikte yönetici nitelikleri de değişmekte, yönetici olmak için gerekli bilgi, beceri ve formasyonda da önemli değişimler ve gelişmeler olmaktadır. Bu açıdan, özellikle yönetici adaylarının kişisel özelliklerine daha fazla önem verilmektedir (Demir 2000).

Yönetici, bir zaman dilimi içerisinde ve değişen çevre koşulları altında belirli bir takım amaçları gerçekleştirmek üzere maddi ve insani üretim faktörlerini uyumlu bir şekilde bir araya getiren ve çalıştıran kişi olarak tanımlanmaktadır (Eren 2003).

Yöneticiler, üstlendikleri görev, yetki ve sorumluluklar nedeniyle örgütlerde çok önemli bir konumda bulunmaktadırlar. Yöneticilerin başarılı olabilmesi ve fonksiyonlarını etkin ve verimli bir şekilde yapabil-meleri için bir takım nitelik ve özelliklere de sahip olması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Sözü edilen bu nitelikler, entelektüel, kişilik ve sosyal özellikleri olmak üzere üç ana grupta toplanmaktadır:

- Yöneticinin düşünen, yorumlayan, akıl yürüten, karar veren, plan yapan bir kimse olabilmesi için gerekli olan genel kültür, mantıklılık, analiz ruhu, sentez ruhu, sezgi gücü vb. entelektüel özellikleri,
- Bir yöneticinin başladığı işi başarı ile bitirebilmesi ve hareketlerinde dengeli, etrafına güven veren bir kimse olabilmesi için sahip olması gereken dikkatlilik, girişkenlik, dinamiklik, azimlilik, uyumluluk, düzenlilik, süratlilik, ciddilik vb. kişiliği ile ilgili özellikleri ve
- Yöneticinin kendisini iş çevresine, işletme içindeki astlarına ve üstlerine kabul ettirmesine yönelik olarak dış görünüşü, iş disiplini, uyumlu olması, bilgi, tecrübe, adalet, güven verme, insanları etkileme, otorite sahibi olma vb. sosyal özellikleri dikkate alınması gereken en temel özellikler olarak belirtilmektedir (Eren 2003).

Küreselleşme sürecinin yaşandığı günümüzde tüm dünyada hizmet sektörü giderek önem kazanmakla birlikte yönetici niteliklerinin örgütlerin başarıları üzerinde oldukça etkili olduğu belirtilmektedir. Yapılan araştırmalar da bu konunun önemini gösterir niteliktedir.

Demir (2000)'in farklı sektörlerdeki (Turizm-Sağlık-Finans) yöneticiler üzerinde yaptığı araştırmada yöneticilerin orta yaş grubunda olduğu, hemen hemen hepsinin en az lisans mezunu olduğu, % 50'sinin işletmecilik eğitimi aldığı ve tamamının en az bir yabancı dil bildiği belirlenmiş olup yine bu çalışmada yöneticiler, başarılı olabilmek için her şeyden önce insanların tanınması ve anlaşılması gerektiğini, etkin iletişim becerilerine sahip olunması gerektiğini, değişime açık, sabırlı, cesur, astlarını teşvik eden ve vizyon sahibi olunması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Akdoğan (2000)' in çalışmasında da yöneticilerin % 78.6'sının lisans ve lisansüstü mezunu olduğu ve bunun da % 55.8'inin işletme eğitimi aldığı, % 44' ünün katılımcı yönetim anlayışını benimsedikleri, % 70.9'unun hem insana hem de işe önem veren liderlik tarzını benimsedikleri belirlenmiştir.

Zel (2000)'in Türk ve İngiliz yöneticiler üzerinde yaptığı bir çalışmada ise, genel olarak Türk yöneticilerin orta yaş grubunda İngiliz yöneticilerin ise genç yaş grubunda olduğu, Türk yöneticilerin İngiliz yöneticilere göre görsel sanatlara, müziğe karşı daha duyarlı oldukları, verileri değerlendirmede daha başarılı, kişileri anlama becerisi daha yüksek, yaratıcı, planlı-programlı, işini zamanında yapan, kariyere daha fazla önem veren, daha yardımsever, sıcakkanlı ve hoşgörülü oldukları saptanmıştır.

Ülkemizde yöneticilerin nitelikleri üzerine yapılan araştırmaların yukarıda değinildiği gibi sınırlı sayıda olması ve özellikle de yönetici hemşireler üzerinde bu tür çalışmaların yok denecek kadar az olması nedeniyle bu araştırma planlanmıştır.

Bu araştırma, yönetici hemşirelerin kişisel durum değişkenlerini ayrıntılı olarak tanımlamak ve "Yönetici hemşirelerimiz kimlerdir?" soru-suna yanıt bulmak amacıyla tanımlayıcı ve bu özelliklerin kurumsal anlamda farklılığını ortaya koymak amacıyla karşılaştırmalı bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma 2001-2002 yılları arasında yönetici hemşirelerin yönetsel profillerini tanımlamaya yönelik olarak İstanbul genelinde yapılan

bir araştırma paralelinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Avrupa ve Anadolu yakasında bulunan 50 yatak ve üzerindeki Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Üniversite ve Özel Hastanelerdeki (113 hastane) tüm yönetici hemşireler oluşturmuştur. Bu hastanelerden araştırmayı katılmayı kabul eden 59 hastane ve tüm yönetici hemşireler bir örneklem seçim yöntemine gidilmeden araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma tüm yönetsel kademelerdeki 755 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı, araştırma-cılar tarafından literatür desteği ile hazırlanmış ve özellikle yöneticilik ve liderlikle ilgili kişisel özelliklerin tanımlanmasına yönelik sorulara yer verilmiştir. Anket formu kapalı ve açık uçlu 34 sorudan oluşmaktadır.

Kurum tepe yöneticilerinden (başhekim ve başhemşire) gerekli resmi izinler alındıktan sonra, hemşirelik hizmetleri yöneticileri ile görüşülmüş ve araştırmacılar belirlenen günlerde hastanelere tek tek giderek, gerekli açıklamaları yaparak anketleri dağıtmış ve toplamışlardır.

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak yüzdelerle dağılımları ve bağımlı-bağımsız değişkenler arasındaki farklılığı belirlemek amacıyla ki-kare analizleri yapılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, eğitim, mesleki deneyim, yöneticilik deneyimi, yaşam standardı ve yönetici hemşire olarak çalışmaktan duyulan memnuniyet iken, bağımlı değişkeni çalışılan kurum olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Yönetici hemşirelerin kişisel durum değişkenleri ile ilgili bulguların dağılımı incelendiğinde (Tablo 1), araştırmaya katılan yönetici hemşirelerin çoğunluğunun servis sorumlu hemşiresi (alt kademe yöneticiler) (%66.9), 31-40 yaş arasında (% 54.6), ön lisans mezunu (%47.8), 15-19 yıl mesleki deneyime (%29.1), 4 yıl ve daha az yönetim deneyimine (%39.6) sahip olduğu belirlenmiştir. Yönetici hemşirelerin %64'ünün evli, %31.4'nün iki çocuk sahibi olduğu ve çocuklarının kreşte-okulda bakıldığı (%26), yüksek yaşam standardına (konfor düzeyine) sahip olmakla birlikte, kendine ait otomobili olanların sayısının düşük olduğu (%19.6) ve evinde bilgisayarlarının olmadığı (%51.5) ve olanların da internete bağlı olmadığı görülmektedir.

Yöneticilerin kişisel durum değişkenleri çalışılan kurumlarla karşılaştırıldığında yaş, eğitim, mesleki deneyim, yöneticilik deneyimi,

yaşam standardı arasında istatistiksel olarak farkların olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Yönetici Hemşirelerin Kişisel Durum Değişkenlerinin Dağılımı (N=755)

		n	%
Yaş	30 yaş ve altı	217	28.7
	31- 40 yaş	412	54.6
	40 yaş ve üstü	126	16.7
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	149	19.7
	Ön lisans	361	47.8
	Lisans	166	22.0
	Lisansüstü	68	9.0
	Yanıtsız	11	1.5
Meslekte toplam çalışma yılı	4 yıl ve altı	40	5.3
	5-9 yıl	136	18.0
	10-14 yıl	202	26.8
	15-19 yıl	220	29.1
	20 yıl ve üstü	157	20.8
	4 yıl ve altı	299	39.6
Yönetici olarak çalışma yılı	5-9 yıl	205	27.2
	10-14 yıl	130	17.2
	15-19 yıl	65	8.6
	20 yıl ve üstü	19	2.5
	Yanıtsız	37	4.9
Pozisyon	Alt Kademe Yönetici	506	66.9
	Orta Kademe Yönetici	125	16.6
	Üst Kademe Yönetici	124	16.5
Medeni durum	Bekar	272	36.0
	Evlü	483	64.0
Çocuk sayısı	1 çocuk	211	27.9
	2 çocuk	237	31.4
	3 çocuk	197	26.1
Yaşam standardı (konfor durumu)	Yanıtsız	110	14.6
	Düşük konfor	81	10.7
	Orta konfor	325	43.0
	Yüksek konfor	349	46.3
	Arabam yok	345	45.7
Otomobil sahibi olma durumu	Kendime ait var	148	19.6
	Eşimle ortak kullanıyorum	260	34.4
	Yanıtsız	2	0.3
	Bilgisayarım Var	309	40.9
Evde bilgisayar sahibi olma durumu	Bilgisayarım Yok	389	51.5
	Var ve İnternete bağlı	22	2.9
	Yanıtsız	35	4.7

Yaş bağımsız değişkeniyle yapılan karşılaştırma incelendiğinde, kamu hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin yaş ortalaması yüksek iken, özel hastanelerde yaş ortalamasının azaldığı ve istatistiksel farkın çok ileri derecede anlamlı olduğu ($X^2= 98.47$, $p= 0.000$) bulunmuştur.

Eğitim durumu bağımsız değişkeni ele alındığında, Sağlık Bakanlığı ve SSK Hastanelerinde ön lisans eğitimi alanların sayıları artarken,

üniversite ve özel hastanelerde lisans eğitimi alanların sayılarının arttığı ve aralarında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ($X^2= 173.47$, $p= 0.000$) fark olduğu saptanmıştır.

Mesleki deneyim bağımsız değişkeni ile yapılan karşılaştırmada, kamu hastanelerinde görevli hemşirelerin mesleki deneyimlerinin özel hastanelere göre fazla olduğu bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ($X^2= 81.68$, $p= 0.000$) iken benzer şekilde yönetsel deneyimin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($X^2= 32.84$, $p= 0.001$) belirlenmiştir.

Tablo 2. **Yönetici Hemşirelerin Özel İlgi Alanları İle İlgili Bulgular (N=755)***

		n	%
	Sosyal aktivitelere katılarak	468	62
Boş zamanlarınızı nasıl geçiriyorsunuz?	Ev-el işi yaparak	72	9.5
	Kitap okuyarak	86	11.3
	Gezilere katılarak	120	15.9
	Boş vaktim yok	8	1
Ne tür müzik dinlersiniz?	Her tür müzik	205	27
	Klasik müzik	78	10.3
	Türk Sanat ve Türk Halk Müziği	316	41.9
	Pop- Rock	108	11.3
	Hafif müzik	48	6.4
Tiyatroya sinemaya gitme durumunuz	Haftada bir kez giderim	103	16.7
	Ayda bir kez giderim	254	34.4
	3 ayda bir kez giderim	127	17.2
	Zaman bulduğumda giderim	148	20
Düzenli okuduğunuz gazete ve dergiler	Hiç gitmem	106	14.4
	Günlük gazete	593	78.4
	Mesleki dergi	12	1,6
	Kadın dergileri	15	2
	Gezi, Aktüalite dergileri	9	1.2
En son okuduğunuz kitap türü	Hiç kitap okumam	102	14.6
	Roman – Hikaye	454	64.8
	Mesleki yayın	11	1.5
	Kişisel gelişim kitapları	61	8.7
	Anı-deneme vb.	34	4.8
İzlediğiniz TV kanalları	Diğer	38	5.3
	Özel kanallar	283	37.5
	Devlet kanalları	10	1.3
	Farketmez	8.7	11.6
	Belgeseller	91	11.5
En sık izlediğiniz programlar	Tartışma programları	57	7.4
	Magazin	28	3.4
	Dizi filmler	56	7.3
	Haberler	113	19

* Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Yönetici hemşirelerin yaşam standartları kurumlara göre incelendiğinde, SSK ve üniversitede çalışan yönetici hemşirelerin yaşam standartları daha yüksek bulunurken, Sağlık Bakanlığı ve özel hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin yaşam standartlarının daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ($X^2= 39.89$, $p= 0.000$) olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. Meslek ve Yöneticilikle İlgili Bulgular (N=755)

		n	%
	Evet	519	68.7
Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?	Hayır	236	31.3
	Evet	228	30.2
Ailede hemşirelik mesleğini seçen var mı?	Hayır	527	69.8
	10 kişi ve altı	352	46.6
Kaç kişinin yönetiminden sorumlusunuz?	11-20 kişi	223	29.5
	21-30 kişi	48	6.4
	31 kişi ve üstü	132	17.5
	Evet	82	10.8
Yönetici olmadan önce yönetim eğitimi aldınız mı?	Hayır	673	89.2
	Evet	515	68.2
Sizi seçen yönetim hala iş başında mı?	Hayır	218	28.8
	Yanıtsız	22	3.0
	Evet	528	69.9
Yöneticilerinizle uyum içinde çalışabiliyor musunuz?	Kısmen	179	23.7
	Hayır	10	1.3
	Yanıtsız	38	5.1
	Evet	383	51
Yönetici olarak çalışmaktan mutlu musunuz	Hayır	329	43.5
	Kısmen	41	5.5
	Evet	133	17.6
Yaptığınız iş sizi ne kadar tatmin ediyor?	Çok fazla	133	17.6
	Orta	481	63.7
	Az	84	11.1
	Çok az	57	7.6
	Evet	420	55.6
Yeniden seçme şansınız olsaydı yönetici hemşire olur muydunuz?	Hayır	276	36.4
	Yanıtsız	59	8
	Manevi doyum	517	68.4
Yaptığınız işte sizi motive eden şeyler nelerdir?	Maaş, çalışma koşulları	122	16.1
	Statü, pozisyon	72	9.5
	Hiçbir şey	44	5.8

Yönetici hemşirelerin özel ilgi alanları ile ilgili bulguların dağılımı incelendiğinde (Tablo 2), yönetici hemşirelerin boş zamanlarını çoğunlukla sosyal aktivitelere katılarak (%62) geçirdiği, Türk Sanat Müziği ve Türk Halk Müziği dinledikleri (%41.9) sinemaya-tiyatroya hiç gitmeyenlerin oranının % 14.4 olduğu, %78.4'ünün günlük gazete okuduğu buna karşın % 44.6'sının hiç kitap okumadığı ve okuyanların da ancak % 1.5'inin mesleki yayınları ve benzer şekilde % 1.6'sının mesleki dergileri okuduğu, özel televizyon kanallarını (%37.5) ve en fazla haber program-larını (%19) izledikleri belirlenmiştir.

Yönetici hemşirelerin meslek ve yöneticilik ile ilgili bulgularının dağılımı incelendiğinde (Tablo 3); çoğunluğunun mesleği isteyerek seçtiği (%68.7), istemeden seçenlerin ise çoğunlukla ekonomik nedenlerle (%81.7) mesleğini sürdürdükleri, ailede hemşireliği seçen başka birinin olmadığı (69.8), yönetici olarak göreve getirilmelerinde en fazla iyi çalışıyor (%42.1) ve serviste en kıdemli-deneyimli (%37.8) olmalarının etkili olduğu, yönetim konusunda eğitimden geçmelerinin ise düşük oranda (%1.2) dikkate alındığı, yönetici olmadan önce yönetim eğitimi almadıkları (%89.2), ancak yönetim konusunda kitaplar okuyarak (%73.9) ve kurs vb. etkinliklere katılarak (% 10.1) kendilerini geliştirdikleri, yönetici olarak çalışmaktan mutlu oldukları (%51), kendilerini göreve getiren üst yöneticileri ile çalışmaya devam ettikleri (%68.2) ve bu yöneticilerle uyum içinde oldukları (%69.9) saptanmıştır. Ayrıca yönetim alanlarının dar olduğu (10 ve daha az kişinin yönetiminden sorumlu oldukları, %46.6) da belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların yönetici hemşire olarak çalışmaktan çoğunlukla memnun oldukları (Evet: %51, Kısmen: %5.5), seçme şansları olsaydı tekrar yönetici olmayı istedikleri (%55.6) ve yaptıkları işte en fazla manevi doyumun (%68.4) kendilerini motive ettiği saptanmıştır (Tablo 3). Yönetici olarak çalışmaktan memnuniyet durumu hastane grupları ile karşılaştırıldığında, özel hastanelerde memnuniyetin daha fazla olduğu ve farkın istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı ($X^2= 40.54$, $p= 0.000$) olduğu belirlenmiştir.

Yönetici hemşirelere "Yönetici olarak sizi mutsuz eden faktörler nelerdir?" sorusu sorulduğunda ise %72.7'si hemşirelik hizmetleri dışın-daki diğer hizmetlerle ilgilenmek zorunda kalmalarının kendilerini mut-suz ettiğini belirtirken, %21.4'ü de kurumun işleyiş ve bürokrasisinden rahatsız olduğunu belirtmişlerdir.

Yönetici olarak çalışmaktan memnun olmayanlara, niçin bu görevi sürdürdükleri sorulduğunda, %83.5'i yöneticilik yapacak başka biri olmadığı, %7.1'i de vardiyalı çalışmak istemediği, %6'sı çalışma

arka-daşlarının isteğini kıramadığı için yöneticilik yapmaya devam ettikleri belirlenmiştir.

Yönetici hemşirelere, “Yönetici olmak için gerekli özellikler neler olmalıdır?” sorusu sorulduğunda (Tablo 4), kişisel özelliklerden en fazla kendine güvenen, kendini yetiştirmiş kişiler olması; mesleki özelliklerden değişime açık, yaratıcı ve ileri eğitim alma, uzman olma; yönetsel özellik olarak da, zamanında etkili karar verme, yöneticilik kapasitesine sahip olma gibi özelliklerin üzerinde durulduğu saptanmıştır.

Yönetici hemşirelere, “Yönetici olmak için düzenlenecek eğitim programlarında neler dikkate alınmalı?” sorusu sorulduğunda, en fazla eğitim durumunun (%60.4), daha sonra iletişim ve ekip çalışmasına yatkın olmanın dikkate alınması gerektiği belirtilmiştir.

Tablo 4. Yönetici Hemşirelerin Yönetici Olmak İçin Gerekli Özelliklere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (N=755)

		n	%
Kişisel Özellikler	Kendine güven	383	50.3
	Pozitif düşünen	75	9.8
	Kendini yetiştirmiş	88	11.4
	Çalışanlarla uyumlu	113	14.8
	Ahlaklı, dürüst	58	7.5
	Diğer	38	5.3
Mesleki Özellikler	Değişime açık, yaratıcı olma	403	53.2
	Yüksek eğitilmiş ya da uzman olma	268	35.4
	Deneyimli olma	46	6
	Bilgili, becerili olma	24	3.1
	Diğer	14	1.8
	Yönetsel Özellikler	Zamanında, etkili karar veren	386
Yöneticilik kapasitesi olan		192	25.2
Kuralları bilen, uyan, otorite sahibi olan		41	5.3
İyi iletişim, ekip çalışması, katılımcı yönetim		43	5.7
Eşit davranma, adil olma		36	4.7
Eşit davranma, adil olma		25	3.2
Liderlik becerisi olan		21	2.5
Eleştiriye, yardıma açık olma		12	1.7
Diğer			

TARTIŞMA

Yönetici hemşirelerin kişisel durum değişkenleri ele alındığında (Tablo 1), çoğunluğu servis sorumlu hemşiresinin (alt kademe yönetici) oluşturmasına bağlı olarak, orta yaş grubunda, ön lisans eğitilmiş, yönetsel deneyimi düşük ancak mesleki deneyimlerinin daha fazla

olduğu görülmüştür. Bu bulgular, yönetici hemşirelerle yapılan diğer araştırmaların bulguları ile benzerlik gösterirken, hemşirelerle yapılan çalışmalardan yaş, mesleki deneyim, vb. özelliklerinin daha yüksek olması açısından farklılık göstermektedir. (Altuntaş 2004, Baykal ve ark. 2001, Bolat 1998, Esen ve ark. 1998).

Lee&Henderson (1996) ile McNeese&Smith'in (1996) yönetici hemşireler üzerinde yaptıkları araştırmalarda da benzer şekilde yönetici hemşirelerin çoğunun evli, orta yaş grubunda ve alt kademe yöneticisi olduğu ancak eğitim düzeylerinin daha yüksek (%41.6'sının master derecesine, % 28.6'sının lisans derecesine sahip olduğu), yönetim deneyimlerinin daha fazla (ortalama 12 yıl) olduğu belirtilmektedir.

Türkiye'de farklı sektörlerdeki yöneticilerin özelliklerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda ise, yöneticilerin daha eğitilmiş (tamamı lisans mezunu ve % 13.5'i yüksek lisans mezunu), % 50'sinin işletmecilik eğitimi aldığı, yaş ortalamasının daha yüksek olduğu (ortalama 42) ifade edilmektedir (Demir 2000, Zel 2000).

Kamu hastanelerinde görevli yönetici hemşirelerin daha ileri yaşta, daha fazla mesleki ve yönetsel deneyime sahip olduğunun saptanması, ülkemizde kamu kurumlarında egemen olan personel politikaları yani devlet memurluğu sisteminin devir hızını azaltmasıyla ilişkilendirilebilir.

Yönetici hemşirelerin yaşam standartlarının orta düzeyde olduğu ve yarıya yakınının eşiyile ortak ve kendisine ait arabasının olduğu ayrıca evlerinde bilgisayar olmasına karşın çok düşük oranla internete bağlı olduğu belirlenirken; hemşirelerle yapılan diğer bir araştırmada hemşirelerin % 55'inin evinin, % 62.7'sinin arabasının, %87.7'sinin bilgisayarının olmadığı ve hemşirelerin yaşam standartlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Esen ve ark. 1998).

Yönetici hemşirelerin yaşam standartlarının diğer hastanelere göre SSK ve üniversitede daha yüksek bulunması, bu hastanelerin döner sermaye gelirlerinin daha fazla olması ve özelde ise izlenen ücret politikalarının beklenene göre daha düşük olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Yönetici hemşirelerin özel ilgi alanları ile ilgili bulgular (Tablo 2) genel olarak değerlendirildiğinde, yönetici hemşirelerin sosyal etkinliklere zaman ayırırken kültürel etkinliklere zaman ayırmadıkları, okudukları, okuyanların ise çoğunlukla roman-hikaye vb. okuduğu ve özellikle mesleki yayınları izlemediklerinin belirlenmesi yönetici hemşirelerin rol model olmaları açısından dikkat çekici bir durum olarak değerlendirilebilir. Ayrıca müzik tercihi olarak Türk Sanat Müziği ve Türk Halk Müziği dinledikleri, özel televizyon kanallarını ve haber,

belgesel türü programları izledikleri belirlenirken, klasik müzik dinleyenlerin ve tartışma programlarını izleyenlerin oranının çok düşük bulunması yönetici hemşirelerin Türk toplumunun bir aynası olduğunu, sosyo-kültürel ve entelektüel anlamda gelişmiş bir durumda olmadıklarını düşündürmektedir.

Hemşirelerle yapılan çalışmalarda da bu araştırma bulgularıyla benzer şekilde hemşirelerin zamanlarını sosyal aktivite ve gezilere katılarak geçirdikleri, tiyatroya-sinemaya az gittikleri, düzenli günlük gazete okumadıkları, mesleki dergileri/yayınları izlemedikleri saptanmıştır (Esen ve ark. 1998, Şanlı ve Taşocak 1990, Yazıcı ve Arslan 1997)

Yönetici hemşirelerin çoğunluğu hemşireliği isteyerek seçtiğini belirtirken hemşirelerle yapılan bazı araştırmalarda hemşirelerin istemediği, zorunlu olarak mesleği seçtikleri (Bahar ve ark. 1995, Özcan ve Özgür 1990), bazılarında ise isteyerek seçtikleri (Altuntaş 2004, Bolat 1998, Pınar ve Arıkan 1998) belirtilmektedir.

Yönetici hemşirelerin aile üyelerinde hemşireliği seçen başkasının olmaması ise, onların bu meslekle ilgili bir ön eğilimlerinin olmadığını düşündürmektedir.

Araştırmada yönetim alanının dar bulunması, örneklemin çoğunluğunu servis sorumlu hemşirelerinin oluşturmasıyla uyumludur. Yönetim teorisi açısından alt kademe yöneticilerin yönetim alanlarının özellikle hizmet sektöründe çok geniş olmaması önerilmektedir. (Koçel 2003, Seçim 1991, Ülgen 1989). Ayrıca bu bulgu, hastanelerin bürokratik-otokratik yönetim anlayışlarına sahip olmalarıyla desteklenen bir durumdur (Baykal ve ark. 2001, Seren 2005).

Pınar ve ark.nın (1998) yaptığı araştırmada, yönetici hemşirelerin hemşirelerden daha doyumlu oldukları belirlenmiştir. Bu araştırmada, çoğunluk yönetici olmaktan mutlu olduğunu ve tekrar seçme şansı olsa yönetici olarak çalışmayı seçeceğini belirtmektedir. Demir (2000)'in diğer hizmet sektörlerinde (turizm, sağlık, finans) yaptığı çalışmada da yöneticilerin %86.5' inin işlerinden doyum sağladıkları belirlenmiştir. Yönetici olarak çalışmaktan mutlu olmayanların mesleki sorumluluk bilinciyle hareket ettikleri ve vardiyadan kurtulmak için yöneticilik pozisyonunu sürdürdükleri, mutsuz olma nedenlerinin başında ise, destek hizmetlerin yönetiminden sorumlu olma ve aşırı bürokrasiden rahatsız olmanın geldiği belirlenmiştir.

Bu bulgular, hastanelerimizin yönetim anlayışları ve yönetici hemşirelerin iş tanımları dikkate alındığında beklenen sonuçlardır ve

kurumlarla yapılan karşılaştırmada özel hastanelerde görevli yönetici hemşirelerin daha memnun olmalarıyla uyumludur. Bunda özel hastanelerin, daha demokratik yönetim anlayışına (Seren 2005), daha az bürokrasi ve hiyerarşiye sahip olmalarının etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca yönetici hemşirelerin kendilerini motive eden faktörler olarak manevi değerleri ön plana almaları, maddi ödül, yönetsel güç vb. düşük oranda önemsemeleri ise yönetim işinin zorluğunu ve özel ilgi ve istek gerektirdiğini düşündürmektedir.

Yönetici hemşireler, iyi bir yönetici olmak için öncelikle adayların kendine güvenmesi, değişime açık, yüksek eğitilmiş ve uzman olması, zamanında ve etkili karar verebilmesi ve yöneticilik kapasitesine sahip olması gibi özellikleri taşıması gerektiğini belirtmişlerdir. Yönetim ve liderlikle ilgili literatür incelendiğinde , iyi bir yönetici olmada en önemli kriterler vizyon sahibi olma, değişime açık olma, kendine güven, karizmatik olma, problem çözme ve karar verme yeteneğine sahip olma, ekip çalışmasına yatkın olma vb. belirtilmektedir. Yönetici hemşirelerin beklentileri literatürle uyumludur (Eren 2003, Koçel 2003, Zel 2001).

Farklı sektörlerin yöneticileri üzerinde yapılan araştırmalarda da benzer şekilde, yöneticiler, iyi bir yöneticinin insanları tanıma, güven verme, etkin iletişim becerisine sahip olma, değişime ve yeniliğe açık olma, iyi bir ekip çalışması içinde ekibini motive etme vb. liderlik özelliklerine sahip olunması gerektiğini belirtmişlerdir (Demir 2000).

Ayrıca yönetici hemşireler, yönetim eğitimine alınacak adaylarda öncelikle eğitim düzeyinin daha sonra iletişim ve ekip çalışmasına yatkınlık durumunun göz önüne alınması gerektiğini belirtmektedirler. Bu durum, yasal düzenlemelerde de belirtilen yüksek eğitimlilerin yönetici olmada öncelikli haklarının olmasıyla uyumludur (Hemşirelik Kanunu, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği)

SONUÇ VE ÖNERİLER

“Yönetici Hemşirelerimiz Kimlerdir?” sorusuna yanıt bulmak amacıyla tanımlayıcı ve bu özelliklerin kurumlar arasındaki farkını ortaya koymak amacıyla karşılaştırmalı olarak gerçekleştirilen bu araştırmada; yönetici hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin hemşirelere göre farklılık gösterdiği, kültürel ve entelektüel faaliyetlere yönelmedikleri, hemşirelik mesleğine ve yönetici olmaya karşı olumlu bir tutum içinde oldukları, yöneticilerde olması gereken özelliklerin literatürle uyumlu olduğu ve yönetici hemşirelerin yetiştirilmesinde temel hemşirelik eğitiminin öncelikle dikkate alınması gerektiği bulunmuştur.

Araştırma sonucunda hemşirelerin rol model olmaları nedeniyle kişisel-entelektüel özelliklerinin de atamalarda göz önünde bulundurulması, yönetici hemşirelerin işlerinden daha fazla memnun olmalarını sağlamak için iş tanımlarının yeniden ele alınarak hemşirelik dışı işlerden sorumlu tutulmamalarının sağlanması, hemşirelerin yönetici pozisyonlarına atanmadan önce eğitim durumlarının ve yöneticilik-liderlik özellikleri açısından değerlendirilmeleri ve yönetim eğitimi almış olmalarına dikkat edilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akdoğan A (2000). Kayseri’de özel sektör işletmelerinde üst düzey yönetici özellikleri. 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Kitabı, Nevşehir, 51-61.
2. Altuntaş S Y (2004). Hemşirelerin işlerine karşı tutumlarının belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 40-41.
3. Bahar Z, Bahar A, Tuna C (1995). Hemşirelerin mesleklerine ilişkin görüşleri ve sağlık sorunları. IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara, 56.
4. Baykal Ü, Korkmaz Ş, Akgün E, Sökmen S (2001). Improvement of the scale for organizational commitment and analysis of organizational commitment of nursing managers, I. International Nursing Management Conference Abstract Book, Denizli, Turkey, 62.
5. Bolat Ç A (1998). Hemşirelerin sosyal davranışlarının ve bu konudaki görüşlerinin incelenmesi, Uluslar arası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ankara, 319-326.
6. Demir H (2000). Türk hizmet sektöründe yönetici profili (Turizm-Sağlık-Finans Örneği), Verimlilik Dergisi, MPM Yayını, 2000/1,137-154.
7. Eren E (2003). Yönetim ve organizasyon. 6. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş.,10-12.
8. Esen A, Ergün F Ş, Akyol A D (1998). 2000 yılına yaklaşırken hemşirelerin yaşam kalitesine bir bakış. Uluslar arası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ankara, 75-83.
9. Koçel T (2003). İşletme yöneticiliği. 9. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş., 15-21.
10. Lee V, Henderson M C (1996). Occupational stress and organizational commitment in nurse administrators. Journal of Nursing Administration, 26: 5, 21-28.
11. McNeese-Smith D (1996). Increasing employee productivity, job satisfaction and organizational commitment. Hospital & Health Services Administration. 41: 2, 160-175.

12. Özcan A, Özgür H (1990). Hemşirelerin mesleki benliklerini algılayışları. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, İzmir, 226-232.
13. Pınar R, Arıkan S (1998). Hemşirelerde iş doyumu: etkileyen faktörler, iş doyumu ile benlik saygısı ve asertivite ilişkisi. Uluslar arası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ankara, 159-170.
14. Seçim H (1991). Hastane yönetim ve organizasyonu, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, 158.
15. Seren Ş (2005). Değişime karşı tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve kalite belgesi alan hastanelerde değişim ile örgüt kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 89-90.
16. Şanlı T, Taşocak G (1990). İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu mezunlarının mesleki aktivitelerinin eğitimleri ile olan ilişkilerinin incelenmesi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, İzmir, 648-658.
17. Ülgen H (1989). İşletmelerde organizasyon ilkeleri ve uygulaması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, 55-56.
18. Yazıcı S, Eti Aslan F (1997). Bakım kalitesinde başarı anahtarı kaizen; hemşireler mesleki araştırmalar yapıyorlar mı? sonuçlarını kullanıyorlar mı? ve bilimsel toplantılara katılıyorlar mı? Uluslararası Katılımlı V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı: İzmir, 8-9.
19. Zel U (2000). Yönetimde kişilik kavramının önemi: Türk ve İngiliz yöneticilerinin mesleki kişilik özelliklerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi, 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Kitabı, Nevşehir, 325-338.
20. Zel U (2001). Kişilik ve Liderlik. Ankara Seçkin Yayıncılık.
21.(1954Tarih ve 6283 Sayılı) Hemşirelik Kanunu.
22.(13.1.1983 Tarih ve 17927 Sayılı) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.

**EVLİ KADINLARIN AİLE İÇİ ŞİDDET GÖRMELERİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER ve KADINLARIN ŞİDDETE İLİŞKİN BAZI ÖZELLİKLERİ***

*FACTORS AFFECTING DOMESTIC VIOLENCE AGAINST MARRIED
WOMEN and WOMEN'S SOME CHARACTERISTICS RELATION WITH
VIOLENCE*

Zekiye KARAÇAM Hüsniye ÇALIŞIR** Elif DÜNDAR***
Figen ALTUNTAŞ*** Hatice Ceren AVCI*****

**Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu

***Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü

Anahtar Sözcükler: aile içi şiddet, kadın sağlığı, ebellek / hemşirelik bakımı.
Key Words: domestic violence, women's health, midwifery / nursing care.

*Bu makale 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi'de poster olarak sunulmak üzere gönderilmiştir.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, evli kadınların aile içi şiddet görmelerini etkileyen faktörlerin ve kadınların şiddette ilişkin bazı özelliklerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışma, 01 Mart-30 Nisan 2005 tarihleri arasında, Aydın il merkezinde, tanımlayıcı kesitsel olarak, olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen 291 kadın ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Evlilik yaşamlarında kadınların %27.8'i şiddetin herhangi bir türünü; %23.0'i duygusal, %14.4 'ü fiziksel ve %9.2'si cinsel şiddet görmüşlerdir. Kadınların son zamanlarda önemli sorun yaşamalarının (Odds Ratio (OR)=2,799; %95 Güven Aralığı (CI)=1,063-7,370), eşin alkol kullanmasının (OR=3,548; %95 CI=1,488-8,460) ve kahveye gitme alışkanlığının (OR=2,506; %95 CI=1,146-5,478), evlilik hayatından memnun olmamalarının (OR=5,334; %95 CI=1,218-23,336) ve son zamanlarda evlilik ile ilgili problem yaşamalarının (OR=3,454; %95 CI=1,175-10,149) ailede şiddetin herhangi birini görme olasılığını arttırdığı belirlenmiştir.

Kadınların eşleri ile birlikte hoşlandıkları faaliyetlerde bulunmamalarının (OR=3,188; %95 CI=1,299-7,822), evlilik hayatından memnun olmamalarının (OR=4,607; %95 CI=1,132-18,746) ve son zamanlarda evlilik ile ilgili problem yaşamalarının (OR=3,755; %95 CI=1,259-11,195) aile içi duygusal şiddet görme olasılığını arttırdığı bulunmuştur.

Kadının sağlık sorunu bulunmasının (OR=5,613; %95 CI=1,453-21,684), eşin kahveye gitme alışkanlığının (OR=7,434; %95 CI=2,133-25,915) ve evlilik hayatından memnun olmamanın (OR=12,270; %95 CI=1,758-85,630) kadınların aile içi fiziksel şiddet görme olasılığını arttırdığı saptanmıştır. Yine son zamanlarda önemli sorun yaşamamanın (OR=19,679; %95 CI=1,684-229,990) cinsel şiddet görme olasılığını arttırdığı bulunmuştur.

Sonuç: Son zamanlarda önemli sorun yaşamamanın, eşin kahveye gitme ve alkol kullanma alışkanlıklarının, evlilik hayatından memnun olmamanın, son zamanlarda evlilik ile ilgili problem yaşamamanın, kadının sağlık sorunu bulunmasının ve eş ile birlikte hoşça giden faaliyette bulunmamanın kadınların aile içi şiddet görme olasılığını artıran risk faktörleri olduğu sonucuna varılmıştır.

SUMMARY

Purpose: The purpose of this study was to determine the factors affecting violence within the family and women's some characteristics relation with violence.

Method: The study was conducted between 01 March – 30 April 2005, in Aydın province center, as a descriptive cross-sectional study with 291 women who were chosen by improbable sampling method.

Findings: In their married lives 27.8% of the women had experienced some kind of violence, 23% emotional, 14.4% physical and 9.2% sexual violence. The women who had experienced significant problems in their lives recently (Odds Ratio (OR)=2.799; 95% Confidence Interval (CI)=1.063-7.370), whose husband used alcohol (OR=3.548; 95% CI=1.488-8.460), and whose husband had a habit of going to the neighborhood coffeehouse (OR=2.506; 95%CI=1.146-5.478), were dissatisfied with marriage (OR=5.334; 95%CI=1.218-23.336) and had had a recent marital problem (OR=3.454; 95%CI=1.175-10.149) were more likely to have experienced some kind of domestic violence.

Women who did not enjoy doing things together with their husbands (OR=3,188; %95 CI=1,299-7,822), who were not satisfied with their marital lives (OR=4.607; 95%CI=1.132-18.746) and who had experienced recent problems with their marriage (OR=3.755; 95% CI=1.259-11.195) had increased possibility of facing emotional domestic violence.

Women's health (OR=5.613; 95% CI=1.453-21.684), whose husbands made a habit of going to the neighborhood coffeehouse (OR=7.434; 95%CI=2.133-25.915) and who were not satisfied with their marital lives (OR=12.270; 95% CI=1.758-85.630) had a statistically significantly increased possibility of facing physical domestic violence. Also those who had experienced a significant life problem recently (OR=19.679; 95% CI=1.684-229.990) had increased possibility of facing sexual violence.

Conclusion: Experiencing a recent significant problem, having a husband who had a habit of going to the neighborhood coffeehouse and using alcohol, not being satisfied with marital life, experiencing a recent marital problem, and not enjoying doing things together with their husbands were risk factors for increasing the possibility that a woman would suffer domestic violence.

GİRİŞ

Kadına yönelik şiddet ya da cinsiyete dayalı şiddet, fiziksel olduğu kadar, ruhsal sağlığı da etkileyen önlenemez bir toplum sağlığı sorunudur. Birleşmiş Milletler kadına yönelik şiddeti “kadına fiziksel, cinsel ya da psikolojik olarak zarar veren ya da bozukluğa neden olan, özel yaşamda veya toplum yaşamında gerçekleşen cinsiyet ayrımcılığına dayalı her türlü davranıştır” şeklinde tanımlamaktadır (Pan American Health Organization 2003).

Aile, içinde barındırdığı bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik ve cinsel gereksinimlerinin karşılandığı bir birimdir (Aksoy ve ark 2004). Ancak, bazı durumlarda ailede, tüm bireylerin gereksinimlerinin karşılandığı ya da korunduğu bir ortam sağlanamayabilir. Bu da aile üyelerinden biri ya da bir kaçının sağlığını bozabilir. Aile içi şiddet, aile üyelerinden birinin diğerine fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü bozabilecek, bağımsızlığını tehdit edebilecek, kişiliğine ve/veya kişilik gelişimine zarar verebilecek, davranışlarını kontrol edecek şekilde davranması olarak tanımlanmaktadır (Aksoy ve ark 2004, World Health Organization 2005 a, World Health Organization 2005 b, World Health Organization 2005 c).

Aile içi kadına yönelik şiddetin biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere çok çeşitli ve karmaşık nedenleri bulunmaktadır. Türkiye genelini kapsayan bir çalışmada; aile içi karar verme sürecine katılma, duygu, düşünce ve cinsel yaşamdaki paylaşım, aile içi dayanışma ile akrabalarla görüşme ve yardımlaşmanın artması, gelecek ile ilgili olumlu beklentilerin bulunması ve eğitim düzeyinin artmasının aile içi şiddet yaşama olasılığını azalttığı; ailede yaşayan birey sayısında artma, eş ile kavgaya varan tartışmalar yapma ve alkol kullanımının ise, aile içi şiddet yaşama olasılığını arttırdığı bildirilmiştir (Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998).

Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de de kadına yönelik aile içi şiddet önemli bir toplumsal sorun olmayı sürdürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aile içi kadına yönelik şiddetin dünyanın her toplumunda yaygın olarak görüldüğünü, kadınların %10-50’sinin yaşamlarında en az bir kez eşleri tarafından fiziksel şiddete uğradıklarını bildirmektedir (World Health Organization 2005 d). Türkiye’de, ülke genelini kapsayan bir çalışmada evli ve/veya başından evlilik geçen kadınların %3.3’ünün eşleri ile sık sık kavgaya varan tartışmalar yaptıkları, %10.1’inin eşlerinden sık sık ya da ara sıra dayak yedikleri ve %12.3’ünün hakarete uğradıkları bildirilmektedir (Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998).

Aile içi şiddetin en fazla kadına olmak üzere çocuklara, adölesanlara, yaşlılara yönelik gerçekleştiği bildirilmektedir (Aksoy ve ark. 2004, Akşit 2004, Gömbül 2000, Vahip 2002, World Health Organization 2005 d). Şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon, kaygı, psikosomatik belirtiler, öz saygı yitimi, intihar girişiminde bulunma, yeme bozuklukları, çeşitli jinekolojik rahatsızlıklar, seksüel bozukluklar, sigara, alkol ve madde kullanımı, istenmeyen gebelik, abortus, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma gibi önemli sağlık sorunları görülmektedir (Fincancı 2004, Pan American Health Organization 2003, World Health Organization 1997 a, World Health Organization 2005 d).

Dünyanın ekonomik ve kültürel bakımdan çok farklı yapıdaki toplumlarının her katmanında cinsiyet ayrımcılığına dayalı değerler, kadına yönelik şiddetin algılanma biçiminde ve şiddete yaklaşımda belirleyici olmaktadır. Sağlık çalışanlarının da aile içi kadına yönelik şiddet ile ilgili ön yargıları nedeniyle, bu konu ile ilgilenmedikleri bildirilmektedir (Salaçın 2004). Diğer yandan DSÖ, aile içi kadına yönelik şiddeti öncelikli sağlık sorunu olarak göstermekte ve şiddeti önlemenin toplum sağlığı için önemli olduğunu vurgulamaktadır (World Health Organization 1997 d).

Aile içi şiddet yaşayan kadınların belirlenmesi ve desteklenmesi hem kadının, hem de toplumun sağlığını korumada önemlidir. Ebe ve hemşirelerin aile içi kadına yönelik şiddetin belirlenmesi, sevk edilmesi, yüksek risk grubunda olan kadınların desteklenmesi ve bakımında önemli rolleri bulunmaktadır. Ebe ve hemşireler tarafından yapılan girişimler, şiddetin kadının ve ailesinin üzerindeki kısa ve uzun süreli etkilerini azaltabilir (Pan American Health Organization 2003, World Health Organization 1997 b).

Aile içi kadına yönelik şiddetin önlenmesinde, sorunun boyutunun ne olduğunun ve risk altındaki grupların bilinmesi önemlidir (World Health Organization 2005 d). Aile içi kadına yönelik şiddet görülme sıklığı ve etkileyen faktörler kültüre göre farklılık gösterebilir. Bu nedenle bölgesel özellikleri tanıma sağlık hizmetinin planlanmasına, hizmetin verilmesine ve bölgesel kalkınmaya katkı sağlayabilir. Bu çalışmada, ülkemizin ikinci sırada en fazla gelişmiş bölgesi olarak gösterilen Ege Bölgesi sınırları içinde yer alan Aydın İl merkezinde aile içi kadına yönelik şiddet yaşama ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

YÖNTEM

Bu araştırma, 01 Mart-30 Nisan 2005 tarihleri arasında, tanımlayıcı kesitsel olarak, Aydın İl merkezinde bulunan 3 sağlık ocağı

bölgesinde gerçekleştirilmiştir. 2004 yılında, Aydın il merkezinde yaşayan evli kadın sayısı 43910'dur. Örneklemeye alınacak kadın sayısı, %95 güven aralığı ($\alpha=0,05$), $P=0,21$ (İçli ve ark. 1995) ve $N= 41395$ evren sayısı ile hesaplanarak 253'dir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1998). Araştırmanın örneklemini olasılıksız örnekleme yöntemi (convenience sampling) ile seçilen 291 evli ve eşiyile birlikte yaşayan kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından oluşturulan, kadınları tanıtıcı bilgiler, araştırmanın bağımsız değişkenleri ve şiddet yaşama durumlarının sorgulandığı 35 sorudan oluşan bir soru formu ile toplanmıştır. Kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve sözel olurları alınmıştır. Soru formu araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı'ndan yasal izin alınmıştır.

Verilerin kodlanması ve analizinde SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini kadınların sosyo-demografik özellikleri, kadınların ve eşlerinin alışkanlıkları, yaşadıkları yer ve evlilik yaşamı ile ilgili özellikleri oluşturmuştur. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini ise; şiddet türlerinden herhangi birini görme, duygusal, fiziksel ve cinsel şiddet görme durumları oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. $P<0.05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

BULGULAR

A- Kadınların ve Ailelerinin Sosyo-demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 35.32 (Standard Sapma [SD]:10.12, Aralık [R]:18-60) yıl, eşlerinin yaş ortalaması 39.54 (SD:10.54, R:21-69) yıl, evlilik süresi ortalama 4.42 (SD:10.48, R:1-45) yıl, ortalama evlenme yaşı 20.87 (SD:3.17, R:13-34) yıldır. Kadınların ortalama gebelik sayılarının 2.32 (SD:1.42, R:0-7) ve ortalama yaşayan çocuk sayılarının 1.74 (SD: 1.08, R:0-5) olduğu saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan kadınların %42.6 (n:124)'sının ilkökul mezunu olduğu, %38.8 (n:113)'ünün eşlerinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadınların %67.7 (n:197)'si ev hanımı olduklarını belirtmişlerdir. Eşlerinin %90.0 (n:262)'inin gelir getiren bir işte çalıştığı, daha çok serbest meslek sahibi (%30.6, n:89) ve memur (%29.2, n:85) olduğu görülmüştür. Kadınlar ailelerinin gelir düzeyini daha çok (%55.7, n:162) gelirin gidere eşit olduğu şeklinde ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri

Özellikler	Sayı	(%)
Kadının Eğitim Düzeyi		
İlkokul *	124	(42.6)
Ortaokul	35	(12.0)
Lise	81	(27.9)
Yüksekokul ve üstü	51	(17.5)
Eşin Eğitim Düzeyi		
İlkokul	76	(26.1)
Ortaokul	31	(10.7)
Lise	113	(38.8)
Yüksekokul	71	(24.4)
Kadının Çalışma Durumu		
Çalışıyor	94	(32.3)
Ev hanımı	197	(67.7)
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	262	(90.0)
Çalışmıyor	29	(10.0)
Ailenin Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	106	(36.4)
Gelir gidere denk	162	(55.7)
Gelir giderden fazla	23	(7.9)
Aile Türü		
Geniş aile	44	(15.1)
Çekirdek aile	247	(84.9)
Sağlık Güvencesi		
Var	250	(85.9)
Yok	41	(14.1)
Son Zamanlarda Önemli Sorun Yaşama		
Var	197	(67.7)
Yok	94	(32.3)
Kadında Sağlık Sorunu		
Var	64	(22.0)
Yok	227	(78.0)
Ailede Sağlık Sorunu		
Var	74	(25.4)
Yok	217	(74.6)
TOPLAM	291	(100)

* Okur-yazar olmayan iki kişi bu gruba alınmıştır

Araştırma kapsamında yer alan kadınların büyük bir bölümünün çekirdek ailede yaşadıkları (%84.9, n:247) ve sağlık güvencesinin bulunduğu (%85.9, n:250) saptanmıştır. Kadınların %67.7 (n:197)'sinin son zamanlarda parasal, ailede ölüm ve ciddi hastalık, taşınma, iş değiştirme, evlilik problemleri, işsizlik ve doğum yapma gibi önemli sorunlardan bir ya da daha fazlasını yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların %22.0 (n: 64)'si kendilerinde ve %25.4 (n:74)'ü ise diğer aile bireylerinde bir ya da daha fazla sağlık sorunu bulunduğunu belirtmişlerdir (Tablo 1).

B- Kadınların, Eşlerinin Bazı Alışkanlıkları, Yaşadıkları Yer ve Evlilik Yaşamı ile İlgili Bazı Özellikler

Tablo 2. Kadınların ve Eşlerinin Bazı Alışkanlıkları

Alışkanlıklar	Sayı	(%)
Kadının Sigara İçme Durumu		
İçiyor	66	(22.7)
İçmiyor	225	(77.3)
Eşin Sigara İçme Durumu		
İçiyor	193	(66.3)
İçmiyor	98	(33.7)
Eşin Alkol Kullanma Durumu		
Kullanıyor	85	(29.2)
Kullanmıyor	206	(70.8)
Eşin Kahveye Gitme Durumu		
Gider	103	(35.4)
Gitmez	188	(64.6)
Eşin Şans Oyunu Oynama Durumu		
Oynar	76	(26.1)
Oynamaz	215	(73.9)
Eşin Başka Kadınlarla Olma Durumu		
Evet	8	(2.7)
Hayır	83	(97.3)
TOPLAM	291	100

Araştırma kapsamında yer alan kadınların %22.7 (n:66)'si sigara içtiğini, % 66.3 (n:193)'ü eşlerinin sigara içtiğini, %29.2 (n:85)'si eşlerinin alkol kullandığını, %35.4 (n:103)'ü eşlerinin kahveye gitme alışkanlığının bulunduğunu, %26.1(n:76)'sı eşlerinin şans oyunu oynadığını ve %2.7 (n:8)'si eşlerinin başka kadınlarla birlikte olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 2).

Kadınların %46 (n: 134)'sının ve eşlerinin %36.8 (n:107)'sinin çocukluğunun büyük bir bölümünü köy/kasabada geçirdikleri, evlendikten sonra ise %90.4 (n:263)'ünün daha çok il merkezinde yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 3).

Kadınların aile kararlarına katılma durumlarına bakıldığında; %67.7 (n:197)'si eşiyile birlikte karar verdiklerini, %24.4 (n:71)'ü sadece eşinin karar verdiğini ve %2.4 (n:7)'ü kendisinin karar verdiğini bildirmişlerdir (Tablo 3).

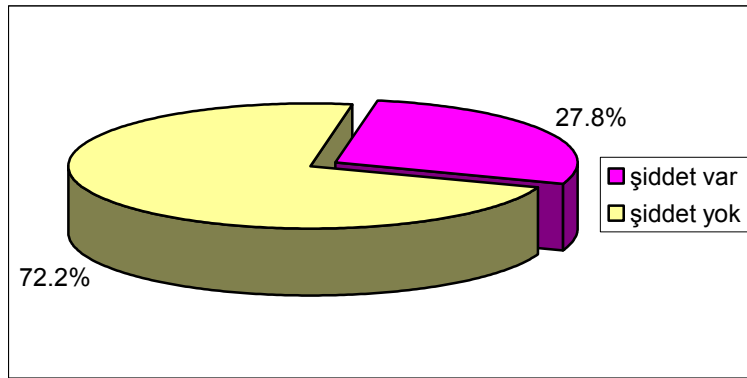
Kadınların %60.8 (n:177)'i eşiyile birlikte sosyal faaliyette bulduklarını, %89.7 (n:261)'si evlilik yaşantısından genelde memnun olduklarını ve %18.2 (n:53)'si ise son zamanlarda evlilik yaşamı ile ilgili problem yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların, Eşlerinin Yaşadıkları Yerler ve Evlilik Yaşamı ile İlgili Bazı Özellikler

Özellikler	Sayı (%)
Çocukluğunu Geçirdiği Yer	
Köy/kasaba	134 (46.0)
İlçe	72 (24.8)
İl	85 (29.2)
Eşin Çocukluğunu Geçirdiği Yer	
Köy/kasaba	107 (36.8)
İlçe	83 (28.5)
İl	101 (34.7)
Evlendikten Sonra Yaşadığı Yer	
Köy/kasaba	9 (3.1)
İlçe	19 (6.5)
İl	263 (90.4)
Ailede Kararları Veren	
Eşi	71 (24.4)
Kendisi	7 (2.4)
Eşi ve kendisi	197 (67.7)
Eşi, kendisi ve aile büyükleri*	16 (5.5)
Eşi ile Birlikte Faaliyette Bulunma	
Evet	177 (60.8)
Hayır	114 (39.2)
Evlilik Memnuniyeti	
Memnun	261 (89.7)
Memnun değil	30 (10.3)
Evlilik Problemi Yaşama	
Yaşadı	53 (18.2)
Yaşamadı	238 (81.8)
TOPLAM	291 (100)

* Sadece aile büyüklerinin karar verdiğini bildiren dört kişi bu gruba alındı.

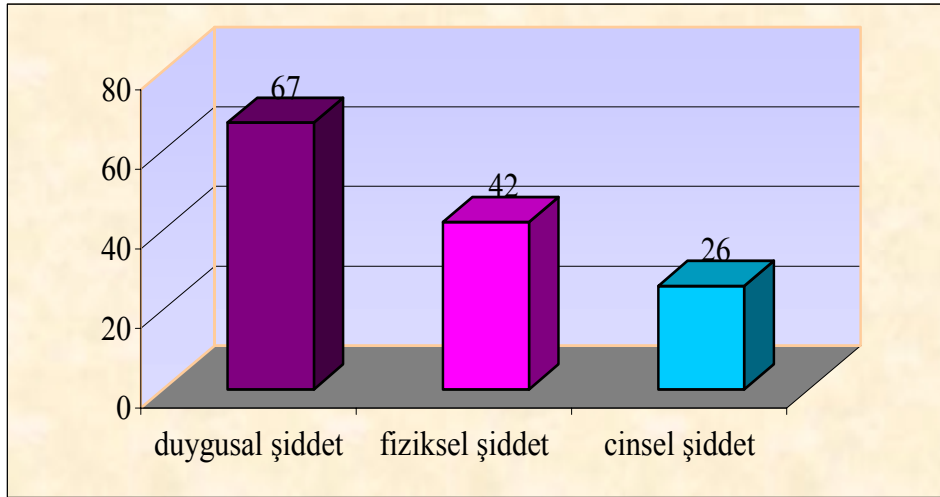
Kadınların Aile İçi Şiddet Görme Durumları ve Etkileyen Faktörler



Grafik 1. Kadınların Aile İçi Şiddet Görme Durumlarına Göre Dağılımı (N:291)

Araştırmaya katılan kadınların %27.8 (n:81)'i evlilik yaşamlarının her hangi bir zamanında kendilerine yönelik şiddet davranışında bulunulduğunu bildirmişler (Grafik 1) ve şiddet davranışında bulunan birey/bireyleri belirtmeleri istendiğinde çoğunluğu (%92.6, n:75) eşlerinden şiddet gördüklerini, %3.7 (n:3)'si eşi, kayınvalide ve kayınpederinden, geri kalan %3.7 (n:3)'si ise, kayınvalide ve kayınpederlerinden şiddet gördüklerini belirtmişlerdir. Kadınların %23.0 (n:67)'ü aile içinde kendilerine bağırma, küçük düşürme, eleştirme, engelleme ya da tehdit edici davranışlarda bulunulduğunu (duygusal şiddet), %14.4 (n:42)'ü kendilerine karşı dövme, vurma, itme, tekmeleme davranışlarında (fiziksel şiddet) bulunulduğunu ve bunların %34.1 (n:15)'i sık sık, %27.3 (n:12) bazen, %34.1(n:15) nadiren fiziksel şiddet gördüklerini belirtmişler, %4.5 (n:2)'i ise sıklık belirtmemişlerdir. Kadınların %9.2 (n:26)'si de istemedikleri halde eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıklarını (cinsel şiddet) belirtmişlerdir (Grafik 2). Araştırmamızda şiddet türlerinden herhangi birisini gören 81 kadından 8'i şiddetin gebeliği süresince de devam ettiğini belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların aile içi şiddet görme durumları; şiddet türlerinden herhangi birini görme, duygusal, fiziksel ve cinsel şiddet görme ile ilgili oluşturulan dört farklı çoklu lojistik regresyon modelinde incelenmiştir.



Grafik 2. Kadınların Yaşadıkları Aile İçi Şiddet Türlerine Göre Dağılımı (N:291)

Araştırmamıza katılan kadınların son zamanlarda önemli sorun yaşamalarının (OR=2,799; %95 CI=1,063-7,370), eşin alkol kullanımının (OR=3,548; %95 CI=1,488-8,460) ve kahveye gitme alışkanlığının olmasının (OR=2,506; %95 CI=1,146-5,478), evlilik hayatından memnun olmamanın (OR=5,334; %95 CI=1,218-23,336) ve son zamanlarda evlilik ile ilgili problem yaşamalarının (OR=3,454; %95 CI=1,175-10,149) ailede şiddetin herhangi birini görme olasılığını istatistiksel olarak önemli bir şekilde artırdığı; ailede kararların koca tarafından verilmesinin (OR=0,318; %95 CI=0,122-0,831) ise azalttığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Kadınların eşleri ile birlikte hoşlandıkları faaliyetlerde bulunmalarının (OR=3,188; %95 CI=1,299-7,822), evlilik hayatından memnun olmamalarının (OR=4,607; %95 CI=1,132-18,746) ve son zamanlarda evlilik ile ilgili problem yaşamalarının (OR=3,755; %95 CI=1,259-11,195) aile içi duygusal şiddet görme olasılığını istatistiksel olarak önemli bir şekilde artırdığı; ailede kararların koca tarafından verilmesinin (OR=0,217; %95 CI=0,081-0,579) de azalttığı saptanmıştır (Tablo 4).

Kadınların sağlık sorunu bulunmasının (OR=5,613; %95 CI=1,453-21,684), eşin kahveye gitme alışkanlığının (OR=7,437; %95 CI=2,133-25,915) ve evlilik hayatından memnun olmamanın (OR=12,270; %95 CI=1,758-85,630) kadınların aile içi fiziksel şiddet görme olasılığını istatistiksel olarak önemli bir şekilde artırdığı bulunmuştur (Tablo 4).

Bu çalışmada yer alan kadınların son zamanlarda önemli sorun yaşamalarının (OR=19,679; %95 CI=1,684-229,990) cinsel şiddet görme olasılığını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artırdığı görülürken; ailede kararların koca tarafından verilmesinin (OR=0,143; %95 CI=0,027-0,758 ve kadın tarafından verilmesinin (OR=0,038; %95 CI=0,002-0,647) ve evlendikten sonra en fazla yaşanan yerin köy / kasaba olmasının (OR=0,071; %95 CI=0,008-0,656) azalttığı görülmüştür (Tablo 4).

Araştırmamızda yer alan bağımsız değişkenlerden evlilik yılı, evlenme yaşı, kadının ve eşinin yaşı, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, sağlık güvencesinin varlığı, kadının ailesinde önemli bir sağlık sorunu bulunması, aile tipi, gelir düzeyi, yaşayan çocuk sayısı, kadının ve eşinin sigara içme durumları, eşinin şans oyunları oynama ve başka kadınlarla birlikte olma durumu, kadın ve eşinin çocukluklarının büyük bir bölümünü geçirdikleri yer ile kadınların aile içinde duygusal şiddet, fiziksel şiddet ya da cinsel şiddet görmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4. Kadınların Aile İçi Şiddet Görmelerini Etkileyen Risk Faktörlerinin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları, Block 1: Method =Enter* (N:291)

Risk Faktörleri	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata (S.E.)	Wald	df	P değeri (Sig.)	Odds Ratio Exp(B)	%95 Güven Aralığı (C.I.) İçin EXP(B)	
							Alt	Üst
Şiddet Türlerinden Herhangi Birini Görme*								
Son zamanlarda önemli sorun yaşama	1,029	,494	4,344	1	,037	2,799	1,063	7,370
Eşin alkol kullanması	1,266	,443	8,159	1	,004	3,548	1,488	8,460
Eşin kahveye gitme alışkanlığı	,919	,399	5,296	1	,021	2,506	1,146	5,478
Ailede kararların koca tarafından verilmemesi	-,145	,490	5,468	1	,019	,318	,122	,831
Evlilik hayatından memnun olmama	1,674	,754	4,933	1	,026	5,334	1,218	23,366
Son zamanlarda evlilik ile ilgili sorun yaşama	1,239	,550	5,079	1	,024	3,454	1,175	10,149
Duygusal Şiddet Görme**								
Ailede kararların koca tarafından verilmesi	-1,530	,502	9,285	1	,002	,217	,081	,579
Eş ile birlikte sosyal faaliyette bulunmama	1,159	,458	6,407	1	,011	3,188	1,299	7,822
Evlilik hayatından memnun olmama	1,528	,716	4,552	1	,033	4,607	1,132	18,746
Son zamanlarda evlilik ile ilgili sorun yaşama	1,323	,557	5,635	1	,018	3,755	1,259	11,195
Fiziksel Şiddet Görme***								
Sağlık sorunu bulunma	1,725	,690	6,259	1	,012	5,613	1,453	21,684
Eşin kahveye gitme alışkanlığı	2,006	,637	9,914	1	,002	7,437	2,133	25,915
Evlilik hayatından memnun olmama	2,507	,991	6,397	1	,011	12,270	1,758	85,630
Cinsel Şiddet Görme**** (n=283)								
Son zamanlarda önemli sorun yaşama	2,980	1,254	5,642	1	,018	19,679	1,684	229,990
Ailede kararların koca tarafından verilmesi	-1,944	,850	5,225	1	,022	,143	,027	,758
Ailede kararların kadın tarafından verilmesi	-3,262	1,442	5,116	1	,024	,038	,002	,647
Evlendikten sonra daha çok köy / kasabada yaşama	-2,644	1,134	5,434	1	,020	,071	,008	,656

*Classification table: Overall percentage: 83,8; Model Chi-quare: 140,891; df:36; p=0,000; Hosmer and Lemeshow Test: 4,014; df:8; p=0,856.

**Classification table: Overall percentage: 84,5; Model Chi-quare: 121,938; df:36; p=0,000; Hosmer and Lemeshow Test: 6,477; df:8; p=0,594.

***Classification table: Overall percentage: 91,1; Model Chi-quare: 123,230; df:36; p=0,000; Hosmer and Lemeshow Test: 1,852; df:8; p=0,985.

****Classification table: Overall percentage: 94,0; Model Chi-quare: 78,578; df:36; p=0,000; Hosmer and Lemeshow Test: 1,968; df:8; p=0,982.

D- Kadınların Şiddete İlişkin Diğer Özellikleri

Şiddet gören 81 kadından sadece 6'sı bir kişi ya da kurumdan yardım istediklerini, 70'i yardım istemediklerini belirtmiş, 5 kadın ise yardım isteme ile ilgili soruyu yanıtızsız bırakmışlardır.

Kadınların çocukluklarında şiddet görme durumları incelendiğinde; %33.7 (n:98)'si çocukluklarında aile büyüklerinden şiddet gördüklerini, %24.7 (n:72)'si çocukluklarında annelerine şiddet uygulanmasına tanık olduklarını bildirmişlerdir.

Bu çalışmada ayrıca kadınların şiddete ilişkin görüşleri de incelenmiştir. Araştırmaya katılan kadınlara, kocaların eşlerini dövme konusunda fikirleri sorulduğunda %91.1 (n:265) kocaların eşlerini hiçbir zaman dövmemeleri gerektiğini, %6.5 (n:19)'i suçunu tespit ettiyse ya da kadınlık görevlerini yerine getirmediyse dövebileceğini; annelerin çocuğunu dövmesi konusunda fikirleri sorulduğunda ise, %69.8 (n:203)'i hiçbir zaman dövmemesi gerektiğini, %13.1 (n:38)'i suçunu tespit ettiği zaman dövebileceğini, %11 (n:32)'i gerekirse dövebileceğini ve %4.1 (n:12)'i verilen görevi yerine getirmediğinde dövebileceğini belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan kadınlardan %35.7 (n: 104)'si şiddet gören kadınların kadın sığınma evlerinden ya da diğer kurumlardan (karakol, adliye, sosyal hizmetler vb) yardım istemeleri gerektiğini, %25.4 (n:74)'ü boşanmaları gerektiğini ve %13.7 (n:40)'si şiddete katlanmaları gerektiğini bildirmişlerdir.

TARTIŞMA

Türkiye'de özellikle aile ortamında şiddetin terbiye yöntemi olarak algılanması, bunun ailede ve kamuda meşru görülmesi şiddetin sürekliliğine/tekrarlanmasına, gizlenmesine ya da görmezden gelinmesine neden olmaktadır. Ülkemizde aile içi şiddet, bu geleneksel bakış açısının değişmesi açısından araştırılması ve tartışılması gereken önemli bir konudur.

Bu çalışmaya katılan kadınların %27.8 (¼'ünden daha fazlası)'inin aile içi şiddetin herhangi birini gördükleri, %23.0'ünün duygusal şiddet, %14.4'ünün fiziksel şiddet ve %9.2'sinin cinsel şiddet gördükleri saptanmıştır. Bu konuda yapılan başka bir çalışmada Gülçür (1999), kadınların aile içi duygusal şiddet görme oranı %89,9, fiziksel şiddet görme oranı %39 ve cinsel şiddet görme oranı %15.7 olarak bulmuştur. İçli ve ark. (1995) ise, kadınların %21'inin eşlerinin kendilerine karşı şiddet kullandıklarını bildirdiklerini saptamışlardır. Bir diğer çalışmada Kocacık (2004), aile içi şiddete uğrayan kadınların %42.3'ü dövülme,

%40.1'i tehdit ve küfür şeklinde şiddet gördüklerini bildirmiştir. Bu sonuçlar ülkemizde aile içi kadına yönelik şiddetin farklı boyutlarıyla hala yaygın bir biçimde yaşandığını göstermesi bakımından önemlidir.

DSÖ'nün verileri (%10-50) kadınların fiziksel şiddet görme oranları bakımından çalışma sonuçlarımıza benzerdir (Pan American Health Organization 2003). Yine ABD'de yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar (%14-20) bildirilmiştir (World Health Organization 1997 c).

Bu çalışmada kadınlar (%9.2), Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı (1994)'nın yaptırdığı araştırma sonuçlarına (%9) benzer bir şekilde ailelerinde cinsel şiddet yaşamışlardır. DSÖ (%12-25) (World Health Organization 2005 d) verilerinde ve İçli ve ark. (1995) (%21.7)'inin çalışmasında cinsel şiddet yaşama oranı, bu çalışmanın bulgularına göre daha yüksektir. Birleşmiş Milletler CEDAW (Committee on the Elimination of Discrimination Against Women) Komitesi'ne sunulmak üzere hazırlanan ikinci ve üçüncü birleştirilmiş Türkiye Raporu'nda, kadınların %51'i kocasının, kendisinin isteyip istememesine aldırmadan cinsel ilişkide bulduklarını, % 21'i de istemedikleri biçimde/türde cinsel ilişkiye zorlandıklarını bildirmektedir (TC. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 1993). Bu çalışmada aile içi cinsel şiddet oranının diğer çalışma sonuçlarına göre daha az olmasının nedeni, bölgesel kültürel özelliklerle, cinsel konuların utanç verici olarak algılanması ve gizli tutulması gereğinin öğretilmesi sonucu, bireylerin cinsellikle ilgili sorulara açık yanıt vermemeleri olabilir.

Bu çalışmada, son zamanlarda önemli sorun yaşamamanın, diğer faktörler kontrol altına alındıktan sonra, cinsel şiddet görme olasılığını yaklaşık 20 kat arttırdığı görülmüştür. Ayrıca Bu çalışmada şiddet gören kadınların yaklaşık %9.9'u (8/81) şiddetin gebeliği süresince de devam ettiğini belirtmişlerdir. Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı'nın (1994) yaptırdığı araştırma sonuçlarına göre, şiddetin gebelik döneminde de devam ettiği bildirilmektedir. Costa Rica'da yapılan bir çalışmada da fiziksel şiddet gören kadınların %49'unun gebe iken de şiddet gördükleri bildirilmiştir (Pan American Health Organization 2003).

Türkiye Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı'nın (1994) yaptırdığı çalışma sonuçlarına göre, eşlerden birisinin alkol kullanıyor olmasının aile içi şiddeti arttırdığı belirtilmektedir. Başka bir çalışmada da şiddete başvuran erkeklerin en fazla alkol kullanma alışkanlığı (%33) olmak üzere, büyük bir bölümünün (%72.4) bir ya da daha fazla istenmeyen alışkanlıklarının bulunduğu bildirilmiştir (Yıldırım 1998). İçli ve ark. (1995) da benzer sonuçları bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, ailede alkol kullanımının birey ve ailenin psikolojik, sosyoekonomik dengesini bozmasını, aile bütünlüğüne zarar veren bir sorun olması nedeniyle

ailedeki bireylerin yaşamsal sıkıntılarla baş etmesini zorlaştırdığını göstermesi bakımından önemlidir.

Bu çalışmada, aile içi fiziksel şiddet görme olasılığını, diğer faktörler kontrol altına alındıktan sonra, son zamanlarda önemli sorun yaşamayanın yaklaşık 6 kat, eşin kahveye gitme alışkanlığının yaklaşık 7 kat ve evlilik hayatından memnun olmamanın yaklaşık 12 kat kadınların arttırdığı bulunmuştur. Vatandaş (2003) çalışmasında, bu çalışma sonuçlarına benzer olarak, fiziksel şiddet ile evlilikten memnuniyet arasında ters ilişki olduğunu saptamıştır. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada, eş ile kavgaya varan tartışmalar arttıkça kadınların eşi tarafından dövülme ve hakaretine uğrama oranının arttığı bildirilmektedir (Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998). Eşler arasında evlilikle ilgili rollerde, beklentilerde ya da kararlarda çatışma yaşanması durumunda, güçlü güçsüzü ezerek onu kendisinin istekleri doğrultusunda davranmaya mecbur bırakmaktadır. Ailedeki güçlü olan birey çoğunlukla erkek olduğu için, ezen taraf erkek, ezilen taraf kadındır.

Bu çalışmada kadınların %67.7'sinin eşi ile birlikte karar verdiği ve %24.4'ünün sadece eşinin karar verdiği bulunmuştur. Çalışma sonuçlarıyla paralel olarak Gülçür (1999)'ün çalışmasında da ailede otoritenin daha çok erkekte olduğunu bildirenlerin oranı %21.6, her iki eşin eşit söz hakkı olduğunu bildirenlerin oranı %60.1 olarak bulunmuştur. Kocacık (2004) yaptığı çalışmada, bu çalışma bulgularından farklı olarak katılanların %56.4'ünün ailesinde kararların koca tarafından verildiğini ve %31.1'inde herkesin fikrinin alındığını saptamıştır. İçli ve ark. (1998)'inin çalışmalarında, kadınların %41.8'inin evde kararları eşlerinin verdiğini bildirmiştir. Bu bulgulardaki farklılıklar, ailede karar vericilerin örneklem gruplarının sosyokültürel özelliklerine göre değişebileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada Türkiye genelini kapsayan bir çalışmadan (Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 1998) farklı olarak, ailede kararların koca tarafından verilmesinin kadının şiddetin herhangi birini, duygusal ve cinsel şiddet görme olasılığını azalttığı saptanmıştır. Bu durum araştırma gruplarının farklı kültürel özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca bu araştırmanın sonuçları, karar vericilerin kesin olarak bilinmesinin, çatışmaları ve dolayısı ile aile içi şiddeti azalttığını göstermektedir.

Bu çalışma sonuçlarının aksine, Yıldırım (1998) ev kadınlarının ve ilk evlenme yaşı küçük olanların şiddete uğrama olasılığının daha fazla olduğunu bildirmiştir. Yine bu çalışmanın aksine, İçli ve ark. (1995) kadının eğitim durumunun, çocuk sayısının, ekonomik durumunun ve eşin çalışma durumunun aile içi şiddet yaşamada etkili olduğunu

bildirmişlerdir. Kocacık (2004) ise, farklı olarak eşin eğitim durumunun, kadının aile içi şiddet görmesi ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı (1994)'nın yaptırdığı çalışmada, eşlerin daha iyi eğitim görmüş olmasının aile içindeki şiddeti azalttığı bildirilmiştir. Bu çalışma bulgularının aksine, Kocacık (2004) aile tipinin kadının şiddet görme durumu ile ilişkisi olduğunu ve geniş ailede yaşayan kadınların daha fazla şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir. Yıldırım'ın (1998) çalışma bulgularına benzer bir şekilde, bu çalışmada da evlilik süresi, aile içi şiddet görmede etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. Bu farklılıklar örneklem grubunun özellikleri ve yöntem farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmanın bulgularına paralel olarak, Vatandaş da (2003) kadınların %74'ünün erkeklerin eşlerini dövmemesi gerektiğini düşündüklerini bildirmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 sonuçlarına göre Türkiye'de evli ya da birlikte yaşayan kadınların %39.6'sının belirli nedenlerle erkeklerin eşlerini dövmeye hakkı olduğunu düşünmektedirler (Hancıoğlu ve Ergöçmen 2004). Gülçür (1999) çalışmasında kadınların %59.9'u kocalarının şiddet uygulamakta haklı olmadığına, %37.3'ü bazen haklı olduğuna inandıklarını bildirmiştir. Kadınların, erkeklerin eşlerini dövmeye hakkı olduğunu düşünmeleri, aile içi şiddetin tekrarlayarak devam etmesine zemin hazırladığı söylenebilir.

Bu araştırmada kadınların %33.7'sinin çocukluklarında aile büyüklerinden şiddet gördükleri belirlenmiştir. Farklı çalışmalarda kadınların %49.4-%95.5'inin çocukluklarında şiddet gördükleri saptanmıştır (Kocacık 2004, TC. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 1993, Yıldırım 1998). Bu çalışma sonuçlarının diğer çalışma sonuçlarından daha düşük olması Aydın ilinin (diğer çalışma bölgelerine göre) bir batı ili olmasından ve diğer sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

İçli ve ark. (1998)'nin çalışmasında, kadınların %40'ı "Eşinden kötü davranış gören kadınlar ne yapmalı?" sorusuna "Hiçbir şey yapmamalı, sabretmeli" diye yanıt vermişlerdir. Bu çalışmada kadınların %35.7'si "şiddete uğrayan kadınların sığınma evlerinden ya da diğer kurumlardan yardım istemeleri gerektiğini belirtmelerine karşın, şiddet gördüklerini bildiren 81 kadından sadece 6'sı bir kişi ya da kurumdan yardım istemiştir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da benzer sonuç (%7.6) elde edilmiştir (Düvenci 2004). Yıldırım (1998) şiddete uğrayan kadınların %48.2'sinin hastaneye ve %58.9'unun karakola başvurduklarını bildirmiştir. Bu sonuçlara göre şiddete uğrayan kadınların yardım almak için yeterli girişimde bulunmamalarının nedenleri; durumun değişeceği umudu, çocuklarının olması, ekonomik özgürlüğün olmaması ve daha ağır şiddet görme korkusu v.b. olabilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Olasılıksız örnekleme yöntemi ile yapılan bu çalışmanın sonuçları araştırma grubu ile sınırlıdır ve genellenemez. Bulguların güvenilirliği veri toplama aracının (soru formu) duyarlılığına bağlıdır.

Sonuç ve Öneriler

Aydın il merkezindeki 3 sağlık ocağı bölgesinde ikamet eden, olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen 291 evli kadından elde edilen verilere göre;

- Kadınların %27.8'inin aile içi şiddetin herhangi birini gördükleri, %23.0'ünün duygusal, %14.4'ünün fiziksel ve %9.2'sinin cinsel şiddet gördükleri,
- Diğer faktörler kontrol altına alındıktan sonra, son zamanlarda önemli sorun yaşamamanın, eşin alkol kullanmasının ve kahveye gitme alışkanlığının, evlilik hayatından memnun olmamanın ve son zamanlarda evlilik ile ilgili problem varlığının ailede şiddetin herhangi birini görme olasılığını arttırdığı,
- Kadınların eşleri ile birlikte hoşlandıkları faaliyetlerde bulunmalarının, evlilik hayatından memnun olmamalarının ve son zamanlarda evlilik ile ilgili problem yaşamalarının aile içi duygusal şiddet görme olasılığını arttırdığı,
- Son zamanlarda önemli sorun yaşamamanın, eşin kahveye gitme alışkanlığının ve evlilik hayatından memnun olmamanın aile içi fiziksel şiddet görme olasılığını arttırdığı,
- Son zamanlarda önemli sorun yaşamamanın cinsel şiddet görme olasılığını arttırdığı; ailede kararların koca tarafından verilmesinin, kadın tarafından verilmesinin ve evlendikten sonra en fazla yaşanan yerin köy /kasaba olmasının ise azalttığı sonuçlarına varılmıştır.
- Bu sonuçlar doğrultusunda ebe/hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının;
- Bu risk faktörlerine sahip olan kadınlara kapsamlı destekleyici bakım verebilmeleri için, şiddeti ve döngüsel sürekliliğini önleme, şiddeti ve risk gruplarını tanıma, çözüm önerileri geliştirme ve danışmanlık verme konusunda bilgilendirilmeleri,
- Sağlık çalışanlarının bakım verirken DSÖ'nün (1997b) önerilerini (bu öneriler; kadına empati yapmaları ve onu anlamaya çalışmaları, şiddetin olası belirti ve bulgularına dikkat etmeleri, öykü alırken rutin öykünün bir parçası olarak şiddeti sorgulamaları, uygun tıbbi bakım sağlamaları, hastanın tıbbi kayıtlarına şiddetin türünü ve şiddet uygulayan kişi ile ilgili ayrıntılı bilgileri kayıt etmeleri, kadınları

ulaşılabilir toplumsal kaynaklara sevk etmeleri, kadın ile ilgili bilgi ve kayıtların gizlilik ve güvenliğini sürdürmeleri) dikkate almaları,

- Bu araştırmanın bulgularını destekleyebilecek başka çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı (1994). Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları. <http://aile.gov.tr/Arastirma12.htm> (Erişim Tarihi: 20.12.2004).
2. Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı (1998). Aile içinde ve toplumsal alanda Şiddet. <http://www.aile.gov.tr/Arastirma18.htm> (Erişim Tarihi: 20.12.2004).
3. Aksoy E, Çetin G, İnancın MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F (2004). Aile içi şiddet. <http://www.ttb.org.tr/adli/6.html> (Erişim Tarihi: 20.12.2004).
4. Akşit G (2004). Şiddete duyarlılık paneli. <http://www.shcek.gov.tr/portal/dosyalar/basin/bakan88.asp> (Erişim Tarihi: 20.12.2004).
5. Düvenci N (2004). Cinsel suçlar ve kadın mağdurun korunması. http://www.ucansupurge.org/index.php?option=com_content&task=view&id=398&Itemid=1. (Erişim Tarihi: 20.12.2004).
6. Fincancı ŞRK (2004) Kadına Yönelik Şiddet. http://www.saglik.tr.net/genel_kys.shtml (Erişim Tarihi: 20.12.2004).
7. Gömbül Ö (2000). Hemşirelerin Ailede Kadına Eşi Tarafından Uygulanan Şiddete ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları. Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 1: 1, 19-32.
8. Gülçür L (1999). A study of domestic violence and family life in Ankara, Turkey. http://www.kadinininsanhaklari.org/images/sexual_abuse.pdf (Erişim Tarihi: 10.06.2005)
9. Hancıoğlu A, Ergöçmen BA (2004). Kadınların Temel Özellikleri ve Statüleri. (İçinde) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. 40-41.
10. İçli TG, Ögün A, Özcan N (1995). Ailede Kadına Karşı Şiddet ve Kadın Suçluluğu. Ankara: T.C. Devlet Bakanlığı Kadının statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 27-43.
11. Kocacık F (2004). Aile İçi İlişkilerde Kadına Yönelik Şiddet. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Matbaası, 80-110.
12. Pan American Health Organization (2003). Violence against womens. <http://www.paho.org/English/ADGE/VAW2003.pdf> (Erişim Tarihi: 18.05.2005). (who 6)
13. Salaçin S (2004). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin önlenmesinde üstlenebilecekleri roller. <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/saglik.htm> (Erişim Tarihi: 20.12.2004).
14. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (1998). Biyoistatistik. 8. Baskı, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 264-267.
15. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (1993). Birleşmiş Milletler CEDAW Komitesine Sunulmak Üzere Hazırlanan İkinci ve Üçüncü Birleştirilmiş

- Periyodik Türkiye Raporu, Ankara. <http://www.kssgm.gov.tr/cedawrapor.html> (Erişim Tarihi: 15.06.2005).
16. Vahip I (2002). Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: Farklı bir açıdan bakış. Türk Psikiyatri Dergisi, 13: 4, 312-319.
 17. Vatandaş C (2003). Aile ve Şiddet: Türkiye’de Eşler Arası Şiddet. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayın No: 58, 63-171.
 18. World Health Organization (1997 a). Violence against women: Health consequences. <http://www.who.int/gender/violence/en/v8.pdf> (Erişim Tarihi: 18.05.2005).
 19. World Health Organization (1997 b). Violence against women: What health workers can do. <http://www.who.int/gender/violence/en/u9.pdf> (Erişim Tarihi: 18.05.2005).
 20. World Health Organization (1997 c). Violence against women: Rape and sexual assault. <http://www.who.int/gender/violence/en/v6.pdf> (Erişim Tarihi: 18.05.2005).
 21. World Health Organization (1997 d). Violence against women: A priority health issue: Introduction. <http://www.who.int/gender/violence/en/v2.pdf> (Erişim Tarihi: 18.05.2005).
 22. World Health Organization (2005 a). Injuries and violence prevention: Violence against women. http://www.who.int/violence_injury_prevention/definitions/def20/en/ (Erişim Tarihi: 18.05.2005).
 23. World Health Organization (2005 b). Injuries and violence: Violence. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/ (Erişim Tarihi: 18.05.2005).
 24. World Health Organization (2005 c). Gender, women and health: Gender-based violence. <http://www.who.int/gender/violence/en/> (Erişim Tarihi: 18.05.2005).
 25. World Health Organization (2005 d). Media centre: Violence against women. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/> (Erişim Tarihi: 18.05.2005).
 26. Yıldırım A (1998). Sıradan Şiddet: Kadına ve Çocuğa Yönelik Şiddetin Toplumsal Kaynakları. 1. Basım, İstanbul: Boyut Matbaacılık A.Ş., 63-180.

**HEMŞİRELERİN UYGULAMALARINDA KULLANDIKLARI BİLGİ
KAYNAKLARININ İNCELENMESİ**

*RESEARCH ON SOURCES OF INFORMATION USED IN NURSING
PRACTICES*

Süheyla ALTUĞ ÖZSOY **Melek ARDAHAN**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
Bornova/İZMİR

Anahtar Sözcükler: kanıt, bilgi kaynağı, hemşirelik uygulamaları, hemşire.
Key Words: evidence, source of information, nursing practice, nurse

ÖZET

Araştırma, İzmir İlindeki iki üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları ve bu kaynakların bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi amacıyla yürütülmüş bir alan çalışmasıdır. Araştırma, 1502 hemşire arasından gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilen 498 hemşire üzerinde yürütülmüştür. Araştırmada, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümünde sosyo-demografik özellikler, ikinci bölümünde ise hemşirelik uygulamalarında kullanılan bilgi kaynaklarını saptamaya yönelik sorular bulunmaktadır. Anket formları, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuş, etik ilkeler göz önünde bulundurulmuştur.

Hemşireler; uygulamalarının kanıta dayandırılmasını (%78.5), ayrıca bu kanıtların araştırmalar olması gerektiğini bilmelerine (%75.9) rağmen, uygulamada kullandıkları araştırmaya dayanmayan kanıtların (deneyimler, sezgiler, tartışmalar, gözlemler) ilk üç sırada yer aldığı ve madde puan ortalamalarının 3.4 olduğu saptanmıştır. Hemşireler; uygulamaların kanıta dayandırılmasına inandıklarını belirtmelerine rağmen, düşüncelerini davranışlarına geçirememişlerdir. Bu nedenle yapılan araştırmaların uygulamaya dönük olması, yönetim desteğinin sağlanması, hemşirelerin bilgi ve becerilerinin artırılması gerekmektedir.

SUMMARY

This study is a fieldwork conducted with the aim of investigating sources of information used in nursing practices by nurses working at two hospitals of state universities within İzmir and besides, the relationship of these sources with some socio-demographic factors. The investigation was conducted through 498 nurses,

who were selected among 1502 nurses via a convenience sample method. A questionnaire form developed by the researches after reviewing the literature was used in the investigation. In the first part of the questionnaire form, there existed socio-demographic characteristics whereas questions towards detecting sources of information used in nursing practices existed in the second part. The researchers with face-to-face interviews filled out the questionnaire forms while ethical principles were taken into consideration

Although nurses knew that the nursing practice should depend on evidence (78.5%) and that, these evidences should be the investigations (75.9%), it was detected that the evidences (experiences, intuitions, discussions, observations), which do not depend on any investigation but used by nurses in their practices, were in the first three sequences and mean score of the item was 3.4. The nurses, although they had expressed that the nursing practice should depend on evidence, they were not able to reflect this thought on their behaviors. Thus, applicable investigations, provision of management support, and increased skills and abilities of nurses are needed.

GİRİŞ

Kanıt, sağlık bakım sistemindeki karar vericilerin ulaşabildiği, uygulamaların bilimsel değerlendirmesini sağlayan bilgi olarak tanımlanmaktadır. Literatür incelendiğinde “kanıt; doğrudur, bilgidir, araştırmalardan ve meta analizlerden elde edilir” şeklinde açıklamalara rastlamak mümkündür (French 2002, Kara ve Babadağ 2003). Kanıtlar, araştırmaya dayanan ve araştırmaya dayanmayan kanıtlar olarak ikiye ayrılır. Araştırmaya dayanan kanıtlar; araştırmalardan elde edilen sonuçlardır. Araştırmaya dayanmayan kanıtlar ise deneyimler, sezgiler, meslektaşlarla yapılan tartışmalar, klinik gözlemlerdir (Estabrooks 1998, Royle ve ark. 1999, Banzhoff 1999, Enos 2003). Klinik gözlemler güvenilirliği daha düşük kanıtları oluştururken, randomize kontrollü çalışmaların en güvenilir kanıtlar olduğu söylenmektedir (Sackett ve ark. 1996, Bilir ve Ünner 2001, Kocaman 2003).

“Kanıt Dayalı” kavramı, ilk defa Sackett ve arkadaşları (1996) tarafından “kanıt dayalı tıp”ı ifade etmek için kullanılmıştır. Kanıt dayalı tıp kavramı, bilimsel verilerin kişisel deneyimlerle birleştirilmesi ve hasta yararına kullanılması sonucu ortaya çıkmıştır. Hemşireler kanıt dayalı tıp hareketinin içinde yer aldıklarından bir süre sonra kanıt dayalı hemşirelik kavramı kullanılmaya başlanmıştır (Kara ve Babadağ 2003). Kanıt dayalı hemşirelik kavramının, araştırmaya dayalı uygulama ile ilişkili olduğu söylenebilir (French 2002). Kanıt dayalı hemşirelik, var olan en iyi kanıtları mantıklı, bilimsel ve açık bir şekilde kullanarak, hastaların bakımı hakkında karar vermedir (Mulhall 1998, French 2002). Pek çok profesyonel gerçekleştirdikleri hasta bakımının etkili olmasını ve hastalarının gereksinimlerinin karşılanmasını

güvence altına almak ister. Bu nedenle neyin işe yarayıp, neyin işe yaramadığını ortaya koyan güvenilir bir araştırma kanıtına gereksinim duyarlar. Hasta bakımında, kanıta dayalı karar vermenin kullanımı, kaliteli hemşirelik uygulamalarında önemli bir konudur. Kanıta dayalı hasta bakımının amacı; araştırma ve klinik arasındaki uçurumu kaldırarak, sağlık hizmetini geliştirmektir (Mulhall 1998, Soukup 2000).

Kanıta dayalı uygulama, klinik kararları desteklemek için, elde edilebilen en iyi kanıtların kullanılma sürecidir. Kanıta dayalı uygulama, hemşirelik literatüründe araştırma kullanımının yerine kullanılmaktadır. Ancak kanıta dayalı uygulama ve araştırma kullanımı aynı şey değildir. Kanıta dayalı uygulama, sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtların klinik uzmanlıkla birleştirildiği uygulamalar olarak tanımlandığında; kanıta dayalı uygulama, araştırma kullanımından daha geniş bir anlam taşır (Kocaman 2003). Hemşireler kanıta dayalı uygulamaları araştırmaya dayalı uygulamalardan daha fazla kullanmaktadırlar. Çünkü, kanıta dayalı uygulamalarda araştırmaya dayanmayan bilgilerin, bilimsel bilgiden fazla olduğu öne sürülmektedir. Ancak hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları konusunda çok az çalışma bulunmaktadır (Retsas 2000, Morton 2003). Hemşirelerin araştırmalardan elde ettiği bilgileri nasıl kullandığı veya diğer bilgi kaynaklarından nasıl yararlandığı bilinmemektedir. Hemşirelerin klinik kararlara kolaylıkla katılabilmeleri için, bilgi kaynaklarının belirlenmesi gerekmektedir.

AMAÇ

Hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynaklarının ortaya konulması, kullanılan bilgi kaynaklarının bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesidir.

GEREÇ- YÖNTEM

Araştırma, Türkiye’de İzmir İlindeki iki üniversite hastanesinde (Ege Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi) çalışan hemşirelerle 20 Eylül 2003-15 Ocak 2004 tarihleri arasında yürütülmüş bir alan çalışmasıdır. Araştırmanın örneklemini, 1502 hemşire arasından gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilen 498 hemşire oluşturmuştur (Aksayan ve ark. 2002).

Araştırmada, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış (Estabrooks 1998, Royle ve ark. 1999, Banzhoff 1999, Enos 2003) anket formu kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmuştur. Anket formunun ilk bölümünde sosyodemografik sorular (yaş, medeni

durum, eğitim durumu ve çalışma yılı) yer almaktadır. İkinci bölümde ise, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik sorular (“Uygulamalar kanıta dayandırılmalı mı?”, “Kanıta dayalı uygulamaların yararları var mıdır?”, “Uygulamalar araştırmaya dayandırılmalı mı?”) bulunmaktadır. Üçüncü bölümde ise hemşirelik uygulamalarındaki bilgi kaynaklarını saptamaya yönelik sorular bulunmaktadır. Bilgi kaynaklarını belirlemek için, Estabrooks’un (1999) öğrenci hemşireler üzerinde yürüttüğü çalışmasında kullandığı form (16 soru) kullanılmıştır. Formu uygulamak için, Carole Estabrooks’tan izin alınmıştır. Daha sonra hemşirelik alanında uzman 3 kişinin önerileri doğrultusunda, ülkemiz koşulları göz önüne alınarak 6 soru eklenmiştir. Eklenen sorular şunlardır;

Uygulamalarımda kullandığım bilgiler,

- Hizmet içi eğitim programlarına,
- Hemşirelik kongre ve sempozyumlarından elde ettiğim bilgilere,
- Tıp kongre ve sempozyumlarının hemşirelik seksiyonlarına,
- Özel dal hemşire derneklerinin faaliyetlerine,
- Çalıştığım birime özgü düzenlenen kurslara,
- THD yayın ve faaliyetlerine dayanmaktadır.

Anket formları, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur. Hemşirelik uygulamalarında kullanılan bilgi kaynaklarının sıklığına yönelik sorular değerlendirilirken “hiçbir zaman” yanıtını verenlere “1 puan” , “nadiren” yanıtını verenlere “2 puan”, “ara sıra” yanıtını verenlere “3 puan”, “çoğunlukla” yanıtını verenlere “4 puan”, “her zaman” yanıtını verenlere “5 puan” verilmiştir. Elde edilecek minimum puan 22, maksimum puan 110’dur.

Yapılan araştırmada, hemşirelik uygulamalarında kullanılan bilgi kaynaklarının sıklığını belirlemeye yönelik formda geçen maddeler için pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılmış, bu şekilde tek tek maddelerin bütün grup ile tutarlığı belirlenmiştir. Bütün grup için cronbach alpha katsayısı 0.73 bulunmuştur. Kullanılan formun iki yarım test güvenilirlik katsayılarını elde etmek için hesaplamalar yapılmıştır. Guttman Split- half güvenilirlik katsayısı 0.83, Spearman Brown güvenilirlik katsayısı 0.84, 12 maddelik 1. yarı için alpha değeri 0.64, 10 maddelik 2. Yarı için alpha değeri 0.77 bulunmuştur. Bu sonuçlar, kullanılan formun güvenilirlik katsayısının yüksek olduğunu göstermektedir.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin (yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma

yılı) sayı-yüzde değerleri hesaplanmış, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde tek yönlü varyans analizinden (ANOVA testi), Post Hoc Tukey ve t testi'nden yararlanılmıştır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Komisyonu'ndan ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan resmi izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanması sırasında, etik ilkeler göz önünde bulundurulmuştur. Gönüllü olan hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Kuruma ve araştırmaya katılan hemşirelere, araştırmadan elde edilen sonuçlar hakkında bilgi verilmiştir.

BULGULAR

1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmadan elde edilen bulgular incelendiği zaman, hemşirelerin yaş ortalaması 31.03 ± 6.27 olarak bulunmuştur (Tablo1).

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	Sayı (N)	Yüzde (%)
<u>Yaş Grubu</u>		
20-26	148	29.7
27-33	168	33.7
34-40	147	29.6
41-47	35	7.0
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	281	56.4
Bekar	167	33.5
Dul	20	4.1
Hiç evlenmemiş	30	6.0
<u>Eğitim Durumu</u>		
Lise	78	15.7
Ön lisans mezunu	140	28.1
Lisans mezunu	247	49.6
Yüksek lisans mezunu	33	6.6
<u>Çalışma Yılı</u>		
1-5 yıl	154	30.9
6-10 yıl	132	26.5
11-15 yıl	105	21.1
16-20 yıl	68	13.7
21 ve üzeri	39	7.8
TOPLAM	498	100.0

Hemşirelerin %56.4'ü evli ve %49.6'sı lisans mezunudur. Araştırmadan elde edilen bulgulara bakıldığında hemşirelerin eğitim düzeyinin yüksek olması oldukça sevindiricidir Hemşirelerin çalışma yılı ortalaması 9.82 ± 6.27 olarak saptanmıştır. (Tablo 1).

2. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Görüşleri

Yapılan araştırmada, hemşirelerin %78.5'i hemşirelik uygulamalarının kanıta dayandırılmasını ve %75.9'u bu kanıtların araştırmalar olması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmamızda, hemşirelerin %80.7'si kanıta dayalı uygulamaların yararlı olduğunu söylemiştir. Kanıta dayalı uygulamaların yararları sorulduğu zaman, hemşirelerin %47.2'si "bilgi birikimi sağladığını", %49'u "hemşirelik uygulamalarını kolaylaştırdığını", %50.2'si "bakımda standardizasyonu sağladığını", %39.2'si "hastaların iyileşmesini hızlandırdığını" belirtmişlerdir (Tablo 2).

Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayandırılmasını düşünen hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları sıklık puan ortalaması yüksektir ($p<0.01$) ve uygulamaların kanıta dayandırılması gerektiğine inananlarında bilgi kaynakları sıklık puan ortalaması oldukça yüksektir ($p<0.01$). Ayrıca, hemşirelik uygulamalarının araştırmalara dayandırılması gerektiğini düşünen hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları sıklık puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 2).

Table 2. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamalara İlişkin Görüşleri (n=498)

	N		Toplam Puan		
			Ortalama ± SD	t	p
<u>Fazladan uygulamalar kanıta</u>					
<u>Dayandırılmalı mı?</u>					
Evet	391	78.5	70.849 ± 10.90	-138.970	0.000
Hayır	107	21.5	66.859 ± 10.71		
<u>Uygulamalar Araştırmaya</u>					
<u>Dayandırılmalı mı?</u>					
Evet	378	75.9	70.672 ± 11.20	-139.088	0.000
Hayır	120	24.1	67.850 ± 9.97		
<u>Kanıta Dayalı Uygulamaların</u>					
<u>Yararları var mıdır?</u>					
Evet	402	80.7	70.835 ± 11.27	-139.013	0.000
Hayır	96	19.3	66.458 ± 8.81		
<u>Kanıta Dayalı Uygulamaların</u>					
<u>Yararları nelerdir?</u>					
Bilgi birikimi sağlar	235	47.2			
Hemşirelik uygulamalarını kolaylaştırır	244	49.0			
Bakımda standardizasyonu sağlar	250	50.2			
Hastaların iyileşmesini hızlandırır	195	39.2			

3- Hemşirelerin Uygulamalarında Kullandıkları Bilgi Kaynakları

Hemşirelik uygulamalarında kullanılan bilgi kaynaklarının sıklığını belirlemeye yönelik formda madde puan ortalamalarının en küçük değeri 1, en büyük değeri ise 5'tir. Yapılan çalışmada ise en küçük değer 2.8, en büyük değer 3.4 olarak bulunmuştur. Elde edilen madde puan ortalaması ise 3.18 ± 0.48 'dir (n=498) (Tablo3)

Tablo 3. Bilgi Kaynaklarının Madde Puan Ortalamaları

Uygulamalarda Kullandığım Bilgiler Şu Kaynaklara Dayanmaktadır.	Madde Puan Ortalaması (\bar{x})	Standart Sapma (SD)
Hemşire arkadaşlarımın benimle paylaştığı bilgilere.....	3.455	0.916
Yıllardır bana faydalı olan şeylere.....	3.439	1.017
Uygulamalarımı her zaman yapma şeklime.....	3.417	1.056
Hizmet içi eğitim programlarına.....	3.413	1.029
Hemşirelik okulunda öğrendiğim bilgilere.....	3.389	1.091
Ders kitaplarındaki bilgilere.....	3.381	1.053
Her hasta hakkında öğrendiğim bilgilere.....	3.321	1.019
Çalıştığım birime özgü düzenlenen kurslara.....	3.285	1.074
Zaman içinde hastalardan elde ettiğim kişisel hemşirelik deneyimlerime.....	3.283	0.985
Servis içi/ konferanslara devam ederek elde ettiğim bilgilere.....	3.263	0.937
Hemşirelik kongre ve sempozyumlarından elde ettiğim bilgilere.....	3.200	1.053
Doktorların hastalara yazdıkları yeni terapilere ve tedavilere.....	3.188	1.097
Tıp kongre ve sempozyumlarının hemşirelik sekiyonlarına.....	3.140	1.108
Doktorlarla yaptığım tartışmalara.....	3.086	1.058
Tıbbi dergilerde yayınlanan yazılara.....	3.060	1.086
Hemşirelik araştırma dergilerinde yayınlanan yazılara.....	3.054	1.089
Politika ve prosedür el kitaplarından elde ettiğim bilgilere.....	3.030	1.025
Hemşirelik dergilerinde yayınlanan yazılara.....	3.018	1.105
Özel dal hemşire derneklerinin faaliyetlerine	2.931	1.087
THD yayın ve faaliyetlerine.....	2.909	1.095
Hastaya "doğru" gibi görünen sezgilerime.....	2.867	0.990
Medyadan (örneğin; popüler dergilerden, televizyondan, internette v.s.) elde ettiğim bilgilere.....	2.851	1.060

Hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları incelendiğinde; ilk üç sırayı araştırmaya dayanmayan kanıtların oluşturduğu görülmektedir (Hemşire arkadaşlarımın benimle paylaştığı bilgiler, Yıllardır bana faydalı olan şeyler, Uygularımı her zaman yapma şeklime.....). Yapılan çalışmada, araştırmaya dayalı kanıt kaynaklarının

ise dördüncü, beşinci, altıncı, sekizinci ve 10. sırada yer aldığı saptanmıştır (Hizmet içi eğitim programlarına, Hemşirelik okulunda öğrendiğim bilgilere, Ders kitaplarındaki bilgilere.....) (Tablo3).

4.Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Uygulamalarında Kullandıkları Bilgi Kaynakları Arasındaki İlişki

Hemşirelerin yaş grupları ile uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları sıklık puan ortalaması arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları sıklık puan ortalaması arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (post hoc tukey) lisans üstü eğitim alan hemşirelerin, uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları sıklık puan ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Hemşirelerin medeni durumu ile uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları sıklık puan ortalaması arasında yapılan tek yönlü varyans analizinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca hemşirelerin çalışma yılı ile sıklık puan ortalaması arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Uygulamalarında Kullandıkları Bilgi Kaynakları Sıklık Puan Ortalamasını Etkileme Durumu

Hemşirelerin Uygulamalarında Kullandıkları Bilgi Kaynakları Sıklık Puan Ortalaması				
Sosyodemografik Özellikler	N	(Ortalama±SD)	F	P
Yaş Grubu				
20-26	148	70.209±13.31		
27-33	168	69.250± 9.19	1.527	0.207
34-40	147	71.299± 9.43		
41-47	35	67.142± 13.34		
Eğitim Durumu				
Lise	78	68.269 ± 12.51		
Ön lisans mezunu	140	69.250 ± 10.42	2.341	0.044*
Lisans mezunu	280	70.842 ± 10.74		
Medeni Durumu				
Evli	281	69. 459 ± 11.13		
Bekar	167	71.413 ± 11.40	2.358	0.071
Dul	20	68. 350 ± 6.56		
Boşanmış	30	68.166 ± 8.64		
Çalışma Yılı				
1-5 yıl	154	70.266± 12.75		
6-10yıl	132	69.560 ± 10.16		
11-15yıl	105	70.323 ± 9.92	0.884	0.474
16-20 yıl	68	71.176 ± 9.70		
21 ve üzeri	39	67.410 ± 10.85		

TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde, hemşirelerin %78.5'i uygulamaların kanıta dayandırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Literatür incelendiğinde hemşirelerin, uygulamaların kanıta dayandırılmasını istediği, ancak bazı engeller nedeniyle bunun söz konusu olmadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin %75.9'u uygulamalarının araştırmaya dayandırılması gerektiğini ifade etmiştir. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerin çoğu uygulamalarının araştırmaya dayandırılmasını istemektedirler (Eroğlu ve ark. 1993, Bahar 1993, Platin 2001). Türkiye'de yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerin araştırmaların önemine inandıkları saptanmıştır (Khorshid 1996, Enç ve Yıldız 1998).

Hunt (1996) ise, hemşirelerin araştırma sonuçlarını öğrenmediklerini, anlamadıklarını, inanmadıklarını ve bu sonuçların nasıl kullanılacağını bilmemelerinden dolayı hemşirelikte araştırma sonuçlarından yararlanmadıklarını ileri sürmektedir (Hunt 1996).

Hemşirelerin % 80.7'si kanıta dayalı uygulamaların yararlı olduğunu belirtmiştir. Literatüre bakıldığı zaman, hemşirelik uygulamalarının kanıta dayandırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olmasının, bizim çalışmamıza benzer şekilde bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini arttırmak gibi bazı yararlarının olduğu belirtilmiştir (CNA Position Statement 1998, Goode ve Piedalve 1999, Saba ve Hovenga 2000, Caramonica ve ark. 2002, Maljanian ve ark. 2002)

Bu çalışmada hemşirelerin, uygulamaların kanıta dayandırılmasını, ayrıca bu kanıtların araştırmalar olması gerektiğini bilmelerine rağmen, uygulamada kullandıkları bilgi kaynaklarının araştırmaya dayanmayan kanıtlar olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları incelendiğinde; ilk üç sırayı araştırmaya dayanmayan kanıtların oluşturduğu görülmektedir (Tablo 2). Literatürlere bakıldığı zaman, 1990'larda hemşirelikte uygulamaların çoğunun deneyim, gelenek, sezgi ve test edilmemiş kuramlara dayandığı görülmektedir (Burrows 1995). Ne yazık ki, 2000'li yıllarda ülkemiz hemşireliğinde de hala bir çok uygulama bir kurama dayandırılmaksızın, deneyim, sağ duyu ve sezgi ile yönlendirilmektedir (Platin 2001). Estabrooks'un (1999) yaptığı çalışmada da; hemşirelere sıklıkla hangi bilgi kaynaklarını kullandıkları sorulduğunda en sık kullanılan bilgi kaynaklarının deneyimler, hemşirelik okulu,

çalışma yerindeki kaynaklar, doktorlarla yapılan konuşmalar ve sezgilerin olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin kullandıkları bilgi kaynaklarının büyük bir yüzdesi bizim ülkemizde olduğu gibi bilimsel değildir. Araştırmaya dayanmayan kanıtlar kullanılmaktadır (deneyim, tartışma gibi).

Yapılan çalışmada, araştırmaya dayalı kanıt kaynaklarının ise dördüncü, beşinci, altıncı, sekizinci ve 10. sırada yer aldığı saptanmıştır. Hizmet içi eğitim programları dördüncü sırada yer almaktadır. Bunun nedeni son yıllarda gerek ulusal gerekse uluslar arası düzeyde yapılan hizmet içi eğitim programlarına daha fazla ağırlık verilmesi olabilir. Bunun yanısıra, basılan ders kitaplarının sayısının azlığı, Türkiye’de hemşirelik araştırmalarının en fazla 20 yıllık bir geçmişe sahip olması, hemşirelerin kongre ve sempozyumlara sınırlı sayıda katılmaları, hemşirelerin dergileri okuyacak zamanının olmaması, hemşireler arasında internet kullanımının çok yaygın olmaması araştırmaya dayalı kanıt kaynaklarının daha ileri sıralarda yer almasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşireler arasında internet kullanım oranı %18.7’dir. Estabrooks’un çalışmasında ise, araştırmaya dayalı kanıt kaynaklarının (ister ders kitabı isterse dergi olsun) sıklık sıralamasında ilk beş kaynak kapsamında kaldığı görülmektedir. Kanıta dayalı bilgi kaynakları olarak kitaplarda kullanılmaktadır. Ayrıca, medyadan elde ettikleri bilgileri de kullandıkları saptanmıştır (Estabrooks 1998). Bizim çalışmamızda ise, medyadan elde edilen bilgi kaynaklarının son sıralarda oldukça düşük bir oranda kullanıldığı belirlenmiştir.

Literatür incelendiğinde, hemşirelerin, yaşları ilerledikçe araştırmaya dayanan bilgi kaynaklarını daha az, deneyimlerini ve sezgilerini daha çok kullandıkları görülmektedir. Fakat bu çalışmada yaş ile kullanılan bilgi kaynakları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonucun ileri yaştaki hemşire sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, bilgi kaynakları araştırmaya dayanmıyorsa; bu bilgi kaynaklarının kurslarla ya da kısa süreli eğitimlerle yenilenmesi, hemşirelere eleştirel düşünme becerilerinin kazandırılması, kişilerin teknolojik gelişmelerden haberdar edilmesi gerekmektedir (Estabrooks 1998, Soukup 2000, Zeitz ve Mccutcheon 2003, Tierney & Taylor, 1991).

Bu çalışmada, lisans düzeyi hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları sıklık puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde de, eğitim durumu ile kullanılan bilgi kaynakları arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Estabrooks 1998, Caramonica ve ark. 2002, Maljanian ve ark. 2002)

Bu sonuçlara bakıldığında; hemşirelik araştırmalarının amacı, hemşirelik uygulamalarına temel oluşturacak bilgi birikimini geliştirmek olmalıdır. Türkiye’de mesleki uygulamaların ve bilgi birikiminin gelişmesi ancak kaliteli bilimsel araştırmalarla gerçekleşebilecektir. Araştırmalar bu nedenle araştırmaya değer, önemli, orijinal ve ilginç konulara odaklanmalıdır (Eroğlu ve ark. 1993, Bahar 1993, Platin2001).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşireler uygulamalarının kanıta dayandırılmasını (%78.5), ayrıca bu kanıtların araştırmalar olması gerektiğini bilmelerine (%75.9) rağmen uygulamada kullandıkları bilgi kaynaklarının daha çok araştırmaya dayanmayan kanıtlar (deneyimler, sezgiler, tartışmalar, gözlemler) olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %80.7’si kanıta dayalı uygulamaların yararlı olduğunu söylemişlerdir.

Hemşirelerin eğitim düzeyi yükseldikçe, uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynaklarının sıklık puan ortalaması artmaktadır ($p<0.05$). Uygulamaların kanıta dayandırılması gerektiğine inanan hemşirelerin uygulamalarında kullandıkları bilgi kaynakları sıklık puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.01$)

Hemşireler bireylerin/hastaların yaşam kalitelerini arttırmak isterler, fakat bunu nasıl yapacaklarını her zaman bilemezler. Oysa ki, kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile ihmallerin önüne geçmek ve hastaya zarar vermeden ona yardımcı olmak mümkündür. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, hemşirelerin uygulamalarında araştırmaya dayanan ve araştırmaya dayanmayan kanıtları kullandığı görülmektedir. Hemşireler en iyi kanıtın hangisi olduğuna henüz karar verememişlerdir. Bunun nedenleri arasında basılan ders kitaplarının sayısının azlığı, Türkiye’de hemşirelik araştırmalarının en fazla 20 yıllık bir geçmişe sahip olması, hemşirelerin kongre ve sempozyumlara sınırlı sayıda katılmaları, hemşirelerin dergileri okuyacak zamanının olmaması, hemşireler arasında internet kullanımının çok yaygın olmaması sayılabilir. Hemşirenin en önemli gereksinimi; bu karmaşıklığı çözümlyerek, mevcut en iyi kanıtı bulmaktır. Araştırmaya dayalı uygulamalar, kanıta dayalı uygulamaların bir parçasıdır. Hemşirelerin araştırma sonuçlarından yararlanması, hemşirelik uygulamaları açısından en büyük değişim olacaktır. Hemşirelik uygulamalarının araştırma sonuçlarına dayalı olması, mesleği profesyonel bir meslek olarak güçlü kılacak, hemşireliğin imajını değiştirecek ve kalitesini arttıracaktır.

Araştırmanın sonuçları göz önüne alındığında, aşağıdaki öneriler getirilebilir:

- Temel hemşirelik eğitiminin, hemşirelik uygulamalarında en yüksek bilgi kaynağı olarak kullanılması nedeniyle ders kitaplarının niceliği ve niteliği yükseltilmeli,
- Hasta bakımına yönelik hemşirelik süreçleri uygulamaya geçirilmeli,
- Daha fazla hemşirenin kongre ve sempozyumlara katılımı sağlanmalı,
- Kanıta dayalı uygulamaların yararları anlatılmalı,
- Hemşire ve akademisyenler uygulamaya dönük araştırmalar planlamalı,
- Hemşirelikte kalitatif ve kantitatif araştırmalar arttırılmalı,
- Yapılan araştırmalar hemşirelerin ulaşabileceği dergilerde yayınlanmalı,
- Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları için yönetim desteği sağlanmalı.
- Araştırmacılar kanıtlarını, hemşirelerin yararlanabilmeleri için, uygun bir dille yol göstererek yayınlamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Aksayan S, Bahar Z, Bayık A ve ark. (2002). Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. Erefe İ (ed.), Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, İstanbul.
2. Bahar Z (1993). Hemşirelikte araştırma sonuçlarının duyurulması ve yaşama geçirilmesi. III. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, İstanbul, 241-256.
3. Banzhoff ND (1999). Evidence based practice in primary care. Br Med J, 25: 3, 198.
4. Bilir N, Üner S(2001). Kanıta dayalı tıp koruyucu hekimlik alanında da kullanılabilir. Hacettepe Halk Sağlığı Bülteni, 22 :1, 1-2.
5. Burrows DE, Mcleish K (1995). A model for research based practice. J. Clin. Nurse, 4: 4, 243-247.
6. Caramonica L, Maljanian R, Mcdonald D. ve ark. (2002). Evidence based nursing practice part I. JONA, 32 :1, 27-30.
7. CNA Position Statement (1998). Evidence based decision making and nursing practice. Canadian Nurses Association, Canada,1-3.
8. Enç N, Yıldız S. (1998). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin araştırıcı potansiyellerini etkileyen faktörler. Uluslar arası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ankara, 190-194.
9. Enos GA. (2003). Evidence based practice: keep aiming at target. Manisses communication group,USA, 1-2.
10. Eroğlu K, Karaöz S, Vural G. (1993). Klinikte çalışan hemşirelerin hemşirelikte yapılan araştırmalara ilişkin görüşleri. III. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, İstanbul, 257-266.
11. Estabrooks CA. (1998). Will evidence based nursing practice make practice perfect? Can J Nurs Res, 30: 1, 15-36.

12. French P(2002). What is the evidence on evidence based nursing? An epistemological concern. J Adv Nurs, 37: 3, 250-263.
13. Goode CJ, Piedalve F (1999). Evidence based clinical practice. JONA, 29: 6, 15-21.
14. Hunt JM(1996). Guest editorial. J.Adv. Nurse, 23: 2, 423-425.
15. Kara M, Babadağ K(2003). Kanıta dayalı hemşirelik. A.Ü. H.Y.O. Dergisi, 6: 3, 96-104.
16. Khorshid L(1996). Hemşirelerin hemşirelik araştırmalarına ilişkin tutumlarının incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Sempozyum Kitabı, İstanbul.
17. Kocaman G(2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme (HEMAR-G) Dergisi, 5: 2, 61-69.
18. Maljanian R, Caramonica L, Taylor SK. ve ark (2002). Evidence based nursing practice part II. JONA, 32: 2, 85-90.
19. Morton PG(2003). Evidence based practice. American Association of Critical Care Nurses, 23-27.
20. Mulhall A(1998). Nursing, research and the evidence . Evidence Based Nursing, 1:1, 4-6.
21. Platin N(2001). Kanıta dayalı hemşirelik ülkemizde uygulanamaz neden? I. Uluslar arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya, 23-26.
22. Retsas A(2000). Barriers to using research evidence based in nursing practice. J Adv Nurs, 31: 3, 599-606.
23. Royle J, Blythe J, Ciliska D(1999). The organizational environment and evidence based nursing. The Practice Wide Nursing Project, 1-10.
24. Saba VK, Hovenga E (2000). Evidence based nursing practice. Language and Documentation, Central Queensland University, 1-7.
25. Sackett DL, Richardson WS, Gray JAM (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. Br Med J, 312: 4, 71-72.
26. -Soukup SM (2000). The center for advanced nursing practice evidence based practice model. Nurs Clin North A, 35:.2, 301-309.
27. Tierney AJ, Taylor J (1991). Research in practice: An experiment , in research practitioner collaboration. J Adv Nurs,16: 5, 506 -510.
28. Zeitz K, Mccutcheon H (2003). Evidence based practice: to be or not to be this is the question ! İnter. J Nurs Prac, 9: 5, 272.

HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANIMA DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI

DETERMINING NURSES' AND MIDEWIVES' LEVEL OF KNOWLEDGE ON SYMPTOMS AND RISK OF CHILD ABUSE AND NEGLECT

Arife Elzem ÇATIK Olcay ÇAM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bornova / İZMİR

Anahtar Sözcükler: çocuk istismarı ve ihmali, hemşirelik, ebelik.
Key Words: child abuse and neglect, nursing, midwifery

ÖZET

Bu çalışma hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıyabilme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Kasım 2004–Mart 2005 tarihleri arasında Aydın'ın Söke ilçesinde bulunan yedi sağlık kuruluşunda çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 192 hemşire ve ebeyle tanımlayıcı bir araştırma olarak yürütülmüştür.

Verileri toplamada Uysal (1998) tarafından geliştirilen “Sosyo–demografik Veri Formu” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanmasına Yönelik Ölçek Formu” kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin %42,7'si 28–37 yaş grubunda, %80,7'si evli, %81,8'i çocuk sahibi, %37,5'i açıköğretim ve önlisans mezunu, %39,6'sı 6–10 yıldır çalışmaktadır. %37'si 1–5 yıl süredir Halk Sağlığı alanında çalışmaktadır. Bilgi düzeyi belirlenmesinde %52,6'sının bu konuda eğitim almadığı, %63'ünün bu konuda seminer/konferansa katıldığı, %90,6'sının çocuk istismarını tanıyabildiği, %89,1'inin bu konuda daha fazla bilgilenme isteği olduğu görülmüştür. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalaması ($x = 167,0 \pm 16,51$) olarak bulunmuştur (maximum puan 335). Hemşire ve ebeler, genel ölçeği oluşturan alt ölçek gruplarından en yüksek puan ortalamasını ($x = 4,85 \pm 0,045$) istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçeğinden almıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenmeye ihtiyaçları olduğu, çocuk istismarı ve ihmalinin erken tanısını sağlamak için okuldaki eğitime, hizmet içi eğitim programlarına ve okul sağlığı hemşireliğine önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca hemşire ve ebelerin bu konunun önemini anlamaları sağlanmalıdır.

SUMMARY

This study has been in order to determine the nurses' and midwives' recognition of the child abuse and neglect and its possibility and risk levels.

The research was made on 192 nurses and midwives who had accepted to participate in this research in Aydın-Söke country between November 2004-March 2005.

In collecting the data "Socio-demographic Data Form" and "The Diagnosis Scale of The Risk And Symptoms of Child Abuse and Neglect" form which was developed by Uysal (1998) have been used.

42,7% of the nurses and midwives who participated the research are between 28-37 years old; 80,7% are married; 81,8% have child; 37,5% graduated from open University and 2 years of college graduate; 39,6% of them have been working 6-10 years; 37,0% have been working in public Health field. It was identified that 52,6% of them hadn't gotten any training in this field; 63% have been in seminars and conferences in this field, 90,6% could recognize child abuse; 89,1% of them have been willing to learn more in that field. Nurses' and midwives' average of the general scale knowledge score about child abuse and neglect, its symptoms and risk definition was found as $x= 167,0\pm 10,51$ (maximum score:335).nurses and midwives has gotten the highest score ($x= 4,85\pm 0,045$) from the low scales of the general scale in physical symptoms of the abused and neglected child.

According to the findings of the research, nurses and midwives need more knowledge on child abuse and neglect. In order to diagnose the early stage of child abuse and neglect they need on the job training programs and school health nursing should be given attention. More over, the importance of this subject should be thought to nurses and midwives.

GİRİŞ

Çocuk, bütün canlılar içinde en uzun bakım gerektiren bir varlıktır. Uzun süre korunması, desteklenmesi ve yönlendirilmesi gerekmektedir. Son on yıldan beri çocuk istismarı ve ihmali günlük gazetelerde ve haber bültenlerinde artarak yer almaktadır. Çocuklardan uygun olmayan beklentileri olan ya da empati yapamayan ebeveynlerin çocuklarını istismar etme ihtimali daha yüksektir. Bunların yanı sıra çocukluk döneminde, istismar öyküsü, işsizlik, tek ebeveynlik ve aşırı yaşam stresörleri ebeveynlerin çocuklarını istismar etmesine yol açar. Çocuk istismarı dünyadaki tüm toplumlarda ve her sosyo ekonomik düzeyde büyük bir sosyal problem olmaya devam etmektedir (Çoban 2004, Demirci 2000, Ennew 1998).

Çocuklara toplumların gelişme ve kalkınması için yarınlarda büyük görevler yüklenecektir. Toplumun çocukları koruyup güvence altına alması, geleceğini güven altına alması demektir. Çocuğun ilk ve

en önemli eğitim çevresi ailesidir. Anne babası uyumlu ilişkiler içinde olan, mutlu bir yuvada büyüyen çocuklar ileride mutlu bir yuva kurmaktadır. Çocuklar gerek doğum öncesi gerekse doğum sonrası yanlış bilgilendirme ve bakımdan sağlıklı bir gelecekle karşı karşıya kalabilirler. Çocukta güven duygusunun temelleri bebeklik dönemindeki beslenme, uyku ve temizlik ihtiyaçlarının belli bir düzen içerisinde karşılanmasıyla atılır (Çoban 2004, Taneli 2004, Yörükoğlu 1998).

Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerin büyük kısmında çocukların sağlığına, bakımına, eğitimine daha fazla önem verilmekte, çocuğun sağlığı ve gelişmesi açısından olumlu gelişmeler kaydedilmektedir. Tüm bu gelişmelere rağmen günümüzde hala dünyanın pek çok ülkesinde çocuğa kendi ebeveyni, yakınları ve toplumdaki çeşitli kurumlar tarafından kötü davranılmaktadır (Arıkan 2000, Zeytinoğlu 1989).

Toplumda çocuğa kötü davranma, ihmal etme bazı bireylerce kötü, iğrenç bir davranış olarak değerlendirilirken, bu durum çoğu kez inkar edilebilir veya görmezden gelinebilmektedir. Toplumsal hayatın en önemli sorunu şiddettir. Şiddete karşı duyarsızlaşmış toplum, bu tür sorunlara ilgi göstermemektedir. Şiddet gösterme yaşı çok düşmüştür (Uysal 1998, Yavuz 2000).

Bazı çocuklar yetişkinlerin cinsel saldırılarına hedef olurken; kimileri de küçük yaşta ağır, uygunsuz işlerde çalıştırılmakta ve büyük sorumluluklar üstlenmektedir. Çocuğun çalıştırılması, çocuk işgücünün istismarı, sokakta yaşayan ve sokakta çalışan çocukların sorunları günümüzde birçok toplumda karşılaşılan ve çözüm bekleyen sorunlardır. Türkiye’de de pek çok çocuk ve genç ya ailelerinin geçimine katkıda bulunmak ya da kendilerini geçindirmek amacıyla erken yaşta çalışmaya atılmakta ve türlü istismar ve ihmal biçimleriyle karşılaşmaktadır. Özürlü çocukların büyük bir çoğunluğuna ise gelişmelerini sürdürebilmeleri için gerekli olanaklar sağlanmamaktadır (Bozkurt 2004, Ennew 1998, Satır 2000, Uysal 1998, Zeytinoğlu 1989, Zeytinoğlu 1989).

Özellikle büyük kentlerde zamanlarının büyük bir bölümü sokakta çalışarak geçiren çocukların da giderek arttığı dikkat çekmektedir. Bu çocukların büyük bir bölümü ailelerine katkı sağlamak için sokakta çalışırken bir kısmı ise aile desteğinden bütünüyle uzak, başı boş dolaşan çocuklardan, evden kaçan ya da evden atılan çocuklardan oluşmaktadır. Bu son gruptaki çocuklar da sokakta çeşitli işler yapmakta ekmek parası kazanmak için türlü mücadeleler vermektedir (Türkoğlu 2000, Zeytinoğlu 1989, Zeytinoğlu 1989).

Hemşire gerek koruyucu, gerekse tedavi ve rehabilite edici alanda çocuk ve aile ile ilk karşılaşan meslek üyesi olma özelliği ile anahtar konumdadır. Bu durum özellikle hemşirelere büyük sorumluluklar

getirmektedir. Mesleki eğitimleri nedeniyle bu soruna eğilme ve toplumda bu çocukların erken tanısı ve tedavisinde rol oynamaya, istismar ve ihmal olgularını önlemeye çalışmalıdırlar. İstismarı önleme, sağaltıma kıyasla daha ekonomiktir. Bu tür toplumsal sorunların topluma maliyeti yüksektir ve bunlar önlenebilir sorunlardır Erken müdahale ederek çocukların evden kaçmaları, okulda sorun yaşamaları, suç işlemeleri, ilaç ve alkol bağımlısı olmaları ve fahişeliğe yol açabilen ciddi duygusal ve gelişimsel zorluklardan zarar görmeleri engellenmiş ve giderlerden tasarruf edilmiş olur (Çoban 2004, Demirci 2004, Özmen 1991).

Bu nedenle hemşire ve ebeler; özellikle ana çocuk sağlığı merkezlerinde, sağlık ocaklarında, aile planlaması doğum ve yenidoğan ünitelelerinde çalışanlar çok özel bir konumdadırlar, çocuk istismarında ailelerin risk grubunda olup olmadığının belirlenmesinde de önemli rolleri vardır. Çocuğun yaşantısının ilk bir iki yılında müdahale edilebilir ve tehlikeyi yok etmek için tarama teknikleri kullanılabilirse ciddi örselenmeler önlenebilir (Çoban 2004, Demirci 2004, Uysal 1998).

AMAÇ

Bu çalışma, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıyabilme düzeylerini, belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Ayrıca bu araştırmanın hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili olarak olguları ayırt etme, riskleri belirleme konusuna ilgi ve dikkat çekmesi beklenmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak düzenlenmiş bir araştırmadır. Araştırma Aydın İlinin Söke ilçesinde bulunan 1, 2 ve 3 Nolu Sağlık Ocakları, 1 ve 2 Nolu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde, Söke Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi ve Söke Devlet Hastanesi'nde çalışan 141 hemşire ve 108 ebe ile izin alınarak yürütülmüştür. Evrenin tümü çalışma kapsamına alındığı için herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmemiştir. 249 hemşire ve ebeden 57 tanesi izinli olduğu veya araştırmaya katılmak istemediği için araştırma 192 hemşire ve ebe ile yürütülmüştür.

Araştırmanın verileri anket yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama da Uysal (1998) tarafından geliştirilen "Sosyo-demografik Veri Formu" ve

“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerini Saptamaya Yönelik Ölçek Formu” kullanılmıştır. Sosyo-demografik veri formu 16 sorudan “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerini Saptamaya Yönelik Ölçek Formu” 67 sorudan oluşmaktadır ve yıldızlı soruların doğru yanıtı negatiftir. Verilerin değerlendirilmesinde, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, iki yönlü varyans analizi ve varyans analizleri kullanılmıştır. Bu ölçeğin geçerliliği Uysal(1998) tarafından yapılmıştır. Değerlendirilmesi yine Uysal(1998) tarafından geliştirilen puanlama formuna göre yapılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin % 42,7’si 28-37 yaş arasındadır. Bu bulgulara göre hemşire ve ebelerin genç yaş grubunda oldukları söylenebilir. Yaş ortalaması $32,04 \pm 6,01$ ’dir.

Hemşire ve ebelerin medeni durumu incelendiğinde; % 80,7’si evli, % 18,8’i bekaardır,

% 26,8’i 1 çocuk sahibi, % 46,8’i 2 çocuk sahibi, % 1,3’ü ise 4 çocuk ve daha fazla çocuk sahibidir. Hemşire ve ebelerin % 22,9’unun çocuklarına anne, kayınvalide, yakın akraba bakarken, % 28’inin çocuğuna bakıcı ve komşu, % 35’inin çocuğuna da kreş ve yuvada bakılmaktadır.

Hemşire ve ebelerin eğitim durumlarına bakıldığında; % 23,4’ünün hemşirelik yüksek okulu, % 37,5’inin açık öğretim, ön lisans, % 32,3’ünün sağlık meslek lisesi, % 5,2’sinin de sağlık okulu mezunu olduğu görülmektedir. Uysal(1998) ve Demirci (2004) tarafından hemşire ve ebelerle yürütülen çalışmalarda hemşire ve ebelerin çoğunluğu açık öğretim ve ön lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

Hemşire ve ebelerin % 39,6’sının 6-10 yıl süre ile hemşirelik yaptığı görülmektedir. Halk sağlığı alanında çalışma yıllarına bakıldığında, hemşire ve ebelerin % 37’si 1-5 yıl grubunda yer almaktadır. Hemşirelerin 1-5 yıl gibi kısa süre halk sağlığı alanında çalışmasına genelde ilk mesleki deneyimlerinin tedavi edici kurumlarda olması daha sonra birinci basamak hizmetlere geçmesi ebe ve hemşirelerin bilgi düzeyinin düşük olmasına neden olarak gösterilmiştir. Oysa Demircinin 2004 yılında hemşire ve ebelerle ilgili yaptığı çalışmada, hemşire ve ebelerin %83,1’inin sağlık ocağında çalışmakta olduğu görülmüştür.

Hemşire ve ebelerin mezun oldukları okul, çalışma yılları, medeni durumları ve çocuk sahibi olup olmamalarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımalarını etkilemediği görülmüştür.

Arıkan(2000) ve Uysal(1998) tarafından yapılan çalışmalarda, araştırmaya paralel sonuçlar elde edilmiştir. Hemşire ve ebelerin % 52,6'sı çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almamıştır. % 47,4'ü çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almıştır. Hemşire ve ebelerin % 63'ü çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili seminer/konferansa katılmıştır, % 37,0'ı çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili seminer/konferansa katılmamıştır. Hemşire ve ebelerin % 67,2'si meslek yaşantıları boyunca çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmadığını belirtirken, böyle bir vakayla karşılaşanların % 62'si yapılan davranışın yanlışlığını aileye anlatarak aileye eğitim verme, % 18'i hiçbir şey yapmama gibi pasif davranış içinde bulunurken, hemşire ve ebelerin % 13,7'si ise karşılaştığı vakayı adli vaka olarak bildirmiştir. Arıkan 2000 yılında yaptığı çalışmada hemşire ve ebelerin çoğunluğunun çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşınca polise bildirdiklerini ifade ettiklerini saptamıştır.

Hemşire ve ebelere çocuk istismarı ve ihmali tanılayabilme konusundaki görüşleri sorulduğunda % 90,6'sı çocuk istismarı ve ihmali tanılayabileceğini belirtmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin % 7,8'i kendisinin çocuk istismarı ve ihmali tanılama konusunda çok yeterli olduğunu, % 14,2'si yeterlisiz ve % 2,6'sı hiç yeterli olmadığını belirtilmiştir. Yertürk'ün (1995) hemşire ve ebelerle yaptığı çalışmada baktığımızda araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin %43,75'inin bu konuyla ilgili hiçbir bilgisinin olmadığını saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşire ve ebelere çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyup duymadıkları sorulduğunda; % 89,1'i gereksinim duyduğunu, % 10,9'u gereksinim duymadığını belirtmiştir. Arıkan (2000) yaptığı çalışmada tam tersi bulunmuştur, hemşire ve ebelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığı halde sadece %10,3 gibi çok küçük bir bölümü bu konuda eğitime gereksinim duyduğunu belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımaya ilişkin soru formuna verdikleri yanıtlar Tablo 1'de görülmekte olup, istismar ve ihmalin çocukta fiziksel belirtiler alt ölçek maddeleri incelendiğinde, "Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz ve parmak bası izleri fiziksel istismar belirtileridir" maddesini, hemşire ve ebelerin % 98,4 gibi büyük bir çoğunluğu doğru yanıtlamıştır ve bilgi puan ortalamasının yüksek ($x = 4,85 \pm 0,45$) olması hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin fiziksel belirtilerini tanıdığını gösterir. Benzer şekilde, aynı ölçekle, Bozkurt ve Çam'ın (2004) öğretmenlerle yaptığı çalışmada öğretmenlerin fiziksel istismarı tanımlayabildiği saptanmıştır. "Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile

oluşabilir” maddesini hemşire ve ebelerin % 69,2’si yanlış yanıtlamıştır ve ortalaması düşüktür ($x = 2,12 \pm 1,17$). Bu ifadede yanlış yanıtlama oranının yüksekliği hemşire ve ebelerin bu konudaki bilgi düzeylerinin eksikliğini ifade eder. “Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir” maddesini hemşire ve ebelerin % 10,4’ü yanlış, % 78,2’si doğru yanıtlamış ve bu maddenin puan ortalaması $3,94 \pm 1,07$ olarak saptanmıştır. “Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir” maddesini, hemşirelerin %20,8’i yanlış, %65,1’i doğru olarak yanıtlamış ve puan ortalaması $3,67 \pm 1,32$ olarak saptanmıştır. Bu bilgi hemşire ve ebelerin doğruyu bilme oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Arıkan’ın 2000 yılında yaptığı çalışmada hemşire ebelerin cinsel istismarı tanımlayamadığı ifade edilmiştir.

İhmal belirtilerini içeren soruları hemşire ve ebelerin çoğunluğu doğru yanıtlamış olup, “aşılardan yapılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir” maddesini %75,5’i doğru yanıtlanmış ve bu maddenin puan ortalamasının da yüksek bir değer olarak bulunması sevindiricidir ($x = 4,08 \pm 1,12$). Diğer taraftan “çocukta büyüme, gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir” maddesini, hemşire ve ebelerin % 72,9’unun doğru yanıtlaması ve bilgi puan ortalamasının $3,86 \pm 1,25$ gibi yüksek bir değer olması olumlu bir durumdur. Bozkurt ve Çam (2004) tarafından yapılan çalışmada, çalışmamıza benzer olarak öğretmenlerin ihmali tanımlayabildiği görülmüştür. İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden “istismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara ve travmalara karşı aşırı tepkilidir” maddesini hemşire ve ebelerin % 14,6’sı yanlış, %75,5’i doğru yanıtlamıştır. Diğer taraftan, % 57,8’i “istismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez” maddesini hemşire ve ebelerin %33,9’u doğru yanıtlamıştır, %57,8’i ise yanlış yanıtlamıştır. Hemşire ve ebelerin yarısından fazlası istismarla başarının etkilenmeyeceği şeklinde yanlış bir görüşe sahiptir. Hemşire ve ebelerin % 75,4’ü “istismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler” maddesini, % 83,9’unun “istismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır” maddesini doğru olarak yanıtlaması ve puan ortalamalarının da oldukça yüksek olması ($x = 3,98 \pm 1,06$, $x = 4,15 \pm 0,84$) ebe ve hemşirelerin çocuktaki davranışsal belirtilerden istismar ve ihmali belirleyebileceğini göstermektedir. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınması konusundaki zorluklara karşı bu değerlerin çıkması olumlu bir sonuçtur.

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek maddelerinden “ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir” maddesini hemşire ve ebelerin % 81,8 gibi

büyük bir kısmı doğru yanıtlarken ($x=4,13 \pm 1,04$), hemşire ve ebelerin % 16,3'ü "annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler" maddesini yanlış yanıtladığı ($x=3,94 \pm 1,31$) görülmüştür. "Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler, çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar" maddesini hemşire ve ebelerin % 15,1'lik kısmının yanlış, % 72,9'unun doğru yanıtladığı görülmüştür ($x=2,07 \pm 1,14$). Bozkurt ve Çam'ın 2004 yılında öğretmenlerle yaptığı çalışmada öğretmenlerin istismara yatkın ebeveyn özellikleri ile ilgili soruları doğru yanıtladığı görülmüştür. İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden "bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır" maddesini hemşire ve ebelerin % 68,2'sinin doğru yanıtladığı görülürken ($x = 2,25 \pm 1,28$), % 84,2'sinin "Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez" maddesini yanlış yanıtladığı görülmüştür. ($x = 4,08 \pm 0,99$) Hemşire ve ebelerin % 18,7'sinin "Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur" maddesini yanlış, % 67,2'sinin doğru yanıtladığı görülmüştür ($x = 2,23 \pm 1,27$).

Çocuk istismarı ve ihmaline yol açan ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden "anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar" maddesini hemşire ve ebelerin % 80,2 gibi büyük bir kısmının doğru yanıtlaması olumlu bir sonuçtur ($x = 4,12 \pm 1,05$).

Hemşire ve ebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeyleri arasında ilişki olup olmadığı araştırıldığında aşağıdaki bilgiler elde edilmiştir.

Hemşire ve ebelerin medeni durumları ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamadaki bilgi puan ortalamalarına göre fark olup olmadığını test etmek için yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t= 2,29, p>0,05$).

Hemşire ve ebelerin, mezun oldukları okula göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamadaki bilgi puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını saptamak için yapılan varyans analizinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F= 0,70, p>0,05$). Benzer şekilde, Uysal'ın hemşire ve ebelerle ilgili yürüttüğü çalışmada, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini bilme düzeyleri ile mezun oldukları okul arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Grubun eğitim düzeyleri arasında belirgin farklılaşma olmadığı ve çoğunluğunun ön lisans ve Sağlık Meslek Lisesi mezunu olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Tablo 1. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLERİ	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		Bilgi puan ortalaması	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	X	Ss
	1. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	168	87,5	21	10,9	1	0,5	2	1,0	-	-	4,85
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	83	43,2	103	53,6	4	2,1	1	0,5	1	0,5	4,39	0,61
3. Fiziksel istismar tanısında ekomizların değişik renklerde olması önem taşımaz.	17	8,9	7	3,6	14	7,3	38	19,8	116	60,4	1,81	1,26
4. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	61	31,8	89	46,4	22	11,5	9	4,7	11	5,7	3,94	1,07
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	5	2,6	13	6,8	9	4,7	80	41,7	85	44,3	1,82	0,98
6. Fiziksel istismarda; kollarında, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izlerine rastlanır.	74	38,5	88	45,8	13	6,8	12	6,3	5	2,6	4,11	0,96
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmelidir.	97	50,5	54	21,8	14	7,3	20	10,4	7	3,6	4,11	1,15
8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşur.*	9	4,7	20	10,4	30	15,6	59	30,7	74	38,5	2,12	1,17
9. Tek bir kırık yanısıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir	88	45,8	65	33,9	11	5,7	16	8,3	12	6,3	4,05	1,19

10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.*	5	2,6	12	6,3	13	6,8	62	32,3	100	52,1	1,75	1,01
11. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri altında hematolar sıklıkla görülür.	157	81,8	25	13,0	6	3,1	3	1,6	1	0,5	4,74	0,64
12. İntrakranial (kafa – içi) ve intraorüler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez*	23	12,0	9	4,7	13	6,8	72	37,5	75	39,1	2,13	1,31
13. Genital bölge, ağız, kol ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	107	55,7	64	33,3	7	3,6	8	4,2	6	3,1	4,34	0,96
15. Özellikle 10–15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	98	51,0	66	34,4	16	8,3	9	4,7	3	1,6	4,29	0,92
16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz*	27	14,1	20	10,4	26	13,5	64	33,3	55	28,6	2,48	1,37
17. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir.	64	33,3	61	31,8	27	4,1	19	9,9	21	10,9	3,67	1,32
18. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	95	49,5	58	30,2	20	10,4	14	7,3	5	2,6	4,17	1,05
19. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	88	45,8	64	33,3	16	8,3	20	10,4	4	2,1	4,10	1,07
20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	90	47,1	61	31,9	17	8,9	15	7,9	8	4,2	4,10	1,12
İHMAL BELİRTİLERİ												
21. Çocukta büyüme–gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	76	39,6	64	33,3	15	7,8	24	12,5	13	6,8	3,86	1,25
22. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	77	40,1	62	32,3	14	7,3	32	16,7	7	3,6	3,89	1,21

23. Aşuların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmâl belirtisidir.	93	48,4	52	27,1	23	12,0	18	9,4	6	3,1	4,08	1,12
24. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmâl edildiğini düşündürmelidir.	84	43,8	68	35,4	18	9,4	15	7,8	7	3,6	4,08	1,08
25. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmâldir.	67	34,9	71	37,0	16	8,3	31	16,1	7	3,6	3,83	1,18
26. Çocukluğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmâldir.	87	45,8	66	34,7	13	6,8	20	10,5	4	2,1	4,12	1,06
27. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmâl işaretleri değildir.*	18	9,4	23	12,0	19	9,9	66	34,6	65	34,0	2,28	1,30
İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLERİ												
14. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	22	11,5	19	9,9	12	6,3	79	41,1	60	31,3	2,29	1,31
28. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıları yüksektir.*	36	18,8	18	9,4	23	12,0	58	30,2	57	29,7	2,57	1,47
29. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	79	41,1	49	25,5	30	15,6	21	10,9	13	6,8	3,83	1,26
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez*	42	21,9	23	12,0	16	8,3	52	27,1	59	30,7	2,67	1,55
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	100	52,1	61	31,8	12	6,3	17	8,9	2	1,0	4,25	0,99
32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler*	5	2,6	23	12,0	19	9,9	54	28,1	91	47,4	1,94	1,14
33. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	143	74,5	27	14,1	6	3,1	8	4,2	8	4,2	4,51	1,03

34. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar*	27	14,1	3	1,6	16	8,3	89	46,4	57	259,7	2,24	1,29
35. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	119	62,0	61	33,3	0,5	2,6	4	2,1	-	-	4,55	0,65
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	74	38,5	92	47,39	4	5,7	14	7,3	1	0,5	4,17	0,87
37. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	81	42,2	70	36,5	22	11,5	16	8,3	3	1,6	4,05	1,00
38. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	71	37,0	90	46,9	20	10,4	10	5,2	1	0,5	4,15	0,84
39. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	65	33,9	74	38,5	24	12,5	23	12,0	6	3,1	3,88	1,10
40. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	72	37,7	72	37,7	22	11,5	21	11,0	4	2,1	3,98	1,06
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir	97	50,5	68	35,4	15	7,8	11	5,7	1	0,5	4,30	0,88
42. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.*	7	3,6	22	11,5	23	12,0	66	34,4	74	38,5	2,07	1,14
43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	56	29,2	67	34,9	30	15,6	29	15,1	10	5,2	3,68	1,19
44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	77	40,1	62	32,3	23	12,0	25	13,0	5	2,6	3,54	1,13
45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	60	31,3	72	37,5	24	12,5	31	16,1	5	2,6	3,79	1,13

46. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmalinde önemi yoktur.*	26	13,5	24	12,5	26	13,5	51	26,6	65	33,9	2,45	1,14
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	75	39,1	70	36,5	17	1,9	27	14,1	3	1,6	3,97	1,05
48. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	87	45,3	70	36,5	9	4,7	24	12,5	2	1,0	4,13	1,04
49. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.*	26	13,5	21	10,9	34	17,2	53	27,6	58	30,2	2,50	1,38
50. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmale ederler.	70	36,5	71	37,0	20	10,4	19	9,9	12	6,3	3,88	1,19
55. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler.	86	45,0	59	30,9	15	7,9	11	5,8	20	10,5	3,94	1,31
60. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür	69	35,9	73	38,0	19	9,9	23	12,0	8	4,2	3,90	1,14
66. Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	64	3,33	73	38,0	28	14,6	19	9,9	8	4,2	3,86	1,11
41. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.*	169	8,3	23	12,0	22	11,5	69	32,8	68	35,4	2,25	1,28
51. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	79	41,1	61	31,8	18	9,4	24	12,5	10	5,2	3,91	1,21
52. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.*	15	7,8	21	10,9	27	14,1	59	30,7	70	36,5	2,23	1,27
53. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir.	140	72,9	19	9,9	11	5,7	8	4,2	14	7,3	4,37	1,22
54. Fiziksel veya mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.*	82	42,7	81	42,2	8	4,2	11	5,7	10	5,2	4,11	1,08

56. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez*	70	36,6	91	47,6	12	6,3	11	5,8	7	3,7	4,08	0,99
ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNDE AİLESEL ÖZELLİKLER												
57. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür	93	48,7	72	37,7	12	6,3	11	5,8	3	1,6	4,26	0,93
58. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkidir.	67	34,9	82	42,7	20	10,4	21	10,9	2	1,0	3,99	0,99
59. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.*	29	15,1	19	9,9	20	10,4	56	29,2	68	35,4	2,40	1,44
61. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.*	22	11,5	21	11,0	23	12,0	51	26,7	74	38,7	2,30	1,68
62. Ebeveynlerinden birini olmaması çocuk istismar ve ihmali için bir risktir.	82	42,7	65	33,9	18	9,4	22	11,5	5	2,6	4,03	1,10
63. Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.*	30	15,6	14	7,3	18	9,4	59	30,7	71	37,0	2,34	1,43
64. Anne baba arasındaki şiddet, çocukları istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	87	45,3	67	34,9	17	8,39	16	8,3	5	2,6	4,12	1,05
65. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	83	43,2	63	32,8	20	10,4	24	12,5	2	1,0	4,05	1,06

* Doğru yanıtı negatif sorulardır.

Hemşire ve ebelerin, meslekteki çalışma yıllarına göre, çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanımlamadaki bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşire ve ebe grubunda bilgi puan ortalaması, 6-10 yıl ve 11 yıl üstündeki gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak, bu fark yapılan varyans analizinde e istatistiksel olarak anlamlılık vermemiştir ($F=0,72$, $p>0,05$). Uysal'ın (1998) yürüttüğü çalışmada da hemşire ve ebelerin çalışma yılları ile istismar ve ihmal nedenlerini bilme düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Benzer şekilde hemşire ve ebelerin halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0,82$, $p>0,05$).

Hemşire ve ebelerin okul öğrenimleri sırasında, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almalarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamadaki bilgi puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı araştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,03$, $p>0,05$).

Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda seminer /konferansa katılma durumlarına göre, bilgi puan ortalamalarının farklılaşp farklılaşmadığı incelendiğinde, istatistiksel analizde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1,81$, $p>0,05$). Bu durumda seminer/konferansların bu konudaki bilgiyi yeterince arttırmadığı düşünülebilir. Bu nedenle daha etkili veya sayıca fazla seminer/konferans yapılması yararlı olabilir.

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış olma durumlarına göre, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamadaki bilgi puan ortalamalarının değişip değişmediği incelendiğinde, çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan grupla karşılaşmayan gruplar arasında bilgi puanları istatistiksel anlamlılık düzeyinde değişmediği saptanmıştır ($t=0,87$, $p>0,05$).

Elde edilen sonuçlar, Arıkan (2000) ve Yertürk'ün (1995) hemşire ve ebelerle, Bozkurt'un (2004) öğretmenlerle yaptığı araştırmalarla uygunluk içindedir. Sosyodemografik özellikleri, mezun oldukları okullar, çalışma yılları, yaş grupları, medeni durumları ve çocuk sahibi olup olmamalarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımlama konusunda etkisi olmadığı görülmüştür (Arıkan 2000, Bozkurt 2004, Yertürk 1995).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlama düzeylerinin belirlendiği bu araştırmaya göre,

hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlama genel ölçek bilgi puan ortalaması, $167 \pm 16,51$ olarak bulunmuştur (maximum puan 335). Genel ölçeği oluşturan alt ölçek gruplarından hemşire ve ebeler en yüksek puan ortalamasını ($x=4,85 \pm 0,045$) istismar ve ihmalinin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçeğinden almıştır.

Hemşire ve ebelerde, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamadaki bilgi puan ortalamalarını etkileyebilecek bağımsız değişkenler incelendiğinde; hemşire ve ebelerin bilgi puan ortalamalarını, yaş grubu, medeni durum, mezun olunan okul, sahip olunan çocuk sayısı, meslekteki ve halk sağlığı alanındaki çalışma yılları, okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumları, bu konuda seminer/konferansa katılma durumları, istismar veya ihmal vakasıyla karşılaşp karşılaşmamasının etkilemediği saptanmıştır.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre şunlar önerilebilir:

- Hemşire ve ebelere mesleksi eğitim aldıkları dönemde konuyla ilgili yeterli ve ayrıntılı bilgi verilmesi, istismar ve ihmale yatkın ailelerin saptanmasına yönelik çeşitli toplumsal etmenler, ebeveyn ve çocuk özel-likleri gözden geçirilerek riskli durumlar konusunda bilinçlendirilmesi,
- Hizmet içi eğitim programlarında çocuk istismar ve ihmali konusuna yer verilerek hemşire ve ebelerin eski bilgilerinin tazelenmesi ve konu ile ilgili son gelişmelerden haberdar edilmesi, seminer ve konferans sayısının artırılması,
- Hemşire ve ebelere çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarında, hemşire olarak ve yasal olarak neler yapmaları gerektiği ve çocuk hakları konusunda bilgilendirilmesi,
- Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için doktor, hemşire ve sosyal hizmet uzmanından oluşan ekipler oluşturulması,
- Okul sağlığı hemşireliği konusuna daha fazla önem verilmesi ve okul hemşireliği yapan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri konularında bilgilendirilmesi ve öğretmenle işbirliğinin sağlanması,
- Konuyla ilgili olan kurumlar arasında gerekli koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması.

KAYNAKLAR

1. Arıkan, D, Yaman, S, Çelebioğlu, A, "Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Hemşirelerin Bilgileri" Atatürk Üniversitesi, Cilt: 3, Sayı: 2, 2000, 29 - 35.
2. Bozkurt, G, Çam, O. "İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanıma Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi" 2004, 14. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 21-24 Nisan 2004, Bursa, Bildiri Kitabı 55-56
3. Çoban, B, Özden, N, Özgen, G, "Çocukta Cinsel İstismar ve Hemşirenin Rolü" III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Öncü Basımevi, Edirne, 2004, 56 - 57.
4. Demirci, N, "Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi Düzeylerinin Saptanması" III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Öncü Basımevi, Edirne, 2004, 81 - 82.
5. Demirci, Ü, Işık, N, "Anne Babalar Tarafından Çocuklara Uygulanan Fiziksel İstismar ve İhmalin İncelenmesi", Çocuk Forum Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 4 2000, 23 - 28.
6. Ennew, J, "Sokak Çocukları ve Çalışan Çocuklar." I.Basım, Pelin Ofset Ankara, 1998, 5 - 41.
7. Özmen, F, "Türkiye'de Anne ve Çocukların Durumu Analizi," Seri: 2, Yeniçağ Matbaası Ankara, 1991, 3 - 45.
8. Satır, N, "Engelli Çocuğa Yönelik İstismar ve İhmal," Çocuk Form Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 1, İstanbul, 2000, 56 - 60.
9. Taneli, N, Taneli, B, "Bir Çocuk Yetiştiriyor," Emre Basımevi, İzmir, 2004, 5 - 20.
10. Türkoğlu, E, Kuğu, N, Akyüz, G, Doğan, O, "Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımının Araştırılması," Cumhuriyet Üniversitesi Tıp fakültesi Dergisi, Cilt: 22, Sayı: 3, 2000, 144 - 148.
11. Uysal, A, "Çocuk İstismar ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımlamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması," Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998, 1 - 38.
12. Uysal, A, "Çocuk İstismar ve İhmalinde Önemli Bir Etmen Olarak Aile." Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 3, 1998, 301 - 315.
13. Yavuz, R, Tarhan, N, Kocabaşoğlu, N, "Biyolojik, Psikolojik, Sosyolojik Açıdan Şiddet." Yüce Yayın, İstanbul, 2000, 27 - 82.
14. Yertürk, M, "Çocuk İstismar ve İhmali Konusunda Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi." Mezuniyet Tezi, İzmir, 1995, 1 - 26.
15. Yörükoğlu, A, "Çocuk Ruh Sağlığı." 23. Basım, Özgür Yayınları, İstanbul, 1998,
16. Zeytinoğlu, S, "Çalışan Çocuklar ve Sokak Çocukları." Türkiye'de Çocuğun Durumu 1990'ların Çocuk Politikası Kongresi, Ankara, 1989, 1 - 121.
17. Zeytinoğlu, S, "Türkiye'de Çocuğun Durumu 1990'ların Çocuk Politikası Kongresi." Ankara, 1989, 241 - 252.

İNSÜLİNE BAĞIMLI DİYABETLİ HASTALARDA ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF SELF-CARE AGENCY IN PATIENTS WITH INSULIN-DEPENDENT DIABETES

Safiye ÖZKAN Zehra DURNA

İ.Ü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İSTANBUL

Anahtar Sözcükler: Öz-bakım gücü, Diabetes Mellitus, İnsülin
Key Words: Self-Care Agency, Diabetes Mellitus, Insulin

ÖZET

Diyabet hastasının öz-bakımını yapabilmesi için sağlığı hakkında bilgiye, motivasyona, güç ve yeteneğe ihtiyacı vardır. Hemşire, eğitim ve danışmanlık yaparak hastasının bilgi eksikliğini, öz-bakımını uygulama yetersizliğini ve motivasyon eksikliğini giderebilir ve kendi bakımını üstlenmesine yardımcı olabilir. Bu çalışma, insülin kullanan diyabet hastalarının öz-bakımı güçlerini belirlemek için tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Örneklem grubunu Mayıs-Kasım 2003 tarihlerinde bir üniversite hastanesinin endokrin ve metabolizma servisinde yatan 102 hasta oluşturmuştur.

Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden alınan en yüksek puan 140'dır. Çalışmada diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamasının 83,90±11,39 olduğu ve en az öz-bakım gücü puanının 36, en çok öz-bakım gücü puanının ise 106 olduğu bulunmuştur. Araştırmada diyabet hastalarından 41-50 yaş grubunun (89.5±8.08), lise mezunlarının (87.8±7.75), memur olarak çalışanların (91.5±7.78), Bağ-kur'a bağlı olanların (86.3±7.30), tanı süresi 0-5 yıl arasında olanların (89.7±9.87), daha önce hipoglisemi geçirenlerin (86.8±7.44), diyabet eğitimi alanların (86.2±8.93), insülin pompası kullananların (88.4±6.14), kendi kendine kan şekeri takibi yapanların (86.0±8.14) ve metabolik kontrol değeri iyi olanların (85.9±14.1) öz-bakım gücü puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

SUMMARY

There is need to ability and force, motivation, knowledge about him health for self care compliance of diabetes patient. Nurse may be help to remove that knowledge lacking and self care practice insufficienting and motivation lacking of her ill with education and counseling. This study was went as cross-sectional and descriptive to evaluate self-care agency of insulin-dependent diabetes patients. The subjects of the research were composed of patients 102 who treated in

endocrin and metabolysma clinics of an university hospital between May-November 2003.

It is 140 score maximum point of the Exercise of Self Care Agency Scale. In this study, the mean of self care agency point is determined to be 83,90±11,39 and was found to be 36 minimum point, 106 maximum point. In this study, self-care agency point (89.5±8.08) was found to be high among age group 41-50, high school graduates (87.8±7.75), those who are worked as official (91.5±7.78), those who are dependent on Bag-Kur (86.3±7.30), those who are among 0-5 years (89.7±9.87), those who lived hypoglisemia at first (86.8±7.44), those who received diabetes education at first (86.2±8.93), those who used insulin pump (88.4±6.14), those who follow-upped blood glucose self to self (86.0±8.14) and those who were well metabolic control value (85.9±14.1).

GİRİŞ ve AMAÇ

Bireyler sağlıkları bozulduğunda kişisel bakımlarını yerine getirme becerileri yetersiz kalabilir. Öz-bakım zamanla gelişen, etkileşim, iletişim ve kültür yolu ile öğrenilen bir davranıştır. Bireyin yaşamı, sağlığı ve iyiliğini sürdürmek için sağlık etkinliklerini yerine getirmesi ya da gerçekleştirilmesi *öz-bakım* olarak tanımlanırken bu etkinlikleri gerçekleştirme yeteneği *öz-bakım gücü* olarak tanımlanmaktadır. Bireyler sağlıkla ilgili etkinliklerde üzerine düşenleri gerçekleştiremediklerinde öz-bakım eksikliği ortaya çıkarak istenen öz-bakım davranışı geliştirilemez ve böylece birey sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmede yetersizlik yaşar. Chan ve Molassiotis (1999), öz-bakımla ilgili bütüncül yaklaşıma göre hastalığın yönetiminde itaat etmek yerine bağlılığı savunmuş ve bununla ilgili olarak işbirlikçi diyabet yönetiminden söz etmiştir (Chan ve Molassiotis 1999). Diyabet hastasının öz-bakımı için bireyin uygun medikal tedavi, beslenme ve günlük egzersiz programına uyması gerekir (Assesment and management of patients with diabetes mellitus 2000).

Öz-bakım birçok faktörün etkisiyle değişmekle birlikte, bireyler hayatlarının bazı dönemlerinde öz-bakımlarını yerine getirememekte; yenidoğan, çocuk, adölesan, yaşlı, hasta ve sakat insanlar öz-bakımlarında tamamen ya da kısmen yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Hasta ya da sakat insanların eğitime, rehberliğe, kısmen ya da tamamen yardıma gereksinimleri vardır. Bunun yerine getirilmesinde hemşireye daha fazla iş düşmektedir (Kara 2001a).

Toljamo ve Hentinen'e göre diyabet gibi kronik bir hastalıkta bireyin yaşamı iki boyutta ele alınmalıdır: 1) hastalığın yaşam üzerine etkisi; 2) yaşananların sorun haline gelip gelmemesi. Bu iki boyutun birleşmesiyle şu varsayımları ifade etmişlerdir: 1) kronik hastalık yaşamı üzerinde hemen hemen hiç etkili değildir, 2) kronik hastalık yaşamı

daha da zorlaştırır, 3) kronik hastalık bireyin yaşamını engeller ve 4) kronik hastalık bireyin yaşamını baskılar (Toljamo ve Hentinen 1999). Bu varsayımlardan birincisi kronik hastalıkların öz-bakımında temel amaç gibi düşünülse de her zaman gerçek ve ulaşılabilir bir hedef olmamıştır. Diyabet yaşam boyu süren bir hastalık olup bu hastalığın yönetimi için metabolik kontrolün sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ya da azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir. Bu hedefe ulaşmada diyabetli bireyin yaşamını düzenlemede yeterli ve istekli olma durumu önemlilik taşımaktadır. Diyabetli bireylerde temel davranışta değişim, karmaşık rejimlere uyum ve sözü edilen hedeflerin başarılması beklenir. Çünkü diyabet kişinin hayatını her durumda etkileyebilir. Diyabetli hastanın her günü birbirinden farklı olduğu için bireyin düzenli olarak ilaçlarını, beslenmesini ve aktivitesini planlaması ve uygulaması gerekir.

Diyabette öz-bakım çok önemlidir ve genellikle hasta ve ailesinin sorumluluğundadır. Diyabetli bireylerin öz-bakıma uyması, komplikasyonları (retinopati, nefropati, nöropati ve kardiyovasküler hastalıklar) önlemesi, iyi bir yaşam kalitesi ve subjektif iyilik halini sürdürmesi gerekir. Aktif öz-bakım kendi kendine kan şekeri izlemi, beslenmeye uyum, düzenli egzersiz ve bunlara göre insülin dozunu ayarlayabilmektir. Öz-bakım gücü bireyin öz-bakımla ilgilenmesindeki sınırlamalarına ve yeteneklerine göre tanımlanır. İnsülin kullanımına bağlı diyabet yönetiminin karmaşıklığı nedeniyle bu hastalar daha fazla öz-bakım gücü desteği duyarlar. Onları desteklemek ve gereksinimlerini karşılamada hemşireye daha fazla iş düşmektedir (Zwanenburg et al.1994, Özcan 2001).

Bu çalışma insülin kullanan diyabet hastalarının öz-bakım gücü düzeyleri ile bu düzeyi etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi ve ortaya çıkan veriler doğrultusunda diyabet yönetiminde hasta ve ailesinin eğitiminde öneriler geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, bir üniversite hastanesinin endokrin ve metabolizma servisindeki diyabet hastalarının öz-bakım güçlerini ölçmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini bir üniversite hastanesinin endokrin ve metabolizma servisine yatan diyabet hastaları oluşturmuştur. Mayıs-Kasım 2003 tarihleri arasında tedavi gören, Türkçe konuşup anlayabilen ve kendi kendine insülin uygulayan 102 hastanın tamamı örnekleme alınmıştır.

Verilerin toplanması amacıyla sosyo-demografik özellikler, insülin tedavisi ve diyabetin komplikasyonlarını sorgulayan **Hasta Görüşme Formu** kullanılmıştır. Son üç aylık ortalama kan şekeri göstergesi olan

glikohemoglobin (HbA₁C) parametresi de görüşme sonunda kaydedilmiştir. Diyabetlilerin öz-bakım güçlerini değerlendirmede; Kearney ve Fleischer'in (1979) bireyin kendi-kendine bakım verme yeteneği ve öz-bakım güçlerini ölçmek için geliştirdikleri, Türkçe geçerlik-güvenirliliği 1993 yılında Nahcivan tarafından sağlıklı gençler üzerinde uygulanan **Öz-Bakım Gücü Ölçeği** (*The Exercise of Self Care Agency Scale*) kullanılmıştır. Türkçe ölçek 5'li likert tipi olup 35 maddeden oluşmuş ve her bir ifade 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Türkçeleştirilen ölçekte 8 ifade (3,6,9,13,19,22,26,31) negatif olarak değerlendirilir ve ters döndürülür, maksimum puan ise 140 olmaktadır. Ölçek 4 özellik üzerine temellendirilmiştir. Bunlar, durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır (Nahcivan 1993, Akduman ve ark.2004). Çalışma öncesi ölçeğin diyabet hastalarına uygunluğunu değerlendirmek için 10 diyabet hastası üzerinde yapılmış, ölçeğe geçerlik testi uygulanmış (Cronbach's alfa=0.8758) anlaşılmayan ifadeler yeniden düzenlenmiştir.

Çalışma öncesi kurumdan yazılı, hastalardan ise çalışmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Formlar yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmış soruların cevaplanması ortalama 20 dakika sürmüştür.

Çalışmada öz-bakım puanı bağımlı değişken, yaş, öğrenim durumu, meslek, sosyal güvence, tanı süresi, hipoglisemi, diyabet eğitimi alma, insülin tedavi planı, kendi kendine kan şekeri takibi ve glikohemoglobin değeri (HbA₁C) bağımsız değişken olarak kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 paket programı kullanılarak yaş gruplarına, öğrenim düzeylerine, mesleğine, sosyal güvencelerine, tanı süresine, insülin tedavi planına ve glikohemoglobin (HbA₁C) değerine göre öz-bakım gücü puanlarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), daha önce hipoglisemi geçirme, diyabet eğitimi alma ve kendi kendine kan şekeri takibi yapma durumlarına göre öz-bakım gücü puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız t-testi kullanılmıştır. Anlamlı çıkan değişkenlerin çoklu karşılaştırılmasında Tukey HSD kullanılmış, anlamlılık derecesi olarak 0.05 kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmada bir üniversite hastanesinin endokrin ve metabolizma servisinde yatan diyabetlilerin öz-bakım gücü puan düzeyleri incelenmiş; en az öz-bakım gücü olan diyabetlinin 36 puan, en çok öz-bakım gücü olan diyabetlinin ise 106 puan aldığı çalışmada diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamasının ise 83,90±11,39 olduğu bulunmuştur. Bulgular iki alt başlık halinde incelenmiştir.

I. Sosyo-Demografik Özellikler İle Öz-Bakım Gücünün Karşılaştırılması

Tablo 1. Yaş Gruplarına Göre Öz-bakım Gücü Puan Dağılımı (n=102)

Yaş grubu	n	%	\bar{x}	SD
20-30	36	35,3	86,3	8,65
31-40	6	5,9	88,3	4,58
41-50	18	17,6	89,5	8,08
51-60	20	19,6	79,8	5,89
61 ve üstü	22	21,6	77,0	17,2
Toplam	102	100	83,9	11,3

F=5,393 p=0,001

Tablo 1 incelendiğinde yaş gruplarına göre dağılımlarında en çok %35,3 ile 20-30 yaş arası diyabetlilerin bulunduğu; en fazla öz-bakım gücü puanının 89.5 ± 8.08 ile 41-50 yaş grubundakilerin aldığı bulunmuştur. Yaşlara göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F=5,393, p=0,001). Bu farklılığın 61 yaş ve üstü ile 41-50 yaş grubundan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 2. Öğrenim Düzeylerine Göre Öz-bakım Gücü Puan Dağılımı (n=102)

Öğrenim Düzeyi	n	%	\bar{x}	SD
İlkokul	50	49	80,4	12,72
Ortaokul	18	17,6	87,4	8,34
Lise	28	27,5	87,8	7,75
Üniversite	6	5,9	83,3	15,0
Toplam	102	100	83,9	11,3

F=3,444 p=0.020

Diyabetlilerin öğrenim düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 3), ilk sırayı % 49 ile ilkokul mezunu diyabetlilerin aldığı tespit edilmiştir. En çok öz-bakım gücü puanının 87.8 ± 7.7 ile lise mezunu grubun, en az öz-bakım gücü puanının 80.4 ± 12.7 ile ilkokul mezunu grubun aldığı bulunmuştur. Üniversite mezunu diyabetlilerin öz-bakım gücü puanı (83.3 ± 15.0) lise mezunu diyabetlilere göre daha düşük olup öğrenim düzeylerine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=3.444, p=0.020). Bu bulgunun eğitim düzeyi düşük olan diyabetlilerle yüksek olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. Meslek Gruplarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Dağılımı (N=102)

Meslek grubu	n	%	\bar{x}	SD
Ev hanımı	58	56,9	80,4	11,9
Memur	14	13,7	91,5	7,78
Serbest meslek	12	11,8	82,3	9,29
İşsiz	18	17,6	90,0	7,60
Toplam	102	100	83,9	11,39

F=6,582 p=0,000

Çalışmada meslek gruplarına göre dağılım incelendiğinde (Tablo 4), ilk sırayı %56,9 ile ev hanımı diyabetlilerin oluşturduğu bulunmuştur. En çok öz-bakım gücü puanının 91.5±7.7 ile memur olarak çalışanlar, en az öz-bakım gücü puanının 80.4±11.9 ile grubun çoğunluğunu oluşturan ev hanımı diyabetlilerin aldığı bulunmuştur. Meslek gruplarına göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=6,582, p=0,000). Bu farklılığın ev hanımı grubu ile memur grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4. Sosyal Güvence Durumlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Dağılımı (N=102)

Sosyal güvence	n	%	\bar{x}	SD
SSK	38	37,3	82,9	13,2
Bağ-Kur	12	11,8	86,3	7,30
Emekli sandığı	44	43,1	86,0	9,82
Yok	8	7,9	73,2	10,1
Toplam	102	100	83,9	11,39

F=3,309 p=0,023

Diyabetlilerin sosyal güvencelerine göre öz-bakım gücü puanları incelendiğinde ilk sırayı %43.1 ile emekli sandığı grubun oluşturduğu onu %37.3 ile SSK'lıların takip ettiği bulunmuştur. Öz-bakım gücü puanlarına bakıldığında en çok puanı 86.3±7.3 ile sosyal güvencesi Bağ-Kur olanların aldığı, en az puanı 73.2±10.1 ile sosyal güvencesi olmayanların aldığı bulunmuştur. Sosyal güvencelerine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=3,309, p=0,023). Bu bulgunun sosyal güvencesi SSK olanlar diyabetlilerle güvencesi olmayan diyabetlilerden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

II. Diyabete İlişkin Özellikler İle Öz-Bakım Gücünün Karşılaştırılması

Tablo 5 incelendiğinde tanı süresine göre dağılımlarında en çok % 25,5 ile (n=26) 0-5 yıl arasında bulunduğu; en fazla öz-bakım gücü puan ortalaması 89.7±9.8 ile yine bu grupta bulunan diyabetlilerin

aldığı bulunmuştur. Tanı süresine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F=5,586, p=0,000). Bu farklılığın tanı süresi 20 yıl ve üstü ile 0-5 yıl arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 5. Tanı süresine göre Öz-bakım Gücü Puan Dağılımı (n=102)

Tanı süresi	n	%	\bar{x}	SD
0-5 yıl	26	25,5	89,7	9,87
6-10 yıl	22	21,6	83,9	8,49
11-15 yıl	24	23,5	82,5	6,18
16-20 yıl	12	11,8	86,8	9,71
20 yıl +	18	17,6	75,0	16,7
Toplam	102	100	83,9	11,39

F=5,586 p=0,000

Tablo 6. Hipoglisemi Geçirme Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puan Dağılımı (N=102)

Daha önce hipoglisemi geçirdiniz mi?	n	%	\bar{x}	SD
-Geçirdim	46	45,1	86,8	7,44
-Geçirmedim	56	54,9	81,5	13,4
Toplam	102	100	83,9	11,39

t=2,40 p=0.01

Çalışmada daha önce hipoglisemi geçirme oranının %86,8 olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Hipoglisemi geçiren diyabetlilerin öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu (86.8±7.4), daha önce hipoglisemi geçiren ve geçirmeyenlerin öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (t=2,40, p=0.01).

Tablo 7. Eğitim Alma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Dağılımı (n=102)

Eğitim alma durumu	n	%	\bar{x}	SD
Aldım	28	27,5	86.2	8,93
Almadım	74	72,5	77.6	4,63
Toplam	102	100	83.9	11.39

t=3,609 p=0,000

Çalışmada eğitim almadım diyen diyabetlilerin %72.5 olduğu bulunmuştur (Tablo 7). Fakat diyabet eğitimi alanların öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu, her iki grubun öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (t=3,609, p=0,000).

Tablo 8. İnsülin Tedavi Planına Göre Öz-Bakım Puanlarının Dağılımı (n=102)

İnsülin tedavi planı	n	%	\bar{x}	SD
-Klasik insülin tedavisi	26	25,5	82,0	10,3
-Yoğun insülin tedavisi	62	60,8	83,6	12,5
-İnsülin pompası	14	13,7	88,4	6,14
Toplam	102	100	83.9	11.3

F=2,74 p=0,02

Araştırmada diyabetlilerin insülin tedavi planı dağılımları incelenildiğinde; en fazla (%60,8) yoğun insülin tedavisi kullandıkları, en az oranda (%13,7) ise insülin pompası kullandıkları bulunmuştur. Buna karşılık en yüksek öz-bakım gücü puanının 88.4±6.148 ile insülin pompası kullananların, en az öz-bakım gücü puanının ise 82.0±10.30 ile klasik insülin tedavisi kullananların aldığı bulunmuştur (Tablo 8). İnsülin tedavi planına göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=2,74, p=0,02). Bu farklılığın klasik insülin tedavisi kullananlarla, insülin pompası kullananlardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 9. Kendi Kendine Kan Şekeri Ölçümü Yapma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puan Dağılımı (n=102)

Kendi kendinize kan şekeri ölçümü yapar mısınız?	n	%	\bar{x}	SD
-Yapıyorum	74	72,5	86,0	8,14
-Hiç yapmadım	28	27,5	78,3	16,2
Toplam	102	100	83.9	11.39

t=3,15 p=0,002

Çalışmada grubun %72,5'inin kendi kendine kan şekeri takibi yaptığı, ve bu grubun öz-bakım gücü puanının (86.0±8.1) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Kendi kendine kan şekeri takibi yapma durumuna göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (t=3,15, p=0,002).

Tablo 10. Glikohemoglobin (HbA_{1C} %) Düzeyine Göre Öz-bakım Gücü Puan Dağılımı (N=102)

Glikohemoglobin (HbA_{1C} %)	n	%	\bar{x}	SD
<5 (iyi kontrol değerleri)	50	49,0	85,9	14,1
6.0-8.0 (sınırdaki kontrol değerleri)	34	33,3	83,8	8,84
8.0> (kötü kontrol değerleri)	18	17,6	81,5	4,87
Toplam	102	100	83.9	11.39

F=1,44 p=0,242

Çalışmada diyabetlilerin glikohemoglobin (HbA₁C) düzeyine bakıldığında %49'unun iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). En yüksek öz-bakım gücü puanının glikohemoglobin (HbA₁C) düzeyi iyi olanların aldığı (85.9±14.11), en az öz-bakım gücü puanının ise glikohemoglobin düzeyi kötü olanların aldığı saptanmıştır. Glikohemoglobin (HbA₁C) düzeyine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,44, p=0,242).

TARTIŞMA

Bu örnekleme öz-bakım gücü düzeyi Chan ve Molassiotis'in (1999) çalışmasına göre daha düşük bulunmuştur. Bireyin uygulamaya yönelik eylemde hedefi başarınca kadar çabasını devam ettirmesinde motivasyon, yetenek ve bilginin önemli rol oynadığı bilinmektedir (Kara 2001a). Örnekleminizin hastanede tedavi gören diyabetli hastalar olması nedeniyle öz-bakım gücü puanının düşüklüğü güç veya motivasyon eksikliğinden kaynaklanmış olabilir. Bu nedenle hastanede yatarak tedavi gören diyabetlilerin güçlendirme ve motivasyon işlevlerine daha fazla yer verilmeli ve sürekliliğinin sağlanması ve değerlendirmelerin yapılması gerekir.

Çalışmamızda bulgulara dayanarak öz-bakım gücünü etkileyen faktörler olarak sosyo-demografik özellikler değerlendirildiğinde; yaş, öğrenim düzeyi, meslek ve sosyal güvencenin diyabet hastalarında öz-bakım gücünü etkilediği belirlenmiştir.

Öz-bakım birçok faktörün etkisiyle değişmekle birlikte bireyler hayatlarının bazı dönemlerinde öz-bakımlarını yerine getirememekte; hasta ve sakat insanlar öz-bakımlarında tamamen ya da kısmen yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Hasta ve sakat insanların eğitime, rehberliğe, kısmen ya da tamamen yardıma gereksinimleri vardır. Genel olarak, bireyin yaşı ve sağlık durumu, gerçekleştirebileceği öz-bakımın düzeyini belirlemektedir (Kara 2001a). Örneklem grubumuzda 41-50 yaş grubunun öz-bakım gücü puanının daha yüksek (89.5±8.08) olduğu ve yaş gruplarına göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=5,393, p=0,001) (Tablo 1). Hepburn ve ark.'da diyabet başlangıç yaşının ileri olması ile öz-bakıma uyum arasında anlamlılık bulmuşlar, Toljamo ve Hentinen ise yaş ile öz-bakıma uyum arasında anlamlılık bulamamışlardır (Hepburn et all. 1994, Toljamo ve Hentinen 2001). Orta yaş grubunda tecrübeye dayanarak bilgiyi en iyi şekilde kullanma becerisi mevcuttur. Fakat yaş ilerledikçe algılama düzeyi ve öğrenme isteği azalacağından bireylerin öz-bakımlarını gerçekleştirebilmeleri için daha çok zaman ayrılması ve gerekirse yardım edilmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Diyabetli bireyin öz-bakımını istenilen düzeyde gerçekleştirebilmesinde, hemşire önemli bir role sahiptir. Hemşirenin bunu yaparken hastasının öğrenme ve değişiklik için hazır olduğunu anlayabilmesi gerekmektedir. Hemşirenin hastanın davranış değişikliği yapabilmesi için anlama düzeyi ve problem çözme yeteneğine göre başardığı her adıma yeni bir adım eklemesi gerekir (Kara 2001b). Bu noktadan hareketle öğrenim düzeyi ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkiyi incelediğimizde en çok öz-bakım gücü puanının 87.8 ± 7.7 ile lise mezunu grubun, en az öz-bakım gücü puanının 80.4 ± 12.7 ile ilkokul mezunu grubun aldığı bulunmuştur. Üniversite mezunu diyabetlilerin öz-bakım gücü puanı (83.3 ± 15.0) lise mezunu diyabetlilere göre daha düşük çıkmıştır. Gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($F=3.444$, $p=0.020$) (Tablo 2). Bu farklılığın eğitim düzeyi düşük olan diyabetlilerle yüksek olanlar arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Öğrenim düzeyinin öz-bakımın gerçekleştirilebilmesi için önemli olduğunu fakat eğitim düzeyinin yüksek olmasının öz-bakım gücünü etkilemediğini söyleyebiliriz. Özcan'ın çalışmasında da lise ve üniversite mezunlarına göre ilkokul mezunlarının pozitif diyabet tutumuna sahip olduğu bulunmuştur (Özcan 1999). Bu durumda öz-bakımın yerine getirilmesi konusunda eğitimin o kadar önemli olmadığını ve bunun yanında ileri araştırma gerektiren başka faktörlerin önemli olabileceğini söyleyebiliriz.

Bireyin sahip olduğu değerler, öz-bakımındaki öncelikleri belirlemektedir. Bazen bireyin öz-bakım değerleri ile diğer değerler arasında seçim yapması gerekebilir. Örneğin bir maden işçisi için ailesinin geçimini sağlamak, kendi sağlığından daha önemli olabilmektedir. Bu nedenle birey, çalıştığı sağlıksız ortamı önemsemeyerek ailesinin geçimini sağlamaya çalışır (Kara 2001a). Bu noktadan hareketle meslek grubu ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, memur olan diyabetlilerin öz-bakım gücü puanı (91.5 ± 7.7) en yüksek, ev hanımı grubunun ise (80.4 ± 11.9) en düşük olup grubumuzun yarısından fazlasını (%56,9) oluşturduğu bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($F=6,582$, $p=0,000$) (Tablo 3). Bu farklılığın ev hanımı grubu ile memur grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Memurlar diğer çalışanlara göre çalışma koşullarını diyabet için gerekli yaşam biçimine göre düzenleyebilirler. Ev hanımları ise çocuk bakımı, evle ilgili işler ve toplumdaki kadının yerinden dolayı hastalığın yönetimi ile ilgili bilgiye ulaşmalarındaki zorluk nedeniyle öz-bakımlarını gerçekleştirmede başarılı olmaları beklenemez fakat bu gruptaki diyabetliler için öz-bakımları konusunda eğitim ve rehberliğin artırılması ve yetenekleri doğrultusunda bunun yavaş yavaş geliştirilmesi gerektiğini ifade edebiliriz.

Psiko-sosyal, öz-yönetim ve bilgi\yetenek gereksiniminin karşılanması ile bireyin öz-bakımının istenen duruma gelmesi sağlanabilir. Ancak, bunların karşılanması sırasında bireyin sahip olduğu baş etme yetenekleri, ruhsal durumu ve çevresindeki mevcut olanaklar öz-bakımını etkilemektedir (Kara 2001b). Diyabetli bireyin öz-bakımlarını karşılaması, hastalığın kontrolünün sağlanması ve henüz mevcut olmayan komplikasyonların gelişimini önlemek açısından önem taşımaktadır (Sundem et all.1997). Çalışmamızda çevredeki mevcut olanaklar bazında sosyal güvenceye göre öz-bakım gücü puanlarına bakıldığında en çok puanı 86.3±7.3 ile Bağ-Kur'a bağlı olanların aldığı, en az puanı 73.2±10.1 ile sağlık güvencesi olmayanların aldığı bulunmuştur. Sosyal güvence ile öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir (F=3,309, p=0,023) (Tablo 4). Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan diyabetlilerin ücret ödeyerek düzenli olarak kontrollerine gelmesi zordur ve böyle bir durumda bireyin eğitim ve rehberlikten yeterince yararlanması beklenemez. Sağlık sistemimizin, sosyal güvencesi olanlara ücret ödeme konusunda çeşitli imkanlar sunarken sosyal güvencesi olmayan diyabetlilerin de eğitim, rehberlik ve gerektiğinde yardım alma konusundaki açığın kapatılması gerektiğini önerebiliriz.

Çalışmamızdaki bulgulara dayanarak öz-bakım gücünü etkileyen faktörler olarak diyabet ile ilgili özellikler değerlendirildiğinde; tanı süresi, daha önce hipoglisemi geçirme, diyabet eğitimi alma, kendi kendine kan şekeri takibi yapma ve insülin tedavi planının diyabet hastalarında öz-bakım gücünü etkileyen faktörler olduğu, glikohemoglobin (HbA_{1C}) değerinin ise öz-bakım gücü göstergesi olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda en fazla öz-bakım gücü puanının 0-5 yıl arasında olduğu ve bu grubun çoğunluğu (%25,5) oluşturduğu bulunmuştur. Tanı süresine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (F=5,586, p=0,000) (Tablo 5). Bu farklılığın tanı süresinin 20 yıl ve üstü ile 0-5 yıl arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Hepburn ve arkadaşları diyabette tanı süresinin komplikasyonların gelişimi açısından önemli olduğunu özellikle diyabet başlangıç yaşı eski olan gruptakilerin glisemi değerlerini daha iyi bulmuşlardır (Hepburn ve ark. 1994). Yeni bir durumla karşılaşan bireyler o değişikliğe uyum sağlamaya çalışırken hata yapma olasılıkları daha yüksektir. 0-5 yıllık diyabeti olanların öz-bakım gücü puanının yüksek olması beklenmeyen bir durum olmasına karşılık diğer gruplara baktığımızda aralarında çok yüksek bir farklılık görülmemektedir. Bunun başka faktörlerden (yaş, eğitim durumu ve cinsiyet gibi..) etkileyebileceği göz önüne alınarak daha ileri çalışmaların yapılması önerilebilir.

Çalışmamızda grubumuzun daha önce hipoglisemi geçirme oranının %86,8 olduğu, hipoglisemi geçiren diyabetlilerin öz-bakım gücü puanının daha yüksek olduğu (86.8 ± 7.4), iki grubun öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir ($t=2.40$, $p=0.01$) (Tablo 6). Literatürlerde hipoglisemi geçirenlerin öz-bakım güçlerini gösteren bilgiye rastlanmamıştır. Diyabet tedavisinde amaç kan glüköz seviyesini dengede tutmaktır. Kontrolsüz kan glüköz seviyeleri akut veya uzun süreli metabolik komplikasyonlara ve bazen ölüme neden olabilir. Bu komplikasyonların çoğu önlenabilir veya eğer problemler tanımlanır ve hemen tedavi edilirse azaltılabilir (Altuntaş 2001, Karşıdağ 2001, Olgun 2002b). Hipoglisemi yaşayan bireylerin aynı durumla tekrar karşılaşmamak için öz-bakımlarına daha çok uyum gösterdiklerini, fakat daha önce hipoglisemi yaşamayanların öz-bakımlarına aktif katılma konusunda bilgiye gereksinimleri olduğunu söyleyebiliriz.

Metinarıkan ve arkadaşları diyabet eğitim toplantısına katılan ve katılmayan gruplar arasında fark bulamamış her iki grubun eğitimden eşit düzeyde faydalandığını bulmuşlardır (Metinarıkan ve ark. 2002). Chan ve Molassiotis eğitilmiş hastaların davranış değişikliği puanı ortalamasını 67.7 ± 13.8 ile orta düzeyde bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da eğitim alanların öz-bakım gücü puanı daha yüksek ve her iki grubun eğitimden eşit şekilde yararlanmadığı görülmüştür ($t=3.609$, $p=0.000$) (Tablo 7). Bu durumda eğitim alan hastaların öz-bakımları konusunda davranış değişimi yapabildiklerini söyleyebiliriz ve eğitim almayanlarında en kısa sürede bu eksiklerinin kapatılması konusunda bilinçli bir yaklaşımın sağlanması gerektiğini söyleyebiliriz.

İnsülin tedavisinin yaşam kalitesini arttırıcı özelliği vazgeçilmez kullanım endikasyonlarından biridir. Yoğun insülin tedavisi ana öğünlerden önce uygulanan ve metabolizmanın yapısına göre yapılan insülin tedavisi olması nedeniyle tercih edilen bir yöntemdir. İnsülin pompası dışardan enjeksiyon yapmadan uygulanmak için aynı mantıkla geliştirilmiştir fakat enjeksiyon yöntemi gibi kullanımı çok yaygın değildir (Özcan 1999). DCCT (Diabetes Control and Complication Trial) çalışması yoğun insülin tedavisinin ekonomik bir yük getirir gibi görünmesine karşılık, uzun süreli komplikasyonların tedavisinde koruyucu olduğu sonucuna varmışlar ve harcanan ekonomik giderler dikkate alındığında diğer yöntemlere göre maliyet-etkin olduğu anlaşılmıştır (Özcan 2001). İnsülin pompası, kullanım açısından kolay fakat her bireyin kullanımı için özellikle çocuklar ve yaşlılarda uygun bir yöntem değildir. Çalışmamızda diyabetlilerin en fazla oranda (%60,8) yoğun insülin tedavisi kullandıkları, en az oranda (%13,7) ise insülin pompası kullandıkları buna karşılık en yüksek öz-bakım gücü puanının 88.4 ± 6.148 ile insülin

pompası kullananların, en az öz-bakım gücü puanının ise 82.0 ± 10.30 ile klasik insülin tedavisi kullananların aldığı saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($F=2,74$, $p=0,02$) (Tablo 8). Bu farklılığın klasik insülin tedavisi kullananlarla, insülin pompası kullananlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Literatürde, kullanılan insülin tedavi planına göre öz-bakım gücünü gösteren bulgulara rastlanmamıştır. İnsülin pompası, klasik enjeksiyon yöntemine göre öz-güveni arttırıcı bir yöntemdir. Yapılan çalışmalarda insülin pompası kullanabilen hastaların günlük yaşama daha kolay uyum sağladığı belirtilmiştir ve bu konudaki çalışmalar devam etmektedir (ADA 2001; Assesment and management....2000). Bu gruptakilerin öz-bakım gücü puanının yüksek olması beklenen bir durumdur. Klasik insülin tedavisi alanların daha fazla bilgi ve motivasyona gereksinimleri olduğunu bu yöntemin öz-bakım gücünü etkilemediğini açıklayabiliriz.

Diyabetin yönetiminde bireysel izlem anahtar bir yoldur. Kendi kendine glisemi izleminden en iyi şekilde yararlanabilmeleri için diyabetli bireyin sürekli eğitim ve motivasyonu sağlanmalıdır (Olgun 2002a). Nitekim Orem, bireyin öz-bakım ihtiyaçları, kendi öz-bakım yeteneklerini aştığı zaman hemşireliğin gerekli bir hizmet olduğunu ve hemşireliğin amacının bireyin bakım gereksinimleri ile kendi yetenekleri arasında dengenin kurulmasına yardım etme olarak belirtmiştir. Çalışma grubumuzun %72,5'inin kendi kendine kan şekeri takibi yaptığının bulunması ve öz-bakım gücü puanının (86.0 ± 8.1) diğer gruba göre daha yüksek olması (Tablo 9) iki grup arasında anlamlı bir fark bulunması ($t=3,15$, $p=0,002$) bunun doğru bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Özcan ve Erol'un çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Özcan 1999, Erol 2003).

Amerikan Diyabet Birliğinin insüline bağımlı diyabetin tedavisi için bildirdiği konsensus raporuna göre glikohemoglobin değerleri tablo 10'daki gibidir (American Diabetes Association (ADA) 2001). Çalışmada diyabetlilerin glikohemoglobin (HbA_{1C}) göstergesine bakıldığında %49'unun metabolik kontrol değerinin iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). En yüksek öz-bakım gücü puanının metabolik kontrol değeri iyi olanların aldığı (85.9 ± 14.11), en az öz-bakım gücü puanının ise metabolik kontrol değeri kötü olanların aldığı saptanmıştır. Glikohemoglobin (HbA_{1C}) değerine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,44$, $p=0,242$). Karter ve arkadaşları iyi bir metabolik kontrol ve iyi bir kan glikoz düzeyinin her zaman aktif öz-bakım göstergesi olmadığını metabolik kontrolün yaş, hastalık süresi ve başka hastalıklar gibi birçok faktörden etkilenebildiğini söylemişlerdir (Karter et all.2000) Çalışmamızda benzer sonuçların elde edilmesi yurt dışındaki çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada diyabet hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamasının 83,90±11,39 olduğu bulunmuştur. En az öz-bakım gücü olan diyabetlinin 36, en çok öz-bakım gücü olan diyabetlinin 106 puan aldığı bulunmuştur. Diyabet hastalarından 41-50 yaş grubunun, lise mezunlarının, memur olarak çalışanların, Bağ-kur'a bağlı olanların, tanı süresi 0-5 yıl arasında olanların, hipoglisemi geçirenlerin, diyabet eğitimi alanların, insülin pompası kullananların, kendi kendine kan şekeri takibi yapanların ve metabolik kontrol değeri iyi olanların öz-bakım gücü puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen veriler doğrultusunda;

- Diyabet hastalarında uzun süreli komplikasyonların önlenmesi için önemli olan öz-bakım gücü eğitiminin karmaşıklığı nedeniyle hastalarda bilgi, motivasyon ve güç kontrolünün sürekliliğinin sağlanması,
- Öz-bakım gücünü beklenen düzeye getirmek için literatürde belirtildiği gibi bütüncül yaklaşım dikkate alınarak her hastanın sosyo-demografik özellikleri ve hastalık özellikleri göz önüne alınarak eğitim programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Bu eğitim programlarının hastada davranış değişikliği yapıp yapmadığının sık aralıklarla kontrol edilmesi
- -Benzer araştırmaların değişik sosyoekonomik düzeydeki daha geniş gruplarda tekrarlanması ve öz-bakım gücünün düşük ya da yüksek olmasının nedenlerine yönelik ayrıntılı çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Altuntaş Y (2001). Diabetes mellitus'un tanımı, tanısı ve sınıflaması. Ed.M.Yenigün, Y. Altuntaş, Her Yönüyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul,51-62.
2. Akduman S, Bolşık B, Sönmez S (2004). Sağlıklı Ergenlerin Öz-Bakım Güçlerinin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu,7:1;17-21.
3. _____American Diabetes Association (ADA) (2001): Clinical Practice Recommendations, Hypoglycemia and employment/licensure. Diabetes Care; 24 (suppl.1):118-119.
4. _____Assesment and management of patients with diabetes mellitus (2000). Eds: SC Smeltzer, BG, Bare, Textbook of Medical Surgical Nursing, 9th ed.,Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia,:973-1025.
5. Chan YM, Molassiotis A (1999). The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong. Journal of Advanced Nursing, 30(2); 431-438.

6. Erol Ö (2003). İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Bireysel İzlem İle Diyabet Kontrolü ve Hipoglisemi Arasındaki İlişki, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul.
7. Hepburn DA, Langan SJ, Deary IJ, Macleod KM, Frier BM (1994). Psychological and demographic correlates of glycaemic control in adult patients with type 1 diabetes. *Diabet Med.*, 11(6): 578-82.
8. Kara B (2001a). Öz-Bakım Tanımı ve Kavramsal Yönü. *Sendrom*; 105-108.
9. Kara B (2001b). Tip 1 Diyabet ve Öz-Bakım. *Sendrom*; 99-101.
10. Karşıdağ K (2001). Hipoglisemi.Ed:M.Yenigün, Y. Altuntaş, Her Yönüyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 305-309.
11. Karter JA, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV (2000). Self-monitoring of blood glucose. *Diabetes Care*; 23 (4): 478-483.
12. Metinarıkan N, Çorapçıoğlu D, Erdoğan G (2002). Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Verilen Diyabet Eğitimi Öncesi ve Sonrası Beden Kitle İndeksi, Kan Glukozu, HbA1C ve Kan Lipid Seviyelerindeki Değişikliklerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4: 2; 39-48.
13. Nahcivan NÖ (1993). Sağlıklı gençlerde "Öz-Bakım Gücü" ve aile ortamının etkisi, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi; İstanbul.
14. Olgun N (2002a). Kendi kendine izleme. Ed.S.Erdoğan, Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş, İstanbul, 105-115.
15. Olgun N (2002b). Hipoglisemi ve Hiperglisemi. Ed. S.Erdoğan, Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş, İstanbul, 67-79.
16. Özcan Ş (1999). Diyabetli Hastalarda Hastalığa Uyumu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi; İstanbul.
17. Özcan Ş (2001). Diabetes mellituslu hastanın yönetimi ve hemşirelik. Ed: M.Yenigün, Y.Altuntaş. Her Yönüyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 969-996.
18. Sundem S, Mazze R, Simonson G, Bradley G, Castle G (1997). Psychosocial assesment guidelines for people with diabetes in the primary care setting. *Diabetologia*; 40 (Suppl.1, abstract) 2544.
19. Toljamo M, Hentinen M (2001). Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 34: 6; 780-786.
20. Zwanenburg AVB, Hoogma RPLM, Harztielenhuis G (1994). The role of the diabetes specialist nurse. *Diabetes Review International*. 3 (3): 13-14.

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN
ELEŞTİREL DÜŞÜNME DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

*THE INVESTIGATION OF THE LEVEL OF CRITICAL THINKING OF
STUDENTS IN EGE UNIVERSITY SCHOOL OF NURSING*

Ayten ZAYBAK Leyla KHORSHID

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bornova /İZMİR

Anahtar Sözcükler: eleştirel düşünme, hemşirelik öğrencileri, california eleştirel düşünme eğilimi ölçeği

Key Words: critical thinking, nursing students, california critical thinking disposition inventory

ÖZET

Bu çalışma, hemşirelik öğrenimi gören öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerini ve etkileyen etmenleri belirlemek amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 2003-2004 öğretim yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler (n=412) oluşturmuştur. Araştırma verileri sosyodemografik özellikleri içeren form ve "California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzdelik, varyans analizi, t-testi ve Pearson's korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyi diğer sınıflarda eğitim gören öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (p<0.05). Ayrıca sosyal etkinliklere katılan, kendine güvenen, azimli, sorgulayıcı ve yaratıcı birisi olduğunu ifade eden öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerinin diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05).

SUMMARY

This study has been conducted to establish the level of critical thinking and the factors affecting of the students who receive nursing education. The sample of the study comprised of the students who receive education in Ege University School of Nursing and accepted to participate in the study (n=412). The data of the study was collected by using the form including sociodemographic characteristics and California Critical Thinking Disposition Inventory (CCTDI) In analysis of data, percentage, variance analysis, t-test and Pearson's correlation analysis were used.

In conclusion, it was determined that the level of critical thinking of students who receive education in fourth classes were higher than the other classes ($p < 0.05$). Also it was found that the level of critical thinking of students who joined to social activities, had confidence in self, stated that they were determined, investigative, and creative were higher than the other students ($p < 0.05$).

GİRİŞ

Eleştirel düşünme; analiz, yorumlama, değerlendirme, sonuç çıkarma, açıklama ve kendi kendini kontrol etmeyi kapsayan bilişsel bir süreçtir (Yeh 2002). Amerikan Felsefe Birliği (APA)'nin tanımına göre; eleştirel düşünme yorum, analiz, değerlendirme ve çıkarsama ile sonuçlanan anlamlı ve kişisel olarak düzenlenmiş yargıdır. Bu tanımdaki eleştirel düşünme becerileri hemşireliğe uyarlandığında klinik karar vermenin karmaşık yapısı içinde çok kullanışlı olmaktadır (Potter ve Perry 1999)

Hemşire eğitimciler ve araştırmacılara göre eleştirel düşünme bir problem analiz yöntemidir. Hastanın yaşam kalitesini ve hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen mesleki karar verme, hemşirelerde farklı türlerde düşünme becerileri ve hemşirelik bilgilerinde belirli bir birikimi gerektirir. Mesleki karar verme süreci bilgilerin yorumlanması, problemlerin analizi, alternatiflerin tanımlanması, sonuçların çıkarılmasını ve bu sonuçların açıklanmasını içerir. Eleştirel düşünmenin amacı bireye eleştirel bir bakış açısı kazandırmaktır (Yeh 2002). Facione ve Facione'ye (1994) göre bütün başarılı mesleklerin eğitimi pratik deneyim, itina, disiplin ve eleştirel düşünme gerektirir.

Günümüzde profesyonel hemşireden eleştirel düşünceyi tüm rol ve işlemlerinde sergilemesi beklenmektedir (Taşocak 1996). Hemşireler profesyonel olarak karar verme sürecinde bilgi toplama, analiz etme ve sonuç çıkarma için meslek bilgisi ve eleştirel düşünme becerilerini kullanabilmelidirler. Hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin eleştirel düşünme gücünü geliştirmeleri hemşireliğin zihinsel-entellektüel gücünü de kullanan ve uygulamalarını kanıta dayalı olarak gerçekleştiren bir disiplin olması nedeniyle oldukça büyük bir öneme sahiptir. Öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerinin gelişmesi gelecekte klinik alanda verilecek olan hemşirelik bakımına yansıtacaktır.

Amaç: Bu çalışma, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerini ve etkileyen etmenleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Metod

Evren ve Örneklem: Araştırma Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2003-2004 öğretim yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrenciler (N:600) örneklemi ise, anket uygulamak için ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler (n=412) oluşturmuştur.

Veri toplama:

Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin sorulardan oluşan anket formu ve Kökdemir (2000) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan, "California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği" (The California Critical Thinking Disposition Inventory) (CCTDI) kullanılarak toplanmıştır. 51 maddeden oluşan California Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği 6'lı Likert tipinde olup "hiç katılmıyorum ifadesine 1", "katılmıyorum ifadesine 2" "kısmen katılmıyorum ifadesine 3", "kısmen katılıyorum ifadesine 4", "katılıyorum" ifadesine 5", "tamamen katılıyorum ifadesine 6" puan verilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça eleştirel düşünme eğilimi de artmaktadır. "California Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ölçeği"ne göre 240'ın altında puan alanlar düşük, 240-300 arasında puan alanların orta ve 300'ün üzerinde puan alanların yüksek eleştirel düşünme sahip oldukları kabul edilmektedir. Ölçeğin bu çalışmadaki güvenilirlik katsayısı $r = .80$ olarak bulunmuştur.

Verilerin analizi: Verilerin analizinde sayı, yüzdeler, varyans analizi, Pearson's korelasyon analizi ve t-testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ve "Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği" puan ortalamaları Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan öğrencilerin % 29.1'inin 1., % 28.6'sının 2., % 24.8'inin 3., %17.5'inin 4. sınıfta öğrenim görmektedir ve yaş ortalaması 21.77 ± 1.6 dir. Öğrencilerin en yüksek oranla %50.2'sinin annesinin ilkokul mezunu olduğu, %42.2'sinin babasının ilkokul mezunu olduğu, %73.5'inin ailesinin gelir düzeyinin gidere eşit olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin kitap okuma ve sosyal etkinliklere katılma durumları incelendiğinde, %42.5'inin sık sık, %43.7'sinin bazen kitap okuduğu, sosyal etkinliklere katılma oranlarının ise %42.5 olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada öğrencilere eleştirel düşünme gücünü etkilediği bildirilen insancıl olma, adil olma, sorumluluk üstlenme, yeni fikirlere

açık olma, kendine güvenme, azimli olma, araştırmacı olma, düşünmeye değer verme, sorgulayıcı olma, yaratıcılık, risk alma ve girişken olma durumları ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Bunun sonucunda öğrencilerin %95.1'i kendilerini insanlı, %91.0'i adil, %86.2'si sorumluluk üstlenen, %88.6'sı yeni fikirlere açık olan, %73.3'ü kendine güvenen, %65.5'i azimli, %35.9'u araştırmacı, %60.9'u sorgulayıcı, %50.0'i yaratıcı, %40.3'ü risk alan olarak tanımlamışlardır.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin "Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği" puan ortalaması 200.92 ± 19 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin sınıflara göre elde edilen puan ortalamaları incelendiğinde puan ortalamaları; 1. sınıflarda 200.36, 2. sınıflarda 198.61, 3. sınıflarda 199.78, 4. sınıflarda 207.29 olarak belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamalarının 1.2. ve 3. sınıf öğrencilerine göre daha yüksek olduğu saptanırken ($F=3.266$, $p<0.05$) 1.2. ve 3. sınıfların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin yaşları ile eleştirel düşünme düzeyi arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Pearson's korelasyon analizi sonucunda yaş ile eleştirel düşünme gücü arasında ilişki bulunmamıştır ($r = -.035$, $p>0.05$).

Tablo 1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Eleştirel Düşünme Gücü Puanlarının Dağılımı

Değişken	Gruplar	Sayı	%	X	sd	
Öğrenim gördüğü Sınıf	1. sınıf	120	29.1	200.36	18.74	$F=3.266$ $p=.021$
	2. sınıf	118	28.6	198.61	17.55	
	3. sınıf	102	24.8	199.78	20.22	
	4. sınıf	72	17.5	207.29	22.36	
Anne eğitimi	Okuryazar değil	76	18.4	202.61	18.95	$F=.948$ $p=.418$
	İlkokul	207	50.2	201.74	20.21	
	Ortaöğrenim	96	23.3	199.00	18.91	
	Yüksek okul	33	8.0	197.51	19.70	
Baba eğitimi	Okuryazar değil	26	6.3	205.84	18.98	$F=1.740$ $p=.158$
	İlkokul	174	42.2	202.43	20.31	
	Ortaöğrenim	117	28.6	199.72	19.72	
	Yüksek okul	92	22.5	197.94	18.56	
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden az	76	18.4	203.03	17.88	$F=.698$ $p=.498$
	Gelir gidere eşit	303	73.5	200.65	20.26	
	Gelir giderden çok	33	3.0	198.60	17.77	
Kitap okuma sıklığı	Sık sık	175	42.5	201.48	19.22	$F=.720$ $p=.487$
	Bazen	180	43.5	201.31	18.94	
	Hiç	57	13.8	198.03	22.97	
Sosyal etkinliklere katılma durumu	Katılan	175	42.5	203.13	19.59	$t=1.967$ $p=.050$
	Katılmayan	237	57.5	199.29	19.56	
Toplam		412	100.0	200.92	19.64	

Anne ve baba eğitimine göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; annesi okuryazar olmayan öğrencilerin puan ortalaması (202.61) diğer gruplara göre daha yüksek olarak bulunurken, babası okur yazar olmayan öğrencilerin de puan ortalamasının (205.84) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır Yapılan varyans analizinde hem anne eğitimi (F=.948, p=.418), hem de baba eğitimine (F=1.740, p=.158) göre elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gelir durumlarına göre eleştirel düşünme puan ortalaması en yüksek olan grubun gelir giderden az olanların (203.03) olduğu saptanmıştır. Yapılan analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (F=.698, p=.498).

Kitap okuma durumlarına göre elde edilen puan ortalamaları sık sık kitap okuyorum diyenlerde 201.48, bazen kitap okuyorum diyenlerde 201.31, hiç kitap okumuyorum diyenlerde 198.03 olarak belirlenmiş olup yapılan analizde gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir (F=.720, p=.487).

Eleştirel düşünme puan ortalamaları sosyal etkinliklere katılıyorum diyenlerde 203.13, katılmıyorum diyenlerde 199.29 olarak saptanırken yapılan analiz sonucunda iki ortalama arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (t=1.967 p=.050) (Tablo 1).

Tablo 2. Öğrencilerin kişisel özelliklerine göre eleştirel düşünme gücü puan ortalamaları

Kendini tanımlamada kullanılan ifadeler		Sayı	%	X	Analiz
Adil birisiyim	Evet	375	91.0	201.00	t =.240
	Hayır	37	9.0	200.18	p=.810
Sorumluluk üstlenirim	Evet	355	86.2	200.73	t = -.501
	Hayır	57	13.8	202.14	p=.684
Yeni fikirlere açığım	Evet	365	88.6	201.00	t = .218
	Hayır	47	11.4	200.34	p=.827
Kendime güvenirim	Evet	302	73.3	202.28	t= 2.338,
	Hayır	110	26.7	197.20	p=.020
Azimliyim	Evet	268	65.0	203.41	t = 3.551
	Hayır	144	35.0	196.30	p=.000
Araştırmacıyım	Evet	148	35.9	203.81	t = 2.245,
	Hayır	264	64.1	199.31	p=.025
Sorgulayıcıyım	Evet	251	60.9	203.98	t =4.012,
	Hayır	161	39.1	196.16	p=.000
Yaratıcıyım	Evet	206	50.0	204.08	t = 3.296,
	Hayır	206	50.0	197.77	p=.001
Risk alırım	Evet	166	40.3	201.19	t =.223,
	Hayır	246	59.7	200.75	p=.824

Öğrencilerin kişisel özelliklerine göre elde edilen puan ortalamaları arasında yapılan analizlerde kendine güvenme, azimli olma, sorgulayıcı olma ve yaratıcı olma gibi özelliklere göre elde edilen puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), insancıl olma, adil olma, sorumluluk üstlenme, yeni fikirlere açık olma, kendine güvenme, düşünmeye değer verme, risk alma ve girişken olma gibi özelliklere göre elde edilen puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 2)

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin “Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği” puan ortalaması 200.92 ± 19 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin sınıflara göre eleştirel düşünme puanları incelendiğinde puan ortalamaları; 1. sınıflarda 200.36 ± 18.74 , 2. sınıflarda 198.61 ± 17.55 , 3. sınıflarda 199.78 ± 20.22 , 4. sınıflarda 207.29 ± 22.36 olarak belirlenmiştir. Sevil ve ark. (2005), yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme puanını 211.03 olarak saptarken, Öztürk ve Ulu-soy’un (2005), araştırmalarında 228.99 olarak belirlenmiştir. “California Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ölçeği”ne göre 240 ’ın altında puan alanların düşük eleştirel düşünme beceri düzeyine sahip oldukları düşünülmektedir. Bu çalışmadan ve diğer çalışmalardan elde edilen puan ortalamalarından yola çıkarak hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

Eleştirel düşünmenin birinci boyutu hemşireliğin temelini oluşturan mesleki eğitim, ikinci boyutu ise hemşirelerin mesleki deneyimleridir. Eleştirel düşünme, deneyim arttıkça artar ve hemşireler klinik ortamda uygulama fırsatı yakaladıkça ve hasta bakımında kararlar verdikçe eleştirel düşünme seviyeleri gelişir (Potter ve Perry 1999). Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre elde edilen puan ortalamaları ile yapılan analiz sonucunda 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamalarının 1.2. ve 3. sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanırken ($F=3.266$, $p<0.05$). 1.2. ve 3.sınıfların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). 4. sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarının daha yüksek olmasının klinik deneyimlerinin diğer sınıflara göre daha fazla olmasına bağlanabilir. Mc Grath (2003), hemşirelik öğrencilerinin sınıflara göre eleştirel düşünme güçleri arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır. Batmaz ve ark. (2003), 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamalarını diğer sınıflara göre anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Ip ve ark. (2000), yaptıkları çalışmada 3. sınıf öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin 1. ve 2. sınıflara göre anlamlı derecede düşük

olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada son sınıf öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin alt sınıflardaki öğrencilere göre yüksek olmasının yanında, genel olarak hemşirelik öğrencilerinin puan ortalaması düşük olması eğitim müfredatının eleştirel düşünme becerilerini geliştirecek şekilde düzenlenmesini gerekli kılmaktadır.

Öğrencilerin yaşı ile eleştirel düşünme ölçeği toplam puanları arasında yapılan Pearson's korelasyon analizi sonucunda yaş ile eleştirel düşünme gücü arasında ilişki bulunmamıştır ($r = -.035$, $p > 0.05$). Kaya ve Ulusoy (2005), ile Howenstein ve ark. (1996), hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında yaş ile eleştirel düşünme gücü arasında bir ilişki saptamamışlardır. Vaughan-Wrobel ve ark. (1997), hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında yaş ile eleştirel düşünme arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki saptamışlardır. Diğer çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren çalışma sonuçlarında yaş ile eleştirel düşünme arasında bir ilişki bulunmamasının örnekleme oluşturan öğrencilerin hemen hemen aynı yaş grubunda olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Anne ve baba eğitime göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; hem anne eğitimi ($F = .948$, $p = .418$), hem de baba eğitime ($F = 1.740$, $p = .158$) göre elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Öz ve Dil'in (2005) çalışmasında anne ve baba eğitiminin eleştirel düşünme üzerinde etkili olmadığı, Batmaz ve ark. (2003) çalışmasında anne eğitiminin eleştirel düşünme üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçları Öz ve Dil'in bulguları ile benzerlik gösterirken, Batmaz ve arkadaşlarının çalışması ile baba eğitiminin etkisinde benzerlik göstermektedir.

Gelir durumlarına göre elde edilen puan ortalamaları ile yapılan analizde gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($F = .698$, $p = .498$). Öz ve Dil'in (2005) çalışmasında sosyoekonomik durumun eleştirel düşünmeyi etkilemediği, Kaya'nın (1998) çalışmasında ise gelir durumu yüksek öğrencilerin eleştirel düşünme gücünü anlamlı derecede yüksek bulmuştur.

Eleştirel düşünmeyi öğretme yollarından birisi öğrenciye okuma sevgisi ve alışkanlığı kazandırmaktır. Kitap okuma eleştirel düşünme gücünü artırır ve eleştirel düşünme yeteneklerinin kazanılması için öncelikle iyi bir okuyucu olunması gerekir (Demirci 2000, Gökalp 2001). Bununla birlikte eleştirel düşünürler okuma süresince okuduklarını sorgular, destekler ve yargırlar. Bu araştırmada öğrencilerin kitap okuma durumlarına göre elde edilen puan ortalamaları ile yapılan analizde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F = .720$, $p = .487$). Batmaz ve ark. (2003) da kitap okumanın eleştirel düşünme

düzeyini etkilemediğini bulmuşlardır. Çalışma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda öğrencilerin okudukları kitabı sorgulamadıkları ya da eleştirmedikleri düşünülebilir.

Öğrencilerin eleştirel düşüncelerini geliştirmek için öğrencilerin sanatsal etkinliklere yönlendirilmesi gerekir (Demirci 2000). Öğrencilerin sosyal etkinliklere katılma durumuna göre yapılan analiz sonucunda sosyal etkinliklere katılan öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamaları diğer öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur ($t=1.967$ $p=.050$). Kaya (1998), çalışmasında sosyo-kültürel etkinliklere katılan öğrencilerin eleştirel düşünme gücünün diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Kaya'nın çalışma sonuçları ile de benzerlik gösteren çalışma sonuçlarına göre sosyal etkinliklere katılmanın eleştirel düşünmeyi olumlu yönde etkileyen bir etken olduğu söylenebilir.

Literatüre göre; bireyin başarılı bir eleştirel düşünür olabilmesi için bazı değerleri taşıması gerekir ve ideal bir eleştirel düşünür meraklı, bilgili, açık fikirli, güvenli, esnek, adil, dürüst, araştırmacıdır ve sorumluluk alır (Boychuk Dushcher 1999, Facoine ve Facoine 1996, Kaya 1998, Potter ve Perry 1999). Eleştirel düşünme gücünü etkilediği bildirilen bazı kişisel özelliklere göre elde edilen eleştirel düşünme puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kendine güvenme, azimli olma, sorgulayıcı olma, yaratıcı olma ve araştırmacı olma gibi özelliklere sahip olan öğrencilerin puan ortalamalarının diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanırken ($p<0.05$), adil olma, sorumluluk üstlenme, yeni fikirlere açık olma, düşünmeye değer verme ve risk alma gibi özelliklere göre elde edilen puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırma sonuçları kendine güvenme, azimli, sorgulayıcı, yaratıcı ve araştırmacı gibi kişisel özelliklerde literatür bilgileri ile benzerlik gösterirken adil olma, sorumluluk üstlenme, yeni fikirlere açık olma, düşünmeye değer verme ve risk alma gibi özelliklerde benzer bulunmamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırma kapsamına alınana öğrencilerin “Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeği” puan ortalaması 200.92 ± 19 (düşük) olarak belirlenmiş,
- 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamalarının 1.2. ve 3. sınıf öğrencilerine göre daha yüksek bulunmuş ($p<0.05$),
- Sosyal etkinliklere katılan öğrencilerin eleştirel düşünme puan ortalamaları diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu,

- Kendine güvenme, azimli olma, sorgulayıcı olma ya da yaratıcı olma gibi özelliklere göre elde edilen puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Hemşirelik müfredat programlarının gözden geçirilerek eleştirel düşünme becerilerini geliştirecek şekilde düzenlenmesi,
- Öğrencilerin sosyal etkinliklere katılması yönünde desteklenmesi,
- Öğrencilerin sorgulayan ve eleştiren okuyucular olması yönünde teşvik edilmeleri,
- Eleştirel düşünme ve eleştirel düşünmeyi etkileyen etmenler ile ilgili araştırmaların artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Batmaz B, Denizli Ö, Korkusuzcan CD ve ark. (2003). Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin incelenmesi, II. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İzmir
2. Boychuk Dushcher JE (1999). Catching the wave: Understanding the concept of critical thinking, Journal of Advanced Nursing, 29:3, 577-583.
3. Demirci C (2000). Eleştirel düşünme, Eğitim ve Bilim, Türk Eğitim Derneği, 115: 25.
4. Dil S, Öz F (2005). Hemşirelik Yüksekokulu ve Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin eleştirel düşünme becerilerini etkileyen faktörler, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi, 1: 1. 12-25.
5. Facione N, Facione PA (1996). Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical Judgment, Nursing Outlook, 44, 129-136.
6. Gökalp GG (2001). Okuma eğitimi ve etkin okur kimliği, http://vision1.eee.metu.edu.tr/~metafor/yazi/11120h_okuma_egitimi.htm (erişim tarihi; Haziran 2005).
7. Howenstein MA, Bilodeau K, Brogna MJ, Good G (1996). Factors associated with critical thinking among nurses, J Contin Educ Nurs. 27: 3, 100-1003.
8. Ip WY, Lee DTF, Lee IFK, Chau JPG, Wootton YSY, Chang AM et al. (2000). Disposition towards critical thinking: A study of chinese undergraduate nursing students, Journal of Advanced Nursing, 32: 1, 84-91.
9. Kaya E, Ulusoy H (2005). Hemşirelerin problem çözme becerilerinin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi, 3. Uluslararası- 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 25.
10. Kaya H (1998). Üniversite öğrencilerinin akıl yürütme gücü, Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Damla Matbaacılık Ltd Şti. Ankara; 298-302.

11. Kökdemir D (2000). Belirsizlik durumlarında karar verme ve problem çözme, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi.
12. Mc Grath JP (2003). The Relationship of critical thinking skills and critical thinking disposition of baccalaureate nursing students, *Journal of Advanced Nursing*, 43: 6 ,569-577.
13. Öztürk N, Ulusoy H (2005). Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 25.
14. Potter PA, Perry AG (1999). A Critical thinking approach, *Basic Nursing*. Mosby Year Book, Missouri, 65-79.
15. Sevil Ü, Ertem G, Bulut S (2005). Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeylerinin incelenmesi, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir, 116.
16. Taşocak G (1996). Hemşirelikte eleştirel düşünme, *Ulusal Cerrahi Kongre Kitabı*, Antalya, 131.
17. Vaughan-Wrobel BC, O'Sullivan P, Smith L (1997). Evaluation critical thinking skills of baccalaureate nursing students, *Journal of Nursing Education*, 36: 10, 485-88.
18. Yeh ML (2002). Assing the reability and validity of the chinese versiyon of the california critical thinking disposition inventory, *International Journal of Nursing Studies*, 39, 123-132.

**MEME KANSERLİ KADINLARDA UMUTSUZLUK DÜZEYİ VE
BAŞETME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ***

*THE RELATIONSHIP BETWEEN HOPELESSNESS AND COPING
STRATEGIES WITH BREAST CANCER WOMEN*

Çiçek FADİLOĞLU Şeniz CANTILAV***
Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM** Yasemin TOKEM****

** Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı

*** Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencisi

Anahtar Sözcükler: meme kanseri, umutsuzluk, başetme davranışları
Key Words: breast cancer, hopeless, coping strategies

* XVI. Ulusal Kanser Kongresi, 20-24 Nisan 2005, Antalya, (Sözlü Bildiri olarak sunulmuştur)

ÖZET

Bu çalışma; meme kanseri tanısı almış kadınların umutsuzluk düzeyleri ile başetme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çalışma 01 Temmuz-02 Ağustos 2004 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Mamografi Ünitesi'nde yapılmıştır. Bu kurumlara başvuran, meme kanseri tanısı almış, 18 yaş ve üstü olan ve çalışmaya katılmaya istekli olan 100 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Çalışmada veri toplama formu olarak; Hasta Tanıtım Formu, Stresle Başa Çıkma Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tek yönlü varyans analizi, student t testi, ki-kare analizi, Kruskal Wallis analizi, Pearson Momentler çarpımı ve ileri analizler için Tukey HSD analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların stresle başetme ölçeği alt başlıklarından olan kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutundan "yüksek" düzeyde puan aldığı, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutundan ise "orta" düzeyde puan aldıkları saptanmıştır. Umutsuzluk puanı 4.57 ± 3.63 olarak "düşük" düzeyde saptanmıştır.

Sonuç olarak; bu çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınlarda umutsuzluk düzeyi arttıkça kendine güven ve iyimserliğin azaldığı; çaresizlik, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğin ise umutsuzluk düzeyinden etkilenmediği saptanmıştır.

SUMMARY

This study was planned descriptively in order to determine the relationship between hopelessness level and coping strategies with breast cancer women. The study carried out in Tulay Aktaş Oncology Hospital Outpatient Chemotherapy Unit and Mammography Unit at Ege University Hospital of Medical Faculty, between July 1-August 2, 2004.

The sample of study consist of a hundred female patients with breast cancer who were volunteer for participation. As data collection form, it was used Patients Recognition Form, Ways of Coping Inventory and Beck Hopelessness Inventory. In the evaluation of data, student's t test, one way variance analysis, chi square significance test, Kruskal Wallis, Sperman correlation analysis were used. For advanced analysis, tuckey post hoc test was used.

It was determined the patients "high" level scores were taken from faithful approach and optimistic approach, "moderate level scores" from helpless approach, submit approach and social support searching approach. Hopelessness scores were calculated as "low" level (4,57±3.63).

In consequently; in this study it was determined that the higher the halpelessness in patients with breast cancer, the lower self confidence and optimism. It was found that helplessness, submit approach and social support were no affected from hopelessness.

GİRİŞ

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Yaşamı tehdit etmenin yanısıra, bireyleri ve aileleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyerek algılanan yaşam kalitesini de etkilemektedir (Rustoen 1995, Fadiloğlu 2003).

Kanser hastalarının tedavi süreci uzun bir dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde semptomların giderilmesi ve hastaların yaşadıkları süreç içindeki aktiviteleri nitelikli bir biçimde sürdürmelerinin sağlanması, hastanın ve ailesinin yaşama olumlu yönde bakmasında ve prognozun daha iyi seyretmesinde etkili olmaktadır. Kanser hastaları öncelikle ölümden, ağrıdan, diğer semptomlardan, başkalarına bağımlı olmaktan, yalnız kalmaktan, beden imgesindeki değişikliklerden, yüksek maliyet ve tıbbi işlemlerden, karmaşık tedavi protokollerinden korkmaktadırlar. Birey bu korkularla baş edebilmek için şok, depresyon, inkar, umutsuzluk, kızgınlık, savunmasızlık, pazarlık, kabullenme ve öfke gibi farklı davranış şekilleri göstermektedir (<http://www.turkishcolorectal.com/kanser>).

Meme kanseri yoğun ve uzun bir tedavi gerektiren ve kadınlarda ilk sırada görülen bir kanser tipidir. Bu kanser tipi ile başetme hem kadınlar hem de onların aileleri için zor bir durumdur (Kershow et al

2004). Meme kanserinin tanı ve tedavisi boyunca, kadınlar bağımsızlık düzeylerinde gerçek veya olası kayıplar, hareket ve çalışma kapasitelerinde azalma ve kayıp, ağrı ve şekil bozukluğu deneyimleyebilirler (Ebrght&Lyon 2002). İleri evre meme kanseri olan kadınlar gelecek hakkında belirsizlik, fiziksel semptomlarla başetmede zorlanma ve umudu sürdürme hakkında endişelerini bildirmişlerdir

Umut, kişinin geleceğe yönelik olumlu beklentilerini ifade etmektedir. Başka bir deyişle; umut, gelecek ile ilgili bir amacı gerçekleştirmede bir çok beklentiye ifade etmektedir (Bayram&Çam 2002). Umutsuz bireylerin hastalık ile başetme ve hastalığa uyum sağlama yeteneğini göstermektedir (Herth 1989) ve insanın doğasında bulunan en değerli kaynaktır. Bireyin yetersizlik, yoksunluk, sıkıntı, acı çekmek gibi zor, stresli durumlarda başa çıkmasına yardımcı olur. Bireyi motive ederek gerektiğinde birçok şeye ulaşmasını sağlayan bir güçtür. Ayrıca, umut etkin kanser bakımında bir anahtardır (Fadıloğlu 1996). Umutsuzluk karşıt beklentileri simgeler. Umutsuzluk gelecek hakkındaki kötümser düşüncelere odaklıdır. Yaygın olarak umutsuzluk terimi, çok önem verilen bir şeyin sonucu hakkında olumsuz beklentiler ve bu sonucun görülme olasılığını değiştirmek için çaresizlik beklentileri olarak tanımlanmaktadır (Bayram&Çam 2002). Güçlü bir umutsuzluk duygusunun, hem yeni kanserin ortaya çıkmasında hem de yine bu hastalıklardan ölümlerde çok önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (<http://www.onkoloji.net>). Kanser tedavisi büyük bir emosyonel acıya yol açarsa umutsuzluğa neden olabilir. Böyle duygular ortadan kaldırılabiliyorsa umut yeniden kazanılır, hatta güçlendirilebilir. Umutsuzluğun cesaretin kazanılması ve motivasyonun elde edilmesinde önemli bir etmendir. Hatta kanser prognozunu etkileyebilir. Böylece umut her türlü kanser hastası ve kanserin her evresinde çok önemlidir. Umutsuzluk bir mücadele yöntemi olarak kullanılıp kanser ile oluşan stresi azaltmada yararlıdır; umutsuzluk ise stresi arttırmaktadır (Solak&Başer 2003). Literatürde; başetme kaynaklarının ve umudun kansere yanıtı etkilediği bildirilmektedir (Herth 1989).

Onkoloji hemşireleri; hastaların hastalığın belirsizliğini algılamasını azaltmada yeterli hemşirelik bakımını sağlamalıdır, böylece hastanın umut düzeyini arttırmak ve dolayısıyla umutsuzluk düzeyini azaltmak olasıdır. Bu çalışma; meme kanseri tanısı almış kadınların umutsuzluk ile başetme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma; 01 Temmuz-02 Ağustos 2004 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Ayaktan

Kemoterapi Ünitesi ve Mamografi Ünitesi'nde yapılmıştır. Bu kurumlara başvuran, meme kanseri tanısı almış, 18 yaş ve üstü olan ve çalışmaya katılmaya istekli olan 100 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için söz konusu kurumlardan gerekli izin alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılım için sözel onamları alınmıştır.

Meme kanseri tanısı alan kadınların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin verilerini toplamak için 18 sorudan oluşan "Hasta Tanıtım Formu" ve hastaların stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirmek amacı ile; Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen Stresle Başa Çıkma Ölçeği kullanılmıştır. Geçerliği ve güvenilirliği Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan ölçeğin Türk toplumuna uygun olduğu saptanmıştır. Ölçeğin probleme yönelik etkili yollar ve duygulara yönelik etkisiz yollar olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Bu iki boyut "kendine güvenli yaklaşım", "iyimser yaklaşım", "çaresiz yaklaşım", "boyun eğici yaklaşım" ve "sosyal destek arama yaklaşımı" adı verilen beş alt boyuttan oluşmaktadır. 30 maddeden oluşan ölçekte her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Her alt boyuta ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta, toplam puan ise hesaplanmamaktadır. Her yaklaşım için toplam puanın yüksek olması bireyin o başa çıkma tarzını daha fazla kullandığı şeklinde değerlendirilmektedir (Tatar 2004). Hastaların umutsuzluk düzeyini değerlendirmek için Beck ve ark (1974) tarafından geliştirilen ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Durak (1993) tarafından yapılmış olan Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılmıştır. 20 maddeden oluşmakta olan ölçek "evet" ve "hayır" şeklinde puanlanmaktadır. Alınabilecek en yüksek puan "20"dir; toplam puanın yüksek olması bireyde umutsuzluk duygusunun arttığını göstermektedir (Durak 1993).

Verilerin değerlendirilmesi için istatistiksel analizler SPSS 10.00 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tek yönlü varyans analizi, student t testi, ki-kare analizi, Kruskal Wallis analizi, Pearson Momentler çarpımı ve ileri analizler için Tukey HSD analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler sonucunda p değeri 0.05'in altında ise anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan kadınların %40'ının 40-49 yaş grubunda olduğu, %40'ının ortaokul-lise mezunu olduğu, %57'sinin çalışmadığı, %76'sının evli olduğu ve %86'sının çocuğu olduğu saptanmıştır. 100 kadının %68'inin menapoza girdiği, %99'unun ameliyat olduğu ve %76'sının göğsünün tamamen alındığı belirlenmiştir. Araştırmaya

katılan kadınların %71'inin psikolojik sorun yaşadığı ve sorun yaşayanların %48'inin psikolojik destek aldığı ve bu desteğin %40'ının psikiyatri bölümünden alındığı saptanmıştır. Psikolojik sorun yaşayan meme kanserli kadınların yüzdesinin fazla olduğu halde psikolojik yönden destek alan meme kanserli kadınların yüzdesinin düşük olduğu görülmektedir.

Stresle Başa Çıkma:

Kanserle yaşama; dengeyi sağlamak için başetmeyi gerektiren stres veren bir deneyimdir (Halstead&Fernsler 1994). Kanser gibi insan yaşamını tehdit eden bir stresörle karşılaşan bireyler, yeni durumla başetmede yetersiz kalabilmekte ve dolayısıyla uyum süreci başlatmada güçlükler yaşayabilmektedirler (Ateşçi ve ark 2002).

Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin alt başlıklarının puanları Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Hastaların Stresle Başetme Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Stresle başa çıkma ölçeği	Ortalama	SD
Kendine güvenli yaklaşım	16.31	2.92
Çaresiz yaklaşım	12.35	4.48
Boyun eğici yaklaşım	9.92	3.22
İyimser yaklaşım	10.72	2.46
Sosyal destek arama yaklaşımı	5.79	2.45

Tablo 1'den görüldüğü gibi; araştırma kapsamındaki hastalar "kendine güvenli yaklaşım" alt boyutundan 16.31 ±2.92 puan almışlardır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puanın 21 olduğu düşünülürse hastaların yüksek puan aldıkları saptanmaktadır. Bu sonuca göre; araştırma kapsamındaki meme kanserli kadınların kendilerine güvenlerinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Hastaların "çaresiz yaklaşım" alt boyutundan 12.35±4.48 puan aldıkları ve "boyun eğici yaklaşım" alt boyutundan ise 9.92 ±3.22 puan aldıkları belirlenmiştir. Hastaların bu iki alt boyuttan "orta" düzeyde puan aldıkları saptanmıştır.

Örnekleme oluşturan hastaların "iyimser yaklaşım" alt boyutundan 10.72±2.46 puan aldıkları saptanmıştır. 0-12 arasında puan alınabildiği düşünülürse iyimser yaklaşım alt boyutundan oldukça "yüksek" düzeyde puan aldıkları belirlenmiştir.

Hastalar "sosyal destek arama yaklaşımı" alt boyutundan ise "orta" düzeyde puan almışlardır. Hastanın yalnız yaşaması, yakınlarıyla güçlü bağlarının olmaması ve çevreden alınan desteğin az olması has-

talıkla başetme davranışlarını güçleştirebilir. Oysa sosyal ve emosyonel desteği olan hastaların sağlığını bozulmasına ya da işlev yitimine daha kolay uyum sağladıkları bilinmektedir. Sağlığın ciddi biçimde bozulduğu durumlarda destek kaynaklarından alınan desteğin hastalık ya da işlev bozukluğu ile başetmede önemli rolü bulunmaktadır (Palabıyıkoglu 2000). Çalışmamızdaki hastaların orta düzeyde sosyal destek gördükleri saptanmıştır.

Tablo 2'de meme kanserli kadınların tanımlayıcı özelliklerinin stresle başetme puanlarına etkisi görülmektedir.

Yapılan Kruskal Wallis testinin sonucuna göre; yaş grupları ile kendine güvenli yaklaşım alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer alt başlıklar arasında istatistiksel açıdan bir anlamlılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuca göre 29-39 yaş grubu meme kanserli kadınların diğer yaş grubundaki kadınlardan daha güvenli yaklaşımda buldukları söylenebilir. Başetme davranışlarının yaştan etkilendiği bildirilmiştir (Hilton 1989, Halstead&Fernsler 1994). Kanser tanısı alan hastalarda yapılan bir çalışmada; yaşlı ve orta yaşlı bireyler arasında başetme davranışları arasında anlamlı farklar olduğu belirtilmiştir (Halstead&Fernsler 1994).

Araştırma kapsamına giren kadınların medeni durumunun; kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama ve yaklaşımı üzerinde etkili olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Çalışmaya göre; geliri fazla olan kadınların, geliri az veya gelir gideri eşit olan kadınlardan daha fazla oranda çaresiz yaklaşım içinde oldukları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Çalışmayan kadınların çalışan kadınlara göre "çaresiz yaklaşım" ve "boyun eğici yaklaşım"ı daha fazla kullandıkları ve bu farkın anlamlı olduğu ($p < 0.05$); diğer alt boyutlar arasında ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

İyimser yaklaşım ile çocuk sahibi olma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sonuca göre çocuk sahibi olan meme kanserli kadınların yaşamlarında olumsuz gelişen olaylara daha iyimser yaklaşımları söylenebilir.

Hastalık süresi ile sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutu arasında pozitif bir ilişki saptanmış, hastalık süresi 4 yıl ve üzeri olan meme kanserli kadınların daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir ($P < 0.05$). Diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç belirlenmemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 2. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Stresle Başetme Puan-larına Etkisi

Tanımlayıcı Özellikler	Kendine güvenli yaklaşım		Çaresiz yaklaşım		Boyun eğici yaklaşım		İyimser yaklaşım		Sosyal destek arama yaklaşımı	
	Ort ± SD	P	Ort ± SD	P	Ort± SD	P	Ort± SD	P	Ort± SD	P
Yaş										
29-39 yaş (n: 16)	18.31±1.62		10.62± 4.58		8.19±3.39		11.50±2.09		7.06±1.56	
40-49 yaş (n:40)	16.12±2.82	p<0.05	12.62±4.91	p>0.05	10.40±3.24	p>0.05	10.27±2.72	p>0.05	5.75±2.59	p>0.05
50-59 yaş (n:31)	15.70±3.26		12.70±4.10		9.70±2.79		10.90±2.30		5.09±2.46	
60 yaş ve ↑ (13)	15.84±2.79		12.76±3.67		11.07±2.53		10.69±2.35		6.00±2.38	
Medeni durum										
Bekar (n: 8)	15.25±2.65		14.87±4.54		10.87±4.22		9.50±3.81		6.37±1.84	
Evlü (n: 76)	16.64±2.78	p>0.05	11.96±4.69	p>0.05	9.78±3.20	p>0.05	10.80±2.29	p>0.05	5.63±2.45	p>0.05
Dul (n: 16)	15.25±3.43		12.93±2.81		10.06±2.88		10.93±2.43		6.25±2.67	
Gelir durumu										
Gelir az (n:11)	16.36±3.50		10.09±4.54		9.72±2.93		9.58±2.70		6.20±2.00	
Eşit (n: 77)	16.16±2.80	p>0.05	13.06±4.23	p<0.05	10.11±3.16	p>0.05	10.72±2.82	p>0.05	6.89±2.51	p>0.05
Gelir fazla (n:12)	17.2±3.22		9.83±4.68		8.83±3.57		10.99±2.88		6.00±2.46	
Çalışma durumu										
Çalışıyor (n: 43)	16.72±2.64	p>0.05	11.14±5.34	p<0.05	9.14±3.69	p<0.05	11.02±2.57	p>0.05	6.23±2.34	p>0.05
Çalışmıyor (n: 57)	16.00±3.10		13.26±3.48		10.51±2.71		10.49±2.37		5.45±2.49	
Çocuk sahibi olma										
Var (n:86)	16.43±3.00	p>0.05	12.21±4.41	p>0.05	9.86±3.24	p>0.05	10.84±2.31	p<0.05	5.79±2.50	p>0.05
Yok (n: 14)	15.57±2.28		13.21±4.95		10.28±3.23		10.00±3.23		5.78±2.19	
Memenin Alınması										
Evet (n: 76)	16.31±3.11	p>0.05	12.16±4.73	p>0.05	9.84±3.21	p>0.05	10.63±2.42	p>0.05	5.74±2.47	p>0.05
Hayır (n: 24)	16.29±2.25		12.96±3.58		10.17±23.32		11.00±2.62		5.96±2.40	
Hastalık süresi										
1 yıldan az (n: 41)	16.07±3.13	p>0.05	12.95±4.56	p>0.05	9.83±3.62	p>0.05	10.76±2.97	p>0.05	6.22±2.22	p<0.05
1-3 yıl (n:37)	16.24±2.89		11.68±4.30		9.71±2.98		10.24±2.07		5.00±2.60	
4 yıl ve üstü (n:22)	16.86±2.58		10.45±2.91		10.45±2.91		11.45±1.87		6.32±2.36	
Psikolojik destek										
Evet (n: 48)	16.33±3.10	p>0.05	12.73±5.18	p<0.05	10.53±3.49	p>0.05	10.84±2.32	p>0.05	6.04±2.68	p<0.05
Hayır (n: 52)	16.26±2.83		12.06±3.87		9.50±2.95		10.55±2.32		5.62±2.27	

Herth (1989) kemoterapi alan 120 hastayı içeren bir çalışmada; tanıdan itibaren geçen süre ile başatme düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptamamıştır ($p>0.05$) (Herth 1989). Ateşçi'nin bildirdiğine göre; Ell ve ark (1989) çalışmalarında; hastalık süresi uzadıkça, hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Ateşçi ve ark 2002).

Çalışmamızda; memenin alınmasının stresle başatme üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Literatürde; bir erkek hasta için kanserden dolayı işinden uzaklaşmak en büyük stres kaynağı olabilirken, genç bir ev hanımı için çekiciliğini kaybetmek (mastektomi) en büyük kaygı kaynağı olabileceği bildirilmektedir (Özkan 2003). Rol performansında değişimin, duygusal sorun yaşayan ve meme kanseri tanısı alan bireylerde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Öz 2004).

Psikolojik destek alma durumu ile çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$); diğer alt boyutlar arasında bir fark saptanmamıştır. Psikolojik destek alan meme kanserli kadınların yaşantılarında olaylara daha çaresiz yaklaştıkları ve sosyal destek arama ihtiyacı duydukları belirlenmiştir.

Umutsuzluk Düzeyi

Umutsuzluk terimi, bazen olumsuz duygulanımları, bazen olumsuz sonuçları ve çaresiz beklentileri ifade etmektedir (Gümüş 2003). Beck; bilişsel modelinde (1963) umutsuzluğu, gelecekle ilgili olumsuz beklentiler olarak tanımlamıştır (Odağ 1995).

Kanser hastalarının anksiyete ve ölüm korkusunun yoğun olmasının, yüksek ölçüde yaşanan umutsuzluk duygusu ile ilişkilendirilebileceği; umutsuzluk duygusunun ise kanserin olumsuz algılanması ve ölümcül bir hastalık olarak görülmesinden kaynaklanabileceği bildirilmektedir (Öz 2004).

Araştırma kapsamına alınan hastaların umutsuzluk puanı 4.57 ± 3.63 olarak saptanmıştır. Umutsuzluk puanının 0-20 arasında değiştiği dikkate alınırsa araştırma kapsamındaki hastaların umutsuzluk puanlarının oldukça düşük olduğu ve örneklemimizdeki meme kanserli kadınlar arasında umutsuzluğun "düşük" düzeyde olduğu ve dolayısıyla umut düzeyinin "yüksek" olduğu saptanmıştır.

Meme kanserli hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların umutsuzluk puanı 6.82 ± 4.36 olarak saptanmıştır. (Solak & Başer 2003). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan bireylerde yapılan bir çalışmada umutsuzluk düzeyi 10.74 ± 4.28 olarak "orta" düzeyde

saptanmıştır (Bayram&Çam 2002). Öndiger (1997) kronik fiziksel hastalığı olan kişilerde umutsuzluk nedenlerinin incelenmesi amacıyla 165 kişi ile yürütülen çalışmada; umutsuzluk puan ortalamasını 9.04 ± 4.87 olarak bulmuştur (Öndiger 1997). Bu sonuçlara göre; örneklemimizi oluşturan meme kanserli kadınların umutsuzluk düzeyleri daha düşük olarak saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise meme kanserli hastaların “yüksek düzey”de umuda sahip oldukları saptanmıştır (Wonghongkul ve ark 2000).

Tablo 3’de hastaların tanımlayıcı özelliklere göre umutsuzluk puan ortalamasının dağılımı görülmektedir.

Tablo 3. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Umutsuzluk Düzeyine Etkisi

Tanımlayıcı Özellikler	Umutsuzluk Puanı		P
	Ort	SD	
Yaş			
29-39 yaş (n: 16)	2.06	1.56	
40-49 yaş (n:40)	5.47	3.93	p<0.05
50-59 yaş (n:31)	3.90	3.42	
60 yaş ve üstü (n: 13)	5.61	4.51	
Medeni durum			
Bekar (n: 8)	5.25	5.49	
Evli (n: 76)	4.17	3.59	
Dul (n: 16)	5.43	3.55	p>0.05
Gelir durumu			
Gelir az (n:11)	3.81	3.84	
Eşit (n: 77)	4.91	3.85	p<0.05
Gelir fazla (n:12)	2.00	1.53	
Çalışma durumu			
Çalışıyor (n: 43)	3.93	3.74	
Çalışmıyor (n: 57)	4.85	3.75	p>0.05
Çocuk sahibi olma			
Var (n:86)	4.57	3.63	
Yok (n: 14)	3.78	4.54	p>0.05
Göğsün Alınması			
Evet (n: 76)	4.68	3.89	
Hayır (n: 24)	3.75	3.27	p>0.05
Hastalık süresi			
1 yıldan az (n: 41)	4.56	4.18	
1-3 yıl (n:37)	4.27	3.08	
4 yıl ve üstü (n:22)	4.59	4.11	p>0.05
Psikolojik destek			
Evet (n: 48)	5.85	3.85	
Hayır (n: 52)	3.85	3.23	p>0.05

Sağkalım boyunca, umut; arzu edilen yaşam kalitesini elde etmede kanserli hastalara yardım eden en önemli tedavi edici faktörlerden bir tanesi olarak tanımlanmaktadır (Bruhn 1984, Hickey 1986, Rustoen 1995). Yapılan çalışmalarda; umut düzeyinin, gelir

durumu ve eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda ve evli hastalarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Herth 1990, Bunston et al 1995). Bununla beraber; bir çok çalışmada umut ve yaş (Rideout&Montemuro 1986, Bunston et al 1995), umut ve cinsiyet (Piazza et al 1991) arasında ilişki olduğu belirtilmiştir.

Tablo incelendiğinde; hastaların yaş grupları ile umutsuzluk puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($P<0.05$). Yapılan Tukey HSD ileri analizi sonucunda; 29-39 yaş grubu ile 40-49 yaş grubu arasında ve 29-39 yaş grubu ile 60 yaş ve üstü yaş grubu arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çalışmada 29-39 yaş grubu kadınların diğer yaş gruplarına göre umutsuzluk düzeylerinin daha az olduğu ve yaş arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı saptanmıştır. Bu durum 29-39 yaş arası hastaların yaşam beklentisine bağlanabilir. Öndiger (1997) çalışmasında; yaş arttıkça umutsuzluk düzeyinin de arttığını belirtmiştir (Öndiger 1997). Bu sonuçlar çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Meme ve meme dışı kanserli hastalar ile yapılan bir çalışmada; meme kanserli bireylerin umutsuzluk puanı ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (Solak&Başer 2003).

Evli kadınların umutsuzluk düzeyinin bekar ve dul olanlara göre daha düşük olduğu saptanmasına karşın, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızdaki bu sonuç, evli hastaların daha fazla sosyal destek almasına bağlanabilir. Solak ve Başer (2003) evli olan meme kanserli kadınların umutsuzluk puanının evli olmayanlara göre daha yüksek olduğunu ve aradaki farkın anlamlı olmadığını saptamıştır (Solak&Başer 2003).

Umutsuzluk düzeyinin; çocuk sahibi olma, çalışma durumu ve göğsün alınmasından etkilenmediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Yapılan çalışmada; meme kanserli kadınların ekonomik düzeyleri ile umutsuzluk puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($P<0.05$). Gelir durumu giderden az olan kadınların daha umutsuz olmaları beklenirken, geliri gidere eşit olan kadınların daha çok umutsuz oldukları saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeyin umutsuzluğa yol açan bir değişken olduğu bildirilmektedir (Öndiger 1997).

Araştırma sonucunda; kür sayısı ve umutsuzluk düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p>0.05$). Solak ve Başer (2003) çalışmasında, benzer sonuçları elde etmiştir (Solak&Başer 2003). Literatürde kanser tedavisinin büyük bir emosyonel acıya yol açarsa umutsuzluğa neden olabileceği bildirilmektedir (Yates&Towards 1993, Solak&Başer 2003). Aynı zamanda tedavinin uzun sürmesi durumunda

belirsizliğin daha yoğun yaşanacağı ve bu belirsizlik içinde umutsuzluk hissedilebileceği düşünülmektedir.

Literatürde; kanser hastalarında, depresyon ve umutsuzluğun üçüncü yıldan itibaren ilk yıla göre daha arttığı belirtilmektedir (Grossath et al 1984). Gerçekten de; çalışmamızda hastalık tanısı dört yıl ve daha fazla olan kadınların umutsuzluk düzeyi daha yüksek olmasına karşın; bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışma sonuçlarımıza karşın olarak; Solak (1998) hastalık süresi arttıkça umut-suzluğun arttığını bildirmiştir (Solak&Başer 2003). Rustoen&Wiklund (2000) çalışmasında, yakın zamanda kanser tanısı alan hastaların çoğunun umutlu veya orta düzeyde umutlu olduğunu saptamışlardır (Rustoen&Wiklund 2000). Herth'in (1989) sonuçları çalışmamız ile paralellik göstermektedir (Herth 1989).

Psikolojik destek alan kadınların umutsuzluk düzeyinin, psikolojik destek almayanlara göre daha yüksek olmasına karşın, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Stresle Başetme ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişki

Kanser hastalarında umut ve başetme yanıtları arasında olumlu ilişkiler saptanmıştır (Herth 1989). Umudun düzeyi yükseldikçe başetme yanıtları daha fazladır. Umudun düzeyinin yüksek olması başetme davranışlarının etkin seçimini teşvik etmektedir (Herth 1989, Herth 1993).

Tablo 4. Stresle Başetme ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişki

	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama yaklaşımı	Beck Umutsuzluk puanı
Kendine güvenli yaklaşım	1.00	.290*	.256*	.344*	.161	.508*
Çaresiz yaklaşım	.392*	1.00	.630*	.630*	.158	.392*
Boyun eğici yaklaşım	.256*	.630*	1.00	.153	.098	.407*
İyimser yaklaşım	.344*	.331*	.153	1.00	.124	.325*
Sosyal destek arama yaklaşımı	.161	.158	.098	.124	1.00	.128
Beck Umutsuzluk puanı	.508*	.392*	.407*	.325*	.128	1.00

* $p < 0,05$

Umutsuzluk düzeyi ile stresle başa çıkma alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; bu değişkenler arasında ilişki olduğu ve umutsuzluk düzeyinin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı doğrudan

ve olumsuz etkilediği saptanmıştır ($P < 0.05$). Umutsuzluk düzeyi ile çaresiz yaklaşım arasında doğrudan ve olumlu bir ilişki olduğu ($P < 0.05$); sosyal destek arama yaklaşımı arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($P > 0.05$).

Çalışmadan elde edilen veriler sonucunda; meme kanseri tanısı alan kadınlarda umutsuzluk düzeyi arttıkça kendine güven ve iyimserliğin azaldığı; çaresizlik ve boyun eğici yaklaşımın arttığı ve sosyal destek arama yaklaşımının ise umutsuzluk düzeyinden etkilenmediği saptanmıştır.

Umutsuzluk düzeyleri yüksek olan kadınların olaylara iyimser yaklaşmadığı ve kendilerine daha az güven duydukları düşünülmektedir; bu nedenle umutsuzluk düzeyleri yükseldikçe çaresizlik duygularının artması da beklenen bir sonuçtur.

Öz (2004) çalışmasında; anksiyete ve ölüm korkusunun hastalarda yoğun olması, yüksek ölçüde yaşanan umutsuzluk duygusu ile ilişkili olduğunu ve umutsuzluk duygusunun kanserin olumsuz algılanması ve ölümcül bir hastalık olarak görülmesinden kaynaklanabileceğini belirtmiştir. Literatürde ise; umudun bir mücadele olarak kansere bağlı oluşan stresi azaltmada yararlı olduğu, stresin azaltılmasında ise yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediğini ya da tam karşıtı olan umutsuzluğun stresi arttırdığı belirtilmektedir (Solak&Başer 2003). Herth (1989) kemoterapi alan 120 hastada yaptığı çalışmada; umut düzeyi ile başetme düzeyi arasında anlamlı ilişki saptamıştır.

Sonuç olarak; bu çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınlarda umutsuzluk düzeyi arttıkça kendine güven ve iyimserliğin azaldığı; çaresizlik, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğin ise umutsuzluk düzeyinden etkilenmediği saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. <http://www.turkishcolorectal.com/kanser>. Erişim tarihi: 12.06.2004.
2. Duygular ve kanser. <http://www.onkoloji.net> Erişim Tarihi 24.06.2004.
3. Ateşçi F ve ark (2002). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler, Türk Psikiyatri Dergisi, 14(2): 145-152.
4. Bayram M, Çam O (2002). Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı olan hastalarda umutsuzluk ve umutsuzluğun öz bakım gücüne etkisinin incelenmesi. VI. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Kongresi, 14-16 Kasım, Polat Renaissance Otel, İstanbul.
5. Bruhn J (1984). Therapeutic value of hope, Sauthern Med J. 77: 215-19.

6. Bunston T, Mings D, Mackie A, Jones D (1995). Facilitating hopefulness: the determinants of hope. *J Psychosoc Oncol*, 13: 79-103.
7. Durak A (1993). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
8. Ebricht PR, Lyon B (2002). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer, *Oncology Nursing Forum* 29(3): 561-68.
9. Fadiloğlu Ç (1996). Terminal dönemdeki kanserli hastalara ve ailelere yaklaşım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3): 204-209.
10. Fadiloğlu Ç. Kanser ve bakımı. *Kronik Hastalıklarda Bakım III Kitabı*, (Ed: Fadiloğlu Ç), 2003, 83-128.
11. Gümüş AB (2003). Umut, Umutsuzluk. *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.
12. Grossath MR, Frentzel BR, Bechu N (1984). Cancer risks associated with life event ena conflict solution. *Cancer detect Prev* 7(3): 201-209.
13. Halstead MT, Fernsler JI (1994). Coping strategies of long-term cancer survivor. *Cancer Nurs*, 17(2): 94-100.
14. Herth KA (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 16(1): 67-72. 11,
15. Herth KA (1990). Fostering hope in terminally ill people, *J Adv Nurs*, 15: 1250-9.
16. Herth KA (1993). Hope in family caregiver of terminally ill people. *J Adv Nurs*. 18: 538-48. 12.
17. Hickey SS (1986). Hope as a key element in cancer survivorship, *J Psychosoc Oncol*. 7: 111-18.
18. Hilton BA (1989). The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *J Behav Med*. 12:39-54.
19. Kershaw T, Northouse L, Kritpracha C, Schafenacker A, Mood D (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health* 19;2: 139-155
20. Odağ C (1995). İntihar tanım ve kuram-sağaltım, İzmir, Psikiyatri Derneği, Psikoterapi Birimi, Ege üniversitesi Basımevi, İzmir.
21. Öndiger N (1997). Kronik Fiziksel Hastalığı Olan Kişilerde Umutsuzluk ve Yaşamı Sürdürme nedenlerinin İncelenmesi., İzmir, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
22. Öz F (2004). Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Ruh Sağlığı Birimine başvuran kanser hastalarının özellikleri ve sorun alanları. *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi* 1(14): 33-39.
23. Özkan S (2003). Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım, *Yaşam Kalitesi*. Nobel Tıp Kitabevi, 681-707. tez23
24. Palabıyıkoglu R (2000). Sağlığın bozulmasına bağlı kriz. *Kriz ve Krize Müdahale*. Ankara Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, No 6.
25. Piazza D, Holcombe J, Foote A, Paul P, Love S, Daffin P (1991). Hope, social support, and self-esteem of patients with spinal cord injures. *J Neurosci Nurs*, 23: 224-230.

26. Rideout E, Montemuro M (1986). Hope, morale, and adaptation in patients with chronic heart failure, *J Adv Nur* 11: 429-38.
27. Rustoen T, Wiklund I (2000) . Hope in new diagnosed patients with cancer. *Cancer Nurs*, 23(3): 219-9
28. Rustoen T (1995). Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. *Cancer Nursing*. 18(5): 355-61. 29
29. Solak M, Başer G (2003). Meme ve meme dışı kanserli kadın hastaların umutsuzluk ve yaşama kalitesi düzeylerinin incelenmesi, *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 6(6): 38-47.
30. Tatar  (2004). Hemşirelerin stresle başetme tarzları ile depresyon arasındaki ilişki, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*.
31. Wonghongkul T, Moore SM, Musil C, Schneider S, Deimling G. The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing* 2000; 23;6: 422-429.
32. Yates P, Towards A (1993). Reconceptualization of hope for patients with a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing* 18: 701-706.

**YAŞLI DİYABETİK HASTALARDA AYAK SORUNLARININ
SAPTANMASI**

*DETERMINING OF FOOT PROBLEMS IN ELDERLY PATIENTS WITH
DIABETES*

**Çiçek FADİLOĞLU Öznur U. YEŞİLBALKAN Yasemin K. YILDIRIM
Serap ÖZER Yasemin TOKEM**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı/İZMİR

Anahtar Sözcükler: yaşlılık, diyabet, ayak sorunları
Key Words: elderly, diabetes, foot problems

*2. Ulusal Geriatri Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Bu araştırma yaşlı diyabetik hastalarda ayak sorunlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı ve yarı analitik olarak planlanmıştır.

Araştırma; İzmir ilindeki üç hastane ve bir diyabet merkezinde, Ocak-Mayıs 2003 tarihleri arasında, 65 yaş ve üzeri 103 diyabetik hasta ile yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak; Hasta Bilgi Formu, Ayak Bakım Formu ve Diyabetik Ayak Gözlem Formu olmak üzere toplam 47 soru içeren üç form kullanılmıştır. Toplanan veriler bilgisayar ortamında SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda sayı yüzde dağılımları hesaplanmış ve ki kare önemlilik testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlı diyabetik hastaların % 53.4'ü kadın olup % 65'i 60-69 yaş grubunda yer almaktadır. Araştırma bulguları değerlendirildiğinde; hastaların % 14.6'sında deformite, % 34'ünde kallus, % 16.5'inde ülserasyon olduğu saptanmıştır. Ülserasyon, deformite varlığı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (X^2 : 5.041, X^2 : 10.458; $p<0,05$). Bu sonuç; erkek hastalardaki ülserasyon ve deformite varlığının kadın hastalardan daha anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu göstermektedir.

SUMMARY

This research was planned as descriptive and semi-analytically for the purpose of determining foot problems in elderly patients with diabetes.

The research was conducted between January-May 2003 at three hospitals and one diabetes center in İzmir. The sample of the research consisted of 103 elderly patients with diabetes who was 65 years and older. The research data

were collected using Patient Information Form, Foot Care Form and Diabetic Foot Observation Form (total 47 question). Data were evaluated with the SPSS program using number and percentage distribution, chiquare significant test.

Patients who participated in the research were 53,4 % female, 65 % were between 60-69 years. In the evaluation of the research findings it was determined that 14,6 % of patients had deformity, 34 % had callus and 16,5 % had ulceration. The difference between presence of ulceration-deformity and gender was found statistically significant (X^2 : 5.041, X^2 : 10.458; $p < 0,05$). This result indicated that the presence of ulceration and deformity in male elderly patients higher than female elderly patients.

GİRİŞ

Günümüzde, dünyada birçok ülkede yaşlı nüfusun çoğalması giderek hızlanmıştır. (<http://www.elele.gen.tr/yaslilik/genel/index.html>,2002;<http://www.geocities.com/kemalgokcan/ypsiko.html>,2002). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2000 yılı verileri; dünyada 612 milyon yaşlı bireyin olduğunu ve yaşlı nüfusun artış hızının % 1.5 olduğunu göstermiştir. 65 yaş ve üzerindeki nüfusun artış hızı ise % 2.7 olarak ifade edilmiştir (Pınar,1998; Pınar,2002). Halen dünyada 600 milyon dolayında olan yaşlı nüfusun 2050 yılında iki milyar olacağı tahmin edilmektedir (Bilir,2004; Bilir,2005). Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de yaşlı nüfusun toplum içindeki payı giderek artmaktadır (Bayık ve ark.,2001). Ülkemizde 1950-2000 yılları arasındaki 50 yıllık dönemde 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı % 3.5'ten % 5.5'e yükselmiştir. Halen dört milyon dolayında olan yaşlı nüfus sayısının da 2010 yılında beş milyona, 2020 yılında yedi-sekiz milyon dolayına ve 2050 yılında ise 12 milyona yükseleceği hesaplanmaktadır (Bilir,2005; Bilir,2006).

65 yaş ve üzerindeki bireyler arasında hastalık ve ölüme yol açan nedenler yalnızca erken ölümlerle sonuçlanmayan, birçok yönden yaşam kalitesini azaltan kalp hastalıkları, kanser ve inme gibi kronik hastalıklardır. Tüm yaşlıların yaklaşık % 80'i en azından bir, % 50'si ise en azından iki kronik hastalığa sahiptir. Kronik hastalıklar çoğunlukla önlenemez ve maliyeti yüksek sağlık problemleri arasında yer almaktadır (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion,1999).

Hastalık ve yetersizlik riski yaşla birlikte artmasına karşın, kronik hastalıklar yaşlılığın kaçınılmaz bir sonucu değildir. Kronik hastalıklar aslında pek çok insanın her gün uyguladığı fiziksel inaktivite, yetersiz beslenme ve tütün kullanımını içeren zararlı sağlık davranışlarından kaynaklanmaktadır (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion,1999).

Prevalansı yaş ilerledikçe artan kronik hastalıklardan birisi de Diyabetes Mellitus (DM)'tur. Mortalite/morbidite oranları yüksek olan ve yaygın olarak görülen DM (Altuntaş,2001) 65 yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık altı milyonunu etkilemektedir (Harrington et all,2000). Birleşmiş Milletlerde 60 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin 1/5'i DM tanısı almaktadır ve bazı raporlara göre yaşlı bireylerin 2025 yılında gelişmiş ülkelerde diyabet popülasyonunun 2/3'ünü oluşturacağı tahmin edilmektedir. Bu yüzden, yaşlı popülasyonda DM'un yetersizliğe katkısının tanımlanması önemlidir (Gregg et all, 2000).

DM komplikasyonları da yaş ile birlikte morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. DM tedavisinin amacı normal glikoz düzeylerini sağlayarak mikrovasküler ve nöropatik komplikasyonların gelişimini önlemektir (Erbaş,1997).

Diyabetik hastalarda hospitalizasyona neden olan en önemli komplikasyon diyabetik ayaktır (Pınar,1998). Diyabetik ayak lezyonları; DM'un, en çok korkulan, mortalite ve morbiditeyi arttıran, yaşam kalitesini kötüleştiren, ağır iş gücü kayıplarına ve organ kaybına neden olan komplikasyonlarından birisidir (Yılmaz,Yılmaz,İmamoğlu,2000).

Yapılan istatistikler sonucu, bugün % 10'u insüline bağımlı yaklaşık 11 milyon Amerikalı'nın diyabetik olduğu bilinmektedir. Yine aynı istatistiklerde bu grubun ¼'ünde ayak problemleri olduğu dikkati çekmekte, diyabetik hastaların hastaneye yatış nedenleri arasında ayak problemlerinin ilk sırayı aldığı görülmektedir (Yazıcı, 2000). DM komplikasyonlarından birisi olan ayak veya alt ekstremitte ülserleri her yıl diyabetik hastaların yaklaşık % 7'sinde ortaya çıkmaktadır. Alt ekstremitte ülserlerinin insidansının popülasyondaki diyabet insidansındaki artışlar gibi gelecek yıllarda önemli oranda artması beklenmektedir (Harrington et all,2000).

Ayak veya alt ekstremitte ülserleri nöropati, vasküler yetersizlik ve yara iyileşmesinde bozulmayı içeren faktörlerin kombinasyonundan kaynaklanan deri yaralarıdır (Harrington et all,2000). Yaşlı hastalarda sık rastlanan ayak deformiteleri özellikle basınç bölgelerinde ülser oluşmasına katkıda bulunmaktadır (Erbaş,1997).

Toplumu tehdit eden hastalıklar arasında altıncı, amputasyon nedenleri arasında ise birinci sırada bulunan diyabetin izlem, tedavi ve kontrolünde rol alan, diyabet ekibinin üyesi olan hemşirelerin, özellikle diyabette ayak bakımı, izlemi ve eğitimi konusunda çok etkin olacakları kuşkusuzdur (Yüksel,2002).

Bu bilgilerin ışığı altında planlanan bu araştırmada; yaşlı diyabetik hastalarda ayak sorunlarının saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Tanımlayıcı ve yarı analitik nitelikte olan bu araştırma; yaşlı diyabetik hastalarda ayak sorunlarının saptanması amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SSK Tepecik Eğitim Hastanesi ve Türk Diyabet Cemiyeti İzmir Şubesi Metin Telyakar Diyabet Araştırma, Eğitim ve Tedavi Merkezinde; Ocak-Mayıs 2003 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmacıların ulaşabildiği, iletişim kurulabilen, araştırmaya gönüllü olarak katılan, olasılıksız rastgele örneklem tekniği ile seçilen, 65 yaş ve üzeri 103 diyabetik hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri; araştırmacılar tarafından literatür incelemeleri doğrultusunda oluşturulan ve toplam 47 soru içeren Hasta Bilgi Formu, Ayak Bakım Formu ve Diyabetik Ayak Gözlem Formu kullanılarak toplanmıştır.

Hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren soru formunda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, diyabet yılı, tedavi şekli gibi sorular yer almaktadır.

Ayak Bakım Formu; yaşlı diyabetik hastaların ayak bakımına verdikleri önemi belirlemek üzere araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. 18 sorudan oluşan bu form evet/hayır/bazen şeklinde yanıtlanan soruları içermektedir.

Diyabetik Ayak Gözlem Formu ise; deformite, kallus, ülserasyon, deride çatlak, mantar enfeksiyonu ve ödem gibi ayak sorunlarının olup olmadığını ve genel ayak hijyeni, tırnak bakımı, cilt ısı ve deri rengini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır ve toplam 13 maddeden oluşmaktadır.

Verilerin toplanması için yukarıda adı geçen kurumlardan gerekli yazılı izinler alınmıştır. Ayrıca araştırmanın örneklemini oluşturan hastalardan sözlü onam alınmıştır. Soru formları hastalarla yüz yüze görüşülerek ve gözlem yolu ile doldurulmuştur. Her görüşme ve gözlem yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda verilerin sayı ve yüzde dağılımları elde edilmiş; bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki ki kare önemlilik testi ile incelenmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan yaşlı diyabetik hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; yarısından çoğunun (% 53.4)

kadın olduğu ve % 65'inin 60-69 yaş grubunda yer aldığı görülmüştür. Tüm hastalar için belirlenen yaş ortalaması 68.8±4.80'dir. Hastaların % 52.4'ü emekli, % 70.9'u evli, % 43.7'si SSK güvencesinde, % 58.3'ü orta düzeyde ekonomik duruma sahip, % 33'ü ilkokul mezunu ve % 38.8'i de eşiyile birlikte yaşamaktadır. Hastaların % 85.4'ü sigara kullanmadığını, % 50.5'i ailesinde diyabet hastalığı öyküsü olduğunu bildirmiştir. Ailesinde diyabet hastası olanların % 96.2'sinin birinci derece yakınlarında, % 3.8'inin ikinci derece yakınlarında diyabet hastası bulunmaktadır. Araştırmaya katılan hastalar için diyabet süresi ortalama 13.41±8.79 yıl olarak bulunmuştur. Hastaların tedavi şekilleri incelendiğinde; % 30.1'inin insülin, % 24,3'ünün ise oral antidiyabetik kullandıkları saptanmıştır.

Hastalar "Diyabet hastalığına ilişkin eğitim aldınız mı?" sorusuna % 55.3 oranında "hayır" yanıtını verirken, "Diyabetik ayağın önemi hakkında bilginiz var mı?" sorusuna % 69.9 oranında "evet" yanıtını vermişlerdir. Hastaların çoğunluğunun diyabet konusunda herhangi bir eğitim almamalarına karşın, ayaklarına gereken önemi vermekte oldukları görülmüştür. Bu sonuç memnuniyet verici olarak değerlendirilebilir. Diyabetik hastalara verilen bireysel eğitimin hastaların ayak bakım bilgilerini anlamlı düzeyde arttırdığı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (Valk,Kriegsman,Assendelf,2002). Hastaların % 53.1'inin ayak bakımını su ve sabunla yaptıkları saptanmıştır. Yaşlı diyabetik hastaların % 33'ünün ayağında kesik ve çatlak olduğunda hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir. Bu durum hastalarda enfeksiyona uygun ortam yaratma açısından istenmeyen bir durumdur.

Tablo 1. Hastaların Ayak Bakım Formundaki Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	EVET	HAYIR	BAZEN
	%	%	%
Ayağınızı gözlüyor musunuz?	68.0	28.2	3.9
Ayağınızı yumuşatıyor musunuz?	43.7	56.3	-
Yıkama sonrası ayağınızı kuruluyor musunuz?	80.6	18.4	1
Ayağınıza krem sürüyor musunuz?	41.7	57.3	1
Ayağınıza pudra sürüyor musunuz?	7.8	92.2	-
Ayağınızdaki sertlikleri törpülüyor musunuz?	21.4	78.6	-
Ayağınızı enfeksiyon yönünden gözlüyor musunuz?	55.3	44.7	-
Kesik tırnaklarınızı koparıyor musunuz?	12.6	87.4	-
Ayaklarınızı ısıtmak için sıcak (ütü, su şişesi) uygulama yapıyor musunuz?	7.8	92.2	-
Yalınayak dolaşıyor musunuz?	16.5	83.5	-

Araştırmanın örneklemini oluşturan yaşlı diyabetik hastaların ayak bakım formundaki sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Dağılım incelendiğinde; hastaların % 68'inin ayaklarını gözlediği, % 56.3'ünün ayaklarını yumuşatmadığı, % 80.6'sının

yıkama sonrası ayaklarını kuruladığı, % 57.3'ünün ayaklarına krem sürmediği, % 92.2'sinin ayağına pudra sürmediği, % 78.6'sının ayaklarındaki sertlikleri törpülemediği, % 55.3'ünün ayaklarını enfeksiyon yönünden gözlediği, % 87.4'ünün kesik tırnaklarını koparmadığı, % 92.2'sinin ayaklarını ısıtmak için sıcak uygulama yapmadığı ve % 83.5'inin yalınayak dolaşmadığı saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda araştırmaya katılan yaşlı diyabetik hastaların çoğunluğunun ayak bakımı ve kendi kendine bakım aktivitelerinde yeterli oldukları söylenebilir. Harwell ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında yaşlı diyabetiklerin % 20'si yara ve irritasyonlar açısından günlük olarak ayaklarını kontrol ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu araştırma sonucunda ise hastaların ayaklarını kontrol etme oranı (% 68) daha yüksek bulunmuştur. Buna neden olarak; Türk toplumundaki yaşlıların geleneksel olarak yüksek oranda ibadet etme alışkanlıkları gösterilebilir. Araştırmaya katılan yaşlıların birçoğu namaz öncesi abdest alma esnasında ayaklarını gözleme fırsatı bulduklarını özellikle belirtmişlerdir.

Diyabetik hastalarda ayağın, her gün hastanın kendisi yada bir yakını tarafından göz, el ve ayna yardımı ile kontrol edilmesi gerektiği, tırnakların suda yumuşatıldıktan sonra özel bir makasla kesilmesi gerektiği, parmak aralarının tampon şeklinde kurulanması gerektiği, ayak ıslakken yağlı krem sürülmesi gerektiği, aşırı terleme sorunu varsa parfümsüz talk pudrası kullanılması gerektiği, ayak soğuk hissediliyorsa asla sıcak su ve soba gibi ısıtıcılar kullanılmaması gerektiği ve yalınayak dolaşmaması gerektiği literatür bilgileri arasında yer almaktadır (Can,2000; Efe,2001; Yüksel,2002). Yapılan çalışmaların hemen hemen hepsinde diyabetik hastalara ayak bakımı, kendi kendine bakım davranışları ve ayakkabı ile ilgili olarak verilen önerilerden sonra, hastaların fonksiyonel yetenekleri ve kendi kendine bakım davranışlarında önemli gelişmeler olduğu gözlenmiştir (Can,2000).

Araştırmaya katılan 103 yaşlı diyabetik hastanın % 37.9'u pamuklu çorap, % 35.9'u yünlü çorap kullandığını, % 70.9'u da deri ayakkabıyı tercih ettiğini belirtmiştir. Hastaların çorap ve ayakkabı kullanımı konusundaki tercihleri literatür bilgileri ile uyumluluk göstermektedir (Can, 2000; Efe,2001; Yüksel,2002).

Tablo 2'de hastaların ayak gözlem sonuçlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre; hastaların % 14.6'sında deformite, % 34'ünde kallus, % 16.5'inde ülserasyon olduğu gözlenmiştir. Harwell ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada; yaşlı diyabetik hastaların % 8'inde ayak ülseri öyküsü saptamıştır. İki araştırmanın sonuçları karşılaştırıldığında; hastalardaki ülserasyon oranının bu çalışmada daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların % 55.3'ünün diyabete ilişkin eğitim almadıkları dikkate alınır ise, hastalık yaşına paralel olarak ayak

ülserlerinin oluşumu, bireysel yönetim eksikliğinin bir sonucu olarak yorumlanabilir. Araştırmaya katılan hastaların % 12.6'sında ayakta şişlik, % 20.4'ünde ayakkabı ve çoraplar nedeniyle ayak derisine baskı, % 50.5'inde ayak derisinde çatlak, % 32'sinde ayakta mantar enfeksiyonu, % 13.6'sında ayakta ödem gözlenmiştir. Hastaların % 89.3'ünde ise dorsalis pedis ve posterior tibialisten nabız alınmıştır. Ayağın genel hijyeni değerlendirildiğinde; % 63.1'inin iyi, % 36.9'unun kötü olduğu, tırnak bakımının ise hastaların % 65.1'inde iyi olduğu belirlenmiştir. Ayaktaki cilt ısısı % 34 oranında normal olarak değerlendirilmiştir. Deri rengi gözlemlendiğinde ise; rengin % 65 oranında normal olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Hastaların Ayak Gözlem Sonuçlarının Dağılımı

		VAR	YOK
		%	%
Deformite		14,6	85,4
Kallus		34,0	66,0
Ülserasyon		16,5	83,5
Ayağında herhangi bir kısmında şişlik		12,6	87,4
Ayakkabı veya çorapların deriye baskısı		20,4	79,6
Deride çatlak		50,5	49,5
Ayakta mantar enfeksiyonu		32,0	68,0
Ayakta ödem		13,6	86,4
Nabız (dorsalis pedis, posterior tibialis)		89,3	10,6
		İYİ	KÖTÜ
Ayağın genel hijyeni		63,1	36,9
Tırnak bakımı		65,1	34,9
		SOĞUK	SICAK
		NORMAL	NORMAL
Ayakta cilt ısısı		37,9	28,2
	SOLUK	KIRMIZI	SIYANOTİK
	NORMAL	NORMAL	NORMAL
Deri rengi	16,5	9,7	8,7
			65,0

Bu sonuçlar yaşlı diyabetik hastaların ayaklarına yeterince özen göstermediğini düşündürmektedir. Ancak hastalardan kendilerini değerlendirmeleri istendiğinde; ayaklarına gereken önemi verdiklerini belirttikleri görülmektedir. Bu durum; yaşlı diyabetiklerin hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin düşük olmasına karşın, bu bilgileri kendilerine yeterli görmeleri şeklinde yorumlanabilir. Aynı zamanda; bu sonuç, sağlık eğitimi boyutunda değerlendirildiğinde ve sonuç ölçümleri kriter alındığında etkin bir eğitim uygulanmadığını ve eğitimlerin süreklilik içermediğini ortaya koymaktadır.

Hastaların ayak gözlem sonuçları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 3); yaş grubu ve eğitim durumu ile ülserasyon ve deformite varlığı arasında yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, cinsiyet ile ülserasyon ve deformite varlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark

saptanmıştır. Bu sonuca göre; cinsiyetin ülserasyon ve deformite gelişimi üzerinde etkili olduğu ve erkeklerde kadınlara oranla daha fazla ülserasyon ve deformite geliştiği söylenebilir.

Tablo 3. Hastaların Ayak Gözlem Sonuçları İle Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişken	Deformite	Ülserasyon
Yaş grubu	X ² :1.804 P>0.05	X ² :1.452 P>0.05
Cinsiyet	X ² :5.041 P<0.05	X ² :10.458 P<0.05
Eğitim durumu	X ² :4.730 P>0.05	X ² :6.015 P>0.05

Hastaların cinsiyetlerine göre diyabetik ayağın önemi hakkındaki bilgi durumu değerlendirildiğinde; gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (X²(1): .037; p>0.05). Bu sonuç cinsiyetin diyabetik ayağın önemi hakkındaki bilgi durumunu etkilemediğini göstermektedir.

Araştırmaya katılan yaşlı diyabetik hastaların cinsiyetlerine göre ayağa gereken bakımı verme durumu incelendiğinde; kadın hastaların erkek hastalara göre ayaklarına gereken bakımı daha fazla oranda verdikleri ve cinsiyet ile ayağa gereken bakımı verme durumu arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir fark (X²(1):6.685; p<0.05) olduğu saptanmıştır. Bu sonuç yaşlı erkek hastaların öz bakımları konusunda yeteri kadar istekli ve bilinçli olmadıklarını düşündürmektedir.

Eğitim durumu ile diyabetik ayağın önemi hakkındaki bilgi durumu ve ayağa gereken bakımı verme arasında yapılan ki-kare analizinde istatistik açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı diyabetik hastalarda ayak sorunlarını saptamak amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda; hastaların % 14.6'sında deformite, % 34'ünde kallus ve % 16.5'inde ülserasyon gibi ayak sorunları olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu bulgulara dayanarak;

- Yaşlı diyabetik hastalar için koruyucu ayak bakımı uygulamalarını da içeren eğitim programlarının geliştirilmesi,
- Hazırlanan eğitim programlarının yaşlı eğitimi ilkelerine uygun olarak hazırlanması ve süreklilik içermesi,

- Sağlık çalışanlarının her kontrolde düzenli ayak muayenesi yapmaları ve ayak bakımına ilişkin hastaya bir form vermeleri ve bu form üzerinde işaretleme yapmanın önemini belirtmeleri,
- Etkin ayak bakımı yoluyla maliyet etkili uygulamalar yaparak hastalığın maliyetinin azaltılması,
- Her düzeyde ayak bakımı ilkelerine uyularak diyabete bağlı ayak komplikasyonlarını (basınç, yara, ülserasyon, amputasyon) önlemek yoluyla hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesinin amaçlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. (1999). Healty Aging, Chronic Disease Notes&Reports, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Volume 12, Number 3, Fall
2. Altuntaş Y (2001). Yaşlılık ve Diabetes Mellitus, Her Yönüyle Diabetes Mellitus, Nobel Tıp Kitabevleri, 245-253
3. Bayık A ve ark (2001). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyonun İncelenmesi, I. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, 132-140
4. Bilir N (2004). Yaşlılık ve Halk Sağlığı, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yaşlılık Gerçeği, 10-27
5. Bilir N (2005). Yaşlanan Toplum, Sağlıklı Yaşlanma, 25-32
6. Bilir N (2006). Türkiye’de Yaşlanan Popülasyon, Geriatri ve Gerontoloji, 170-174
7. Can F (2000). Diyabetik Ayakta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Diyabetik Ayak, 270-318
8. Efe B (2001). Diabetes Mellitus’ta Ayak Problemleri, Her Yönüyle Diabetes Mellitus, 513-530
9. Erbaş T (1997). Yaşlıda Diabetes Mellitus, Geriatri 2, Hekimler Yayın Birliği, 640-650
10. Gregg E. W. and et all (2000). Diabetes and Physical Disability Among Older U.S. Adults, Diabetes Care, 23(9), 1272-1277
11. Harrington C and et all (2000). A Cost Analysis of Diabetic Lower-Extremity Ulcers, Diabetes Care, 23(9), 1333-1338
12. Harwell T S and et all (2001). Foot Care Practices, Services and Perceptions of Risk Among Medicare Beneficiaries with Diabetes at High and Low Risk for Future Foot Complications, Foot Ankle Int, 22(9), 734-38
13. <http://www.elele.gen.tr/yaslilik/genel/index.html>, Erişim Aralık 2002
14. Pınar R (1998). Diyabetik Ayak Komplikasyonları, Diyabet ve Yönetimi, İstanbul, 280-308
15. Pınar R (2002). Yaşlıların Değerlendirilmesi ve Yalnızlık, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 25-29 Eylül, Kemer-Antalya

16. Valk G D, Kriegsman D M, Assendelf W J (2002). Patient Education for Preventing Diabetic Foot Ulceration. A Systematic Review, *Endocrinol Metab Clin North Am*, 31(3), 633-58
17. Yazıcı M (2000). Diyabetik Ayak Sorunları (Patofizyoloji), *Diyabetik Ayak*, 108-123
18. Yılmaz C, Yılmaz M T, İmamoğlu Ş (2000). Diyabetik Ayak, *Diabetes Mellitus 2000*, İstanbul, 169-175
19. Yüksel A (2002). Diyabette Ayak Bakımı, *Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler*, 127-140

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ NELER GETİRİYOR?

WHAT DOES THE FAMILY PHYSICIAN SYSTEM BRING?

Bilgin Kıray VURAL

Şükran ÖZKAHRAMAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bornova / İZMİR

Anahtar Sözcükler: Aile hekimliği, hemşirelik, aile hekimliği sistemi

Key Words: Family physician, nurse, family physician system

ÖZET

Son yirmi yıldır ülkede uygulanan sağlık politikaları; kamu sağlık hizmetlerine desteğin kesilerek, kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi, kamu sağlık kuruluşlarının bu desteği yurttaştan ek ödemelerle karşılamaya çalışmasıyla birer özel kuruma dönüşmesi, kamu sağlık fonlarının başka alanlara aktarılması ve sağlanan kolaylıklarla özel sektör öne çıkarılarak birinci basamakta çözümün aile hekimliği sistemi olduğu vurgulanmaktadır. Aile hekimliği modeli bir bütün olarak Genel Sağlık Sigortası ve kamu personel rejimi ile birlikte özelde sağlıkta piyasalaştırmanın genelde kamu hizmetlerini tasfiye etmenin önemli bir adımındır. Oysa ki bu sistem, aile hekimi ve aile sağlığı elemanları olarak birincil basamakta görev alacak hekim, hemşire, ebe ve sağlık memurların özlük haklarının yitimine ve işsiz kalmalarına yol açacaktır.

SUMMARY

With the curtailed support provided for public healthcare services, which caused these services to collapse; with the attempts of the public healthcare institutions to compensate for this support with additional payments from citizens; thus, their functioning as if they were each a private institution; with the public healthcare funds which have been transferred to other fields and with the facilities provided, priority has been given to the private sector and it has been emphasized, in the healthcare policies which have been in practice in the last two decades, that the primary solution is the family medicine system. As a whole, the family medicine model, together with the General Health Insurance and public personnel regime, is a significant step towards marketization in healthcare services in particular and elimination of public services in general. However, this system will cause the physicians, nurses, widwives and healthcare professionals who will be commissioned as family physicians or healthcare professionals for family in the primary stage to lose their rights as a personnel and to be unemployed.

GİRİŞ

Kapitalizmin 1970'lerde yaşadığı kriz ve daralma siyasal, sosyal ve ekonomik yönden tüm çevre kapitalist ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de ciddi sonuçlara yol açmıştır. Ekonomi son 25 yılda biri 1980'de, diğeri 1994'de, sonuncusu da 2001'de olmak üzere üç önemli küçülme dönemi geçirmiştir. Krizin toplumsal yansıması, doğal olarak sağlığı da olumsuz etkilemiştir. Kamu sağlık kurumları özellikle 1994 yılında yaşanan kriz sonrası, kendi finansmanını sağlama durumunda bırakılmışlardır. Kamu sağlık çalışanları ek iş yapmadan geçinemeyecek hale gelmişler, halk da daha fazla cepten ödeme yaparak sağlık hizmeti alır hale gelmiştir. Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) dayattıkları yapısal uyum programlarının uygulamaya konması, devleti sosyal niteliklerinden ve sorumluluklarından arındırmayı hedeflemiştir. Devletin kamusal sorumluluklarından çekilmesi ve özellikle de özelleştirme olarak özetlenebilecek bu durum; tüm kamusal alanda olduğu gibi sağlık hizmetinin sunumunu derinden etkilemiştir (Saçaklıoğlu 2005, Soyler 2004).

Boztaş ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar iktidara gelen birçok hükümet programında "sağlık sigortası" kavramı bulunmasına rağmen, yapılan uygulamalar ve mevzuat yaklaşımları göz önüne alındığında, önemli kavram farklılıkları olduğu sonucuna varılmıştır (Boztaş ve ark 2004).

Sağlık alanındaki mevcut sorunların çözümünde, eskimiş sağlık reform programlarının "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla yeniden gündeme gelmesi tek bir anlam taşımaktadır: Sağlıkta Özelleştirme. Bu girişimin ana başlıklarını birincil sağlık hizmetlerinde aile hekimliği, diğer aşamalarda özelleşmiş hastaneler, finansmanda ise genel sağlık sigortası oluşturur. Sağlık insan gücünün sözleşmeli olarak çalıştırılması ise programın hem en büyük gereksinimi, hem de doğal bir sonucudur (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Sağlıkta Dönüşüm Programında; "*Ülkemizde 1950'li yıllarda toplumsal sağlık anlayışını topluma en yakın yerlerde hizmete dönüştürmeyi hedefleyen politikalar doğrultusunda, 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği*", dünya ülkelerinin bu yaklaşımı 20 yıl sonra benimsediği, "*birinci basamak sağlık hizmetlerini nüfusa dayalı ve bütünleşik örgütlenme modelinin ülkemiz açısından uygun olduğunun düşünülebileceği*" yer almıştır. Ayrıca, "*sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin ve yeterli kullanımının mevcut model içinde sağlanamadığı*", "*ikinci basamak yataklı kurumlarındaki yığılmanın sevk sisteminin işlememesi sonucu olduğu*" vurgulanmış olup, birinci basamakta çözümün Aile Hekimliği Sisteminde olduğu programda belirtilmektedir (Emiroğlu 2004).

Son 10 yıldır, DB ve onun bir yan kuruluşu durumuna gelen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm ülkelere özelleştirme bağlamında aile hekimliği modelini önermekte ve bunun için kredi sağlamaktadır. Türkiye’de 58.Hükümet bu doğrultuda seçim bildirgesinde, “aile hekimlerine muayenehane açabilmeleri için devlet tarafından ucuz kredi verilecektir” önermesini yapmıştır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003). Sağlık Bakanlığı (SB), aile hekimlerinin yaygınlaştırılmış bir serbest piyasa düzeninde, özel poliklinik ve muayenehanelerin sayısını arttırma çabası içinde bulunmaktadır. Üstelik rekabete dayalı bu sistemde aile hekimleri, muayenehanelerini devlet desteği ile donatacak ve eğer amaçlarına ulaşabilirlerse birkaç yıl içinde her adım başında muayenehaneleri, ultrason cihazları ve tomografileri ile aile hekimliği sistemi ülkemizde yaygınlaştırılmış olacaktır (Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu, 2004).

AİLE HEKİMLİĞİNİN TARİHÇESİ

Aile hekimi, henüz kapitalist düzenle bütünleşip sağlıktan kar elde etmeye dayalı bir yapı haline gelemediği dönemlerde elinde çantasıyla müşterilerini dolaşan çağdışı bir doktordur. Avrupa’dan önce Amerika’ya sonrada ülkemize kadar gelen sözde bir uygarlık simgesidir. Tedavi edici hekimlik geleneğinin sürdürücüsü olan bu simge, muayenehane hekimliğinin sağlıkta özel sektörün temelini oluşturan ve kapitalist sistemin vazgeçilmez bir unsurudur. Türkiye’de, aile hekimliği modelinin gelişimini anlayabilmek için ise 60-70 yıl kadar geriye gitmek yararlı olur. Cumhuriyet sonrası dönemde 1961 yılına dek hükümet tabipliği olarak adlandırılan ve koruyucu hizmetlerle hiç uğraşmayan salt sağaltıma dayalı bir hekimlik modeli vardı. Günümüzde aile hekimliği adı altında geri döndürülmek istenen bu modelin Cumhuriyetin ilk yıllarında oluşturulan ve koruyuculuğa dayanan temel sağlık politikasıyla karşıtlığı ortadadır (Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu 2004, Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Yoğun kitlesel dinamizminin ve ileriye yönelik hızlı toplumsal ivmenin getirdiği yönelimler 1960’lı ve 1970’li yıllarda sağlık kuruluşlarını ve üniversiteleri bu çağdışı modele karşı harekete geçirerek, halk sağlığı okulları, toplum hekimliği ve toplum sağlığı enstitüleri açılmıştır. Hükümet tabipliği yerini sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine ve sağlık ocağı hekimlerine bırakmıştır. Ancak 1980 sonrası toplum hekimliği yaklaşımı geri plana atılarak yerini aile hekimliği uygulaması almıştır. Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girmeden sadece yabancı dil sınavı ile aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlatılarak, bir yandan sayıları gittikçe arttırılıyor iken, diğer yandan Aile Hekimliği Anabilim Dalları oluşturularak, üniversitelere yerleşmeleri sağlanmıştır. Akademik kadrolara

yerleşmiş aile hekimliği anlayışı Türkiye için bir sistem haline getirilmesi ve yurt dışındaki örneklerinde de görüldüğü gibi serbest piyasa ve sigorta sistemleri ile bütünleşmiş bir yapı kurulmasının çalışmaları hızlandırılmıştır (Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu 2004).

AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ Mİ YOKSA SİSTEMİ Mİ?

Prime dayalı Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nda prim toplandığı sürece, rekabet ortamında sözleşmeli çalışacak aile hekimleri ile birinci basamakta sağlık hizmet sunumu sağlanacaktır. Başka bir anlatımla; Sağlık Sigorta Kurumu, birinci basamakta; özel muayenehane veya bu alanda çalışacak aile hekimlerinin koordinasyonunu sağlayarak, hizmet satın alma yoluyla kaynakları kullanarak, ortaya çıkan sağlık talebini karşılayacaktır (Emiroğlu 2004). Bu uygulama, yabancı örneklerde aile hekimliği modeli ya da aile hekimliği sistemi olarak iki şekilde gündeme gelmektedir. Konunun önce bir model, daha sonra da bir sistem olarak açıklanması, aile hekimliği anlayışını kavramak açısından yararlı olacaktır. Aile hekimliği modelinin aile hekimliği sistemi ile yer yer örtüştüğü ve iki yapılanmanın aynı olumsuzlukları paylaştığı akılda tutulmalıdır. Aile hekimliği bir model olarak ele alındığında aile hekimliği uzmanlığına dayanır. Bu durumda hasta bireyle ilk karşılaşan hekim olarak sadece aile hekimliği uzmanları görev alabilir (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Aile Hekimlerinin Görevleri

- Birinci basamak tedavi hizmetleri,
- İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetinin evde ve ayakta takibi,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık ve aile planlaması hizmetleri,
- Laboratuvar hizmetleri,
- Periyodik muayene,
- İlk ve acil yardım hizmetleri olarak belirlenmiştir (<http://www.saglik.gov.tr/aile/>, Hoşgeçin 1997)

Aile hekimliği ulusal bir sağlık sistemi olarak düzenlendiğinde ise, sağlık sisteminin bileşenleri olan finansman, örgütlenme, yasal düzenleme ve insan gücü ile bağlantılı olarak değerlendirilir ve sistem içinde artık aile hekimliği uzmanlığı temel olarak alınamaz. Sisteme uyum gösteren ve kabul eden her hekim aile hekimi olabilir. Aile hekimi bir pediatrist, bir kardiyolog, dermatolog, bir pratisyen hekim de olabilir. Türkiye'de önerilen yapı aile hekimliğini bir sistem olarak almaktadır. Sistemin ülke geneline yaygınlaştırılması durumunda, yeterli aile hekimi bulunmadığı için SB bu açığı mevcut pratisyen hekimler ilk

aşamada 10 günlük bir uyum eğitimini takiben, 1 yıl sürecek hizmet içi eğitimle ve aile doktoru ünvanı vererek kapatmaya çalışacaktır. Türkiye’de aile hekimleri, aile hekimliği uzmanlığına dayalı bir modeli savunmakta, sistem içinde başka dalların bulunması durumunda dışarıda kalma isteği göstermektedirler (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003, Bakar, Akgün 2005, <http://www.izleme.saglik.gov.tr/05.htm>, <http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/Pilotkanun.pdf>).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (09.12.2004) ile aile hekimliği hizmetlerinin, sözleşmeli yada SB’nın görevlendirmesi ile çalışan aile hekimliği uzmanı (yada SB’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip) ile hemşire, ebe, sağlık memurundan oluşan aile sağlığı elemanları tarafından sunulması planlanmaktadır (Resmi Gazete, 25665, 2004; 25867; 25904, 2005, <http://www.saglik.gov.tr/aile/>). İlçelerde oluşturulan Toplum Sağlığı Merkezleri aile hekimlerinin hizmetini denetleyecektir. Ayrıca İl Sağlık Müdürlükleri de ilin tüm sağlık hizmetleri gibi bu hizmetleri de planlama ve denetleme yetkisine sahiptir. (<http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/Pilotkanun.pdf>)

AİLE HEKİMLİĞİ MODELİNİN ELEŞTİRİSİ

Varolan sağlık sisteminin özellikleri-kapitalist üretim ilişkilerine uymak koşuluyla-fazla önemsenmeksizin, hasta ile ilişkide bulunan kişinin aile hekimliği uzmanı olmasına dayalıdır. Sakıncalarına ve çağdaş sağlık anlayışı ile önemli farklılıklarına aşağıda değinilmektedir (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Aile hekimliği uzmanlığı yetersizlikler içerir. Aile hekimliği uzmanı salt sağaltıma yönelik bilgi ve beceriye sahiptir. Kar amaçlı bir modelin uzantısı olması, toplumun gereksinmelerini karşılamaya yönelik yetiştirilmemesi nedeniyle tümelci sağlık anlayışına sahip değildir. Uzmanlık eğitimi süresince -bir eşgüdüm birimi ve anlayışına da sahip olmaksızın-klinik rotasyonlar yapmıştır (iç hastalıkları, çocuk, cerrahi, psikiyatri ve kadın-doğum dalları). Sağlık ocağına gitmemiş, birinci basamağı tanımamış, salt hastane ortamında rotasyonlar yapmıştır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Aile hekimi pratisyen hekimin karşıtıdır. Pratisyen hekim, aile hekiminin aksine bireysel değil ekip elemanı olarak, kişiye değil kendisine bağlı sağlık ocağı nüfusuna karşı sorumlu, bireyle değil ailenin ve toplumun tümüyle ilgili, salt sağaltım amaçlı değil tümelci anlayışa sahip bir eleman olarak görev yapar (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

“Bölge/Alan Yönetimi” kavramı aile hekimi uzmanlık alanına girmez. Aile hekimleri eğitimleri boyunca “alanda” herhangi bir çalışma yapmaz ve birincil hizmet olarak tanımlanabilecek sağlık ocaklarında çalışmazlar. Aslında sisteme göre alan eğitimi almaları da gereksizdir, çünkü salt hasta bakımı ile ilgilenirler ve hastalarını genellikle muayenehanelerinde ya da hastaların evinde, becerisi ile değerlendirirler. Amaç “müşteri”yi tatmin etmek, para kazanmaktır. Bu nedenle kişi başına ödeme sistemlerinde örneğin laboratuvarı kullanmaksızın muayene daha yaygındır. Kayıtlı kişi başına değil de verilen hizmet başına ödeme uygulanan sistemlerde, daha çok kazanma amacıyla korumaya yönelik laboratuvar kullanımı artmaktadır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİNİN ELEŞTİRİSİ

Türkiye’de aile hekimliği hazırlanan önerilere göre salt bir model olarak değil, bir sistem olarak oluşturulmaya çalışılmakta, sağlık sistemini oluşturan insan gücü, örgütlenme, finansman, fiziksel donanım ve yasal alt yapı gibi öğelerle yakından ilişkili olarak kurgulanmaktadır. Bir sistem olarak aile hekimliğinin açmazları aşağıda açıklanmaktadır:

Aile hekimi sigorta sistemlerine dayalı, yapay bir hekim modelidir. Aile hekimliği toplumsal gereksinimler ve bilimsel gelişmeler sonucu ortaya çıkmış bir disiplin değil, sağlıktan daha fazla kazanç elde etmeyi amaçlayan ekonomik sistemler tarafından yapay olarak oluşturulmuş bir daldır. Sistemli olarak oluşturulduğu ülkelerde hastane uzmanı ile bağlantılı ve sağlık sigortasından finanse edilir konumda, sözleşmeli olarak çalıştırılır. Toplumun sağlığının geliştirilmesi ile ilgili bir kaygı gütmemesi, bir sistem yaklaşımına sahip olması beklenemez. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) aile hekimliği karmaşık, pahalı ve eşitsizliğe neden olmuş, sonraları aşırı uzmanlaşma ile önemini tümüyle yitirmiştir. ABD’de bugün süren sağlık eşitsizliklerinin ve inanılmaz boyutlardaki sağlık hizmeti yoksunluğunun, örneğin 40 milyondan fazla kişinin hiçbir sağlık güvencesi olmamasının altında aile hekimliği uygulaması yatmaktadır. Kanada’da varolan ulusal sağlık sisteminde yer alan aile hekimi ülkenin sağlık sistemini ABD baskısı altındaki değişimine uygun olarak salt sağaltıma yönelmektedir. Hekime kayıtlı olan kişilerin hekimlerin kayıtsızlığı konusundaki yakınmaları giderek artmaktadır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Aile hekimi nüfus tabanına dayalı örgütlenmemiştir. Bir coğrafya anlayışı ile değil, kendisini seçen ve kaydolan kişilerle ilgilenir. Çalışma alanı sağlık örgütlenme alanı ile örtüşmez. Bir sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı insanlar onlarca farklı aile hekimine bağlı olabildiği

gibi, bir aile hekimine bağı olanlar da onlarca sağık ocağı bölgesinden olabilir Aile hekimlerinin her biri için kayıtlı kişi sayısı asgari 1000, azami 4000'dir. Aralıksız iki ayı aşmayan süreyle kayıtlı kişi sayısı 1000'den az olabilir (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003, Bakar, Akgün 2005, <http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/Pilotkanun.pdf>).

Ülkemizde aile hekimlerinin sayısı 1200' dür. Sağık Bakanı, (2004 yılı içerisinde) bu sisteme geçmeden nasıl hizmet alacağını Türk halkının çok iyi öğrenmiş olması gerektiğini belirtmektedir. (<http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=detay&id=489>). Tabana dayalı örgütlenme modelinde tabanı bilgilendirme halkın katılımı açısından çok önemli olmasına rağmen, yıllardır gündemde tutulmaya çalışılan bu terimin çoğunluk tarafından duyulmaması, halkın ve sağık çalışanlarının bu konuda yeterince bilgilendirilmediğini göstermektedir. Örneğin; Deveci ve arkadaşlarının, Elazığ'da yaptıkları "Aile Hekimliği ve Sağık Hizmetlerinde Özelleştirme Kavramlarına Halkın Yaklaşımı" isimli çalışmalarında araştırmaya katılanların %58.4'ü aile hekimliği kavramını hiç duymadıklarını ifade etmişlerdir. Aile hekimliği terimini duyduğunu söyleyenlerin ancak %21.2'si doğru tarif yapabilmıştır (Deveci ve ark 2004). Ayrıca, Bursa il merkez sağık ocaklarında, sağık çalışanları üzerinde yapılmış bir araştırmada, çalışanların %45.3'ünün aile hekimliği uygulaması hakkında bilgisinin bulunmadığı saptanmıştır (Pala ve ark. 2005). Aydın Tabip Odası'nın yaptıkları araştırmada (n=312); hekimlerin %79.8'i aile hekimliği pilot uygulaması hakkında yeterince bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada Aydın ilinde 2006 yılında pilot uygulama olursa pratisyen hekimlerin %15.4'ünün bunu kabul edeceği, %41.9'unun kabul etmeyeceği saptanmıştır (www.aydintabip.org.tr/aile/ailehekimligi.ppt). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanuna göre "eleman temin edilmemesi halinde SB, personelini bu iş için görevlendirebilir" maddesi bulunmaktadır (<http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/Pilotkanun.pdf>). Bu maddeyi gerekçe göstererek SB personelini istem dışı bu sistem içinde çalıştırabilir. Aile hekimliğinin toplum sağığını olumlu etkileyeceğini düşünenlerin oranı %21.1, olumsuz etkileyeceğini düşünenlerin oranı %48.1'dir. Aynı çalışmada pratisyen hekimlere aile hekimliğinden beklentileri sorulmuş olup, %13.8'i iyi olacağını, %44.8'i kötü olacağını, %17.6'sı bir şey değişmeyeceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (www.aydintabip.org.tr/aile/ailehekimligi.ppt).

Aile hekimliği sisteminde önerilen model "ikili sistem"dir. (Kentlerde aile hekimleri, kırsal bölgelerde sağık ocakları) Bu anlayış kabul edilemez. Sağıkta dönüşüm programının en temel yaklaşımı, kentlerde aile hekimliği, kırsal bölgelerde sağık ocaklarını işletmektir. Aile hekimliği modeli kırsal bölgeleri dışlamaktadır. Bu

yaklaşım sakıncalıdır. Çünkü; eşitlik anlayışına uymaz, toplumda ayrımcılık yaratır, birinci ve ikinci sınıf vatandaşlık duygusu verir, sağlık çalışanlarının tepkisine yol açar, hizmetin bütünlüğünü bozar ve koordinasyonu güçleştirir, köyden kentlere geçici olarak gelenlerin hizmet almalarını güçleştirir, bir gün değişeceği beklentisi nedeniyle kırsaldaki hizmetlerin gelişmesini engeller (Öztek 2004).

Aile hekimi bireysel çalışan bir hekimdir. 2003 yılında 4924 sayılı ve adı “*Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmündeki Kararnamelerde Değişiklik Hakkında Kanun*” adlı bir kanun çıkmıştır. Bu kanunun 11. Maddesi aynen şöyledir: “14.7.1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36. maddesinin “ III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı” başlıklı bendine aşağıdaki paragraf eklenmiştir. ‘Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir’. Kanunun çıkmasından yaklaşık bir yıl sonra 2004 Mayıs ayında SB bu kanuna dayanarak kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında sağlık personeli hizmetlerinin satın alınma yoluyla gördürülmesine ilişkin bir tebliğ çıkartmıştır. Bu kanunun çıkmasından çok önceleri üniversiteler, temizlik firmaları kapsamında sağlık personeli çalıştırıyorlardı. Bu tebliğ ile SB da bu uygulamaya başlamıştır. Türk Tabipleri Birliği 2004 Ağustos ayında bu uygulamalara karşı dava açmış, aynı yılın kasım ayında, Danıştay yürütmeyi durdurma kararı almış ve dosyayı Anayasa Mahkemesine göndermiştir. Dosya o zamandan bu yana mahkemede beklemektedir. Aralık 2005 sonlarından itibaren hemşireleri işten çıkartma ve böylece hemşireyi işsizleştirme, kurumları hemşiresizleştirme olayları patlak vermiştir. Sağlık ocağında çalışan hemşireler dahil tüm sağlık personelinin çalıştığı bölgeyi hane halkı özelinde tüm sorunlarıyla bildiği ve çözüm ürettiği 1960-70’lerde çok aktif olan bu sistem çoktan yok olmuştur. Onun yerine getirilmeye çalışılan aile hekimliği sistemi, sağlık çalışanlarını halkın sağlığını koruma ve yükseltme etkinliklerinden uzaklaştıran, sonuç olarak hemşireyi 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu’nun 154 sayılı yönergesindeki görevlerinden uzaklaştırıp hizmet bağlamında tümüyle değersizleştiren bir sistem, hayata geçirilme aşamasındadır (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/>)

Aile hekimi, genellikle muayenehanesinde ya da evinde bireysel olarak çalışır ve özel hekim kimliği taşır. Yanında modelin deyimi ile “yardımcı” olarak yanında hemşire, ebe ve sağlık memurundan oluşan aile sağlığı elemanlarını çalıştırabilir (Resmi Gazete, 25665, 2004;

25867; 25904, 2005). Aile hekimi mümkün olduğunca gider masrafını azaltmak amacıyla az parayla, sınırlı sayıda eleman ile çok iş yapmaya kalkışacak ve hizmetin kalitesini düşürecektir.

Aile hekimliği sistemi ekip anlayışına aykırıdır. İngiltere’de aile hekimliği, toplumcu bir yaklaşım olan Ulusal Sağlık Hizmeti kuruluşu sırasında Britanya Hekimler Birliği’nin geleneksel ve tutucu baskıları sonucu sistemin temelini oluşturmuştur. Ancak hiçbir zaman bir ekip çalışmasına gidememiş tümüyle tedavi ağırlıklı hekimlik üzerine kurulu bir model olarak kalmıştır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003). Oysa, çağdaş anlayış entegre hizmetleri öngörmektedir. Türkiye’de de aile hekiminin, salt sağaltım amaçlı çalışması düşünüldüğü için muayenehanesinde farklı disiplinlere yer vermesi beklenmez .

“Kişiyeye yönelik koruyucu hizmet” anlayışı yanlıştır. Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) sunumunda eksiklikler olduğunu belirten DB ve SB, sağlık sektörü reformu kapsamında kişiyeye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetleri birbirinden ayırarak, kişiyeye yönelik koruyucu hizmetlerin aile hekimleri tarafından verilmesiyle TSH’nin güçleneceğini iddia etmektedir. Oysa 1978’de Alma-Ata Bildirgesi’nde tanımlandığı şekilde TSH anlayışının önemli noktalarından biriside “çevreye bütünlüktür” (Üner 2005).

Koruyucu hizmetlerde kişiyeye ve topluma yönelik olarak ayırım yapılamaz. Sözelimi bağışıklama hem kişiyeye, hem topluma yönelik bir koruyucu hizmettir. Aile hekimlerinin salt kişiyeye yönelik koruyucu hizmetleri vereceği yaklaşımı bu nedenle hatalıdır. Örneğin; okul aşılarını kim yapacaktır? Aşı topluma yönelik bir koruyucu hizmetse sağlık ocağı yapacağı aşıları nasıl saptayacak ve aile hekimine nasıl haber verecektir? Aynı sorun aile hekimine kayıtlı bebeklerde de yaşanacaktır. Aile hekimleri aracılığı ile ulusal programları (sıtma, verem, vb) yürütmek olanaksızdır. Aile hekimi; ancak bireysel eğitim verebilir, gezmez, yerinde oturur ve “müşteri” bekler (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003, Öztekin 2004, Emiroğlu 2004).

Bulgaristan 1999’dan sonra DB’nın isteklerini karşılayarak aile hekimliği sistemiyle tam bir çıkmaza sürüklenmiş durumdadır. Artık Bulgaristan’da hastalar müşteri, aile hekimleri ise şahıs tüccarı olarak isimlendirilmektedir. Aşı oranları düşmüş, dış sağlığı hizmetleri gibi bazı hizmetler sigorta teminat paketinden çıkarılmış durumdadır (<http://www.saglikarastirmalari.org/modules.php?name=News&file=article&sid=49>).

“Hekim seçme özgürlüğü” ve “her aileye bir hekim” gerçek değildir. Çünkü aile hekimi “aile” ile ilgili değildir. Önerilen yapıya göre herkes istediği hekimi seçebilecektir. Dolayısıyla hekimi seçen

aileler değil bireylerdir ve herkes bireysel olarak istediği aile hekimini seçebilecektir. Böylece hekimler kendilerine başvuran bazı “hastaları” seçmeme özgürlüğüne sahip olur. Sözelimi nevroitik, ya da kanser tanısı almış bir çok insan “listeleri dolmuş bulunan” hekimlere kaydolmadan, ortada kalır. İngiltere’deki aile hekimliği uygulaması bunun örnekleri ile doludur (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Kanada’da uzun süredir sağlık sigortası ve aile hekimliği bir arada götürülürken artık tıkanmışlık yaşanmakta, aile hekimliği sadece kendilerine başvuran hastalara yönelik poliklinik uygulaması şeklinde gerçekleşmektedir. Hastalar yoğunluk ve niteliksiz hizmet nedeniyle zorunlu kalmadıkça hekime gitmemeye çalışmakta, sık sık aile hekimlerini değiştirmeye kalkmaktadır (<http://www.saglikarastirmalari.org/modules.php?name=News&file=article&sid=49>).

Olumlu rekabet söz konusu değildir. Aile hekimlerinin Sağlık Bakanı’nın deyiimiyle “tatlı tatlı ve olumlu bir rekabet içinde çalışacağı, çok çalışanın çok kazanacağı” ileri sürülmektedir. (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003). Başlangıçta SB’nin öngörülleri, aile hekimliği sisteminin, Türk sağlık sistemine ilave bir yük getirmeyeceğidir. Aile hekimliği uygulamaları ile tasarruf sağlanacağı, hekimlerin sabit maaşları üzerine, ürettikleri iş oranında, kazanç elde edeceği düşünülmektedir (<http://www.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=detay&sid=489>).

Kamu Personeli Kanunu Tasarısı Taslağı’nın (KPKTT) Geçici 17. maddesi “döner sermayeli işletmeler tasfiye edilip yeni bir düzenleme yapıncaya kadar” SB personeli ile üniversite personeline döner sermaye gelirlerinden karşılanmak üzere performans ödemesi düzenlenmektedir (Öztürk 2005). Aile hekimlerinin performans değerlendirmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınacaktır (Bakar, Akgün 2005). Hekimin hastasının her türlü isteğini yerine getirmesi, istediği ilaçları yazması, biraz rapor almasını önermesi, hem kendisinin hem hastasının yararına olacaktır. Yoksa piyasanın olumlu rekabet kurallarına göre hekim müşterisini kaybedecektir. Bu da aslında yapılmayan, fakat yapılmış gösterilen bir çok uygulama sonucu haksız kazanç sağlamaya neden olacaktır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Almanya’da aile hekimliği sosyal sigorta ile bağlantılı olması nedeniyle aşırı ve gereksiz kullanıma açık, oldukça pahalı bir sistem yaratmıştır. Aile hekimleri koydukları tanı ve yaptıkları girişimlere karşılık belli puanlar toplayan ve bu puanların karşılığında para kazanabilen mekanik bir kitle haline gelmiştir. Doğal olarak bazı hastalıklar veya hastalar puan olarak değersiz olduğundan aile hekimlerinin ilgisini çekmemektedir. Almanya’da aile hekimlerine

ödemeler hizmet başına yapılmaktadır. Bu durum İngiltere’de de aynıdır. Kanserli hastalar kendilerine bakacak aile hekimi bulamamaktadırlar (<http://www.saglikarastirmalari.org/modules.php?name=News&file=article&sid=49> Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Aile hekimliği çok pahalı bir sistemdir. Her aile hekiminin ayrı ayrı muayenehane açacağı ve döşeyeceği; özellikle röntgen, ultrason gibi tıbbi araçlar açısından gereksiz örtüşmeler yaşanacağı; hastanın hekimler ve laboratuvarlar arasında “pas”laşılacağı dikkate alınır, harcamalarda doğrudan bir artış olacağını kestirmek güç değildir. Üstelik bu harcamalar sonuçta hizmeti kullananlara yani topluma yansıtılacaktır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003). Bu sistemde acil haller hariç kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olursa olsun aile hekimini sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacaktır (Bakar, Akgün 2005).

Hekimler ve aile sağlığı elemanları (hemşire/ebe/sağlık memuru) için yüksek ücret gerçek dışıdır. Aile hekimi olacakların şu anki düşük ücretler yerine yüksek bir gelir düzeyine sahip olacağı savı tümüyle kandırmacıdır. Devlet artık sözleşmeli hekimler ve aile sağlığı elemanları (hemşire/ebe/sağlık memuru) çalıştıracak, iş güvencesi ve sosyal hakları olmayan bir kitle yaratılacaktır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Sözleşmeli personel; Kamu Personeli Kanunu Tasarısı Taslağı’nda (KPKTT), sözleşmeli personel; *memurlarca yerine getirilmesi gerekmeyen hizmetlerin ifası amacıyla, bu kanunda belirtilen esaslar çerçevesinde sözleşme ile tam zamanlı veya günün belirli saatlerinde veya haftanın yada ayın belirli gün veya saatlerinde kısmi zamanlı olarak çalıştırılan ve işçi sayılmayan personel* olarak tanımlanmaktadır. Sözleşmeli olarak çalışacak aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının (hemşire/ebe/sağlık memuru) belirli bir “pozisyon” da ve “çakılı” olarak çalıştırılması öngörülmektedir. Deprem, yangın, olağanüstü hal, seferberlik ve savaş hali gibi kanunla tanımlanmış durumlarda bir sözleşme döneminde iki ayı aşmayan geçici görevlendirmeler dışında pozisyonun tahsis edildiği yer dışındaki birimlerde geçici veya sürekli görevlendirilmesi ve çalıştırılması yasaklanmıştır. Kısmi zamanlı çalışma günün belli saatlerinde olabileceği gibi haftanın yada ayın belirli gün ve saatlerinde mümkün kılınmıştır (Öztürk 2005).

KPKTT’nin 6. maddesi açık olarak “*sözleşmeli personel pozisyonları, bu pozisyonları, bu pozisyonlarda çalışanlar açısından iş sürekliliği sağlamaz*” hükmünü içeriyor. Taslağın 63. maddesinde sözleşmeli personelin görevinin sona erme koşulları tanımlanmıştır:

- Bu kanun ve sözleşme hükümlerine göre sözleşmenin fes edilmesi veya fes edilmiş sayılması,
- Göreve alınma şartlarından herhangi birinin taşımadığının sonradan anlaşılması veya bu şartlardan herhangi birinin sonradan kaybedilmesi,
- Sözleşme süresinin sona ermesi,
- Pozisyonunun kaldırılması,
- Haklarında emeklilik hükümlerinin uygulanması,
- Ölümü

Görüldüğü gibi, sözleşmenin fes edilmesi veya fes edilmiş sayılması, sözleşme süresinin sona ermesi ve pozisyonunun kaldırılması durumunda da sözleşmeli çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının (hemşire/ebe/sağlık memuru) görevi sona eriyor. Bunun yanı sıra ilk defa sözleşmeli personel olarak göreve alınanlar eğer birinci yılın sonunda sözleşmeleri yenilenmezse aradan üç yıl geçmeden ve yeni bir sınav sonucuna göre göreve alınma hakkı elde etmeden memur ve sözleşmeli personel olarak çalışamayacaklar. Personel ve başarı değerlendirmesi olumsuz olan sözleşmeli çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının (hemşire/ebe/sağlık memuru) sözleşmesi yenilenmediği gibi aradan bir yıl geçmeden memur veya sözleşmeli personel olarak çalışmaları da yasaklanmış durumdadır. Olumsuz değerlendirme alması nedeniyle sözleşmesi ikinci kez yenilenmeyenler beş yıl geçmedikçe; üçüncü kez yenilenmeyenler ise bir daha memur veya sözleşmeli personel olarak çalışamayacaklar (Öztürk 2005).

Sendikal haklar; Aile hekimleri, KPKTT'nin 21. maddesine göre memurlar ve sözleşmeli çalışan özel kanun da belirtilen hükümlere göre sendika ve üst birlikler kurabilecek ve bunlara üye olabileceklerdir. Ancak taslağın 27. ve 28. maddeleriyle memurlar ve sözleşmeli personelin toplu olarak göreve gelmemeleri veya hizmetin yavaşlatılması veya aksatılması sonucunu doğuracak eylemlerde bulunmaları ile greve karar vermeleri, grev düzenlemeleri, ilan etmeleri, bu yolla propaganda yapmaları, herhangi bir greve veya grev teşebbüsüne katılmaları, desteklemeleri veya teşvik etmeleri yasaklanmıştır (Öztürk 2005). Sözleşmeli çalışma, ancak sendika, toplu sözleşme ve grev hakkı olursa anlam kazanacaktır .

İzin ve hastalık izinleri; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'ndan (DMK) farklı olarak KPKTT'de yıllık izinler "gün" olarak değil, şimdiki kadar işçilerde olduğu gibi, "iş günü" olarak tanımlanmış ve memurlar tam zamanlı sözleşmeli personel için ortak olarak düzenlenmiştir. Hizmeti bir yıldan beş yıla kadar (beş yıl dahil) olanların on beş

işgünü, beş yıldan fazla on beş yıldan az olanların yirmi iş günü, on beş yıl (dahil) ve daha fazla olanların yirmi altı iş günü izin hakları mevcuttur. Memurlara kanser, verem ve akıl hastalığı gibi uzun süreli, bir tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkları halinde on sekiz aya kadar, diğer hastalık hallerinde ise on iki aya kadar izin hakkı tanınmıştır. Tam zamanlı çalışan sözleşmeli personel için yarısı kadar izin uygun görülmüştür. Bu madde sözleşmeli personeli bir çeşit ikinci sınıf kamu çalışanı olarak gördüğünü göstermektedir (Öztürk 2005).

Sayılan özellikleri ile aile hekimliği sisteminin bir “sistemsizlik” yaratacağı ve küreselleşme saldırısının ilk aşaması olan “kuralsızlık” oluşturulması amacıyla sermayenin sağlıkta atacağı önemli bir adım olduğu ortaya çıkmaktadır (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2004’de bu kez yoksulluk temasını ele almış, ancak onun da ele alış biçimi DSÖ’den farklı olmamıştır. Toplantılarda “kendileri de bir yoksul ve yoksun olan hemşireler” kendi ülkelerinde ki yoksullar için ne yapabileceklerini tartışmaya başlamışlardır. Günümüzde, yapılan uygulamalar ile sağlık hizmetinin özelleştirilmesi kapsamında *hemşireler işsiz kalmıştır ya da ucuz emek gücüne dönüşmüştür*: İhale ile bir kuruma giren ve ihale süresi bittikten sonra, yeniden sözleşme yapılamadığı için işlerine son verilen hemşireler ve bakımsız kalan hastalar vardır. Sözleşme ile işe başladıkları kurumda sözde 40 saatten fazla çalıştırılan, döner sermaye ve nöbet ücretlerinden yaralandırılmayan hemşireler vardır. Buna rağmen işsiz kalmamak için vakıf işçisi olarak 400–500 YTL’ ye çalışmayı kabul eden hemşireler vardır. Bunu kabul etmeyip işsiz kalmayı göze alan hemşireler olduğu gibi işsiz kalmak korkusuyla, çalıştığı kurumda hiçbir şeye sesini çıkartamayan hemşireler vardır (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/>)

Küba, aile hekimliğine 1980’li yıllarda tamamen teknik nedenlerle geçmiştir. Sistemin amacı giderek yaşlanan nüfusun yaklaşık 500 kişilik topluluklarla sınırlandırılarak yakından izlenmesi, hekimi poliklinik yapmaktan çıkarıp küçük nüfusa sürekli ve alanda hizmet götürür duruma getirmek ve sevk oranını azaltmaktır. Bu nedenle örneğin aile hekimi sevk ettiği hasta ile birlikte hastaneye gitmek ve sonucunu izlemek zorundadır. Küba’daki uygulamaya gerçekte aile hekimliği demek güçtür. Çünkü amacı piyasa ekonomisinin uygulanması değildir (Aksakoğlu, Kılıç, Uçku 2003). Küba’da sağlık, eğitim, ulaşım vb. pek çok kamusal hizmet parasız, sağlık örgütlenmesi merkezi, planlı, basamaklı ve koruyucu sağlık hizmetleri önceliklidir. Aile hekimleri de sağlık hizmetlerinin en son halkasını oluşturur. Hekimler ve hemşireler zamanlarının önemli bölümünü su sanitasyonu, beslenme, gebelik

bakımı, doğum kontrolü gibi koruyucu hizmetlere ayırır. Her 15-20 aile hekimi, kendileriyle çalışan hemşirelerle birlikte bir çalışma grubu oluşturur. Bu grubun sürekli eğitimi, probleme dayalı biçimde en yakın poliklinik ve kırsal hastanede çalışan iç hastalıkları, çocuk, doğum ve jinekoloji, psikiyatri uzmanlarından ve denetleyici bir hemşireden oluşan ekipçe gerçekleştirilir (Özkan 2003).

AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASI

Ülkemizde “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısının” (SSGSS) henüz yasalasmadan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun yürürlüğe girmiş (24 Kasım 2004), Düzce’de 15 Eylül 2005’te uygulama başlamış, bu uygulamanın sonuçları açığa çıkmadan, 10 il daha pilot bölge ilan edilerek, alt yapı çalışmaları başlamıştır. Bu iller; Adana, Denizli, Edirne, Elazığ, Eskişehir, Gümüşhane, Isparta, Kırıkkale, İzmir, Sakarya’dır. 2007 yılı sonuna kadar tüm illerde bu modele geçilmesi planlanmaktadır. Bu yasa çerçevesinde 3 yönetmelik çıkarılmıştır. Yönetmeliklere göre 2500-3000 nüfusa bir Aile Hekimliği Merkezi açılmakta, ilçelerde bir ve merkezde nüfusa göre sayısı değişen Toplum Sağlığı Merkezleri açılmaktadır (<http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/ailehekimligi1.htm>).

Toplum Sağlığı Merkezleri; Toplu aşı, adli tabiplik, evlilik işlemleri, okul sağlığı hizmetlerini yürütmek için Düzce merkez ve ilçelerde birer tane olmak üzere açılmıştır. Bu uygulama ile birinci basamak sağlık hizmetleri bütüncül özelliğini kaybetmiş, parçalanmıştır. Aile Hekimliğinde hekime giderler için 1900 YTL ödenmektedir. Sağlık ocaklarına koşullara göre 3-6 aile hekimi yerleştirilmekte, tıbbi cihaz ihtiyaçları şimdilik karşılanmaktadır. Telefon, elektrik, yakıt, temizlik elemanının sigorta dahil maaşı, aile hekimleri tarafından karşılanmaktadır. Sağlık ocaklarının kira tespiti yapılmakta olup kira bedeli hekimlerden alınacaktır. Sağlık emekçilerinin iş tarifi esnekleşmiştir. Örn: Yönetmelikte aile sağlığı elemanının (hemşire/ebe/sağlık memuru) yapacağı işler sıralanmış en sonunda ise ‘hekimin verdiği işleri yapar’ şeklinde görev tanımı esnekleştirilmiştir. Çalışma saatleri ise haftada 40 saat olarak belirtilmesine rağmen, telefonla eve çağırıldığında gidilme zorunluluğundan dolayı belirsizleşmiştir. Ücretler performans kriterlerine göre belirlenmekte olduğundan ücretlerde esnekleşmiştir. Düzce’de, ihtiyaç duyulan 104 hekim hala bulunamamıştır. İldeki 80 hekimin yaklaşık 72’si, 180 ebe-hemşire-sağlık memurunun 28 tanesi zorunlu-gönüllü olmuştur. Sözleşmeliliğe gönüllü geçene kadrolarının saklı tutulacağı, istenildiği an geri döneceği ifade edilmiştir (<http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/ailehekimligi1.htm>).

Mevcut Çalışanlar

Madde 53: Kadrosu kaldırılan memurlar en geç 6 ay içinde kendi kurumlarında niteliklerine uygun kadroya atanır veya pozisyonda görevlendirilir. Kurumlarında olanak yoksa başka bir kurumda çalıştırılır.

Geçici 1. Madde: Kalmak isteyenler kadrolarında bırakılır. Kadrolar herhangi bir nedenle boşaldığında başka işleme gerek kalmaksızın iptal edilmiş sayılır.

Sonuç olarak; Bir bütün olarak sağlık hakkını ortadan kaldıran bu modelden, uygulandığı bir çok ülkede geri dönüşler olmuş (İtalya, İspanya, Yunanistan vb) bir çok ülkede ise tartışılmaktadır (Almanya) (<http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/ailehekimligi1.htm>). Aile hekimliği modeli bir bütün olarak GSS ile ve kamu personel rejimi ile birlikte özelde sağlıkta piyasalaştırmanın genelde kamu hizmetlerini tasfiye etmenin önemli bir adımıdır. Fakat kayıt dışı istihdamın, işsizliğin, yoksulluğun yüksek olduğu ülke koşullarında uygulanma şansı yoktur.

ÖNERİLER

Aile Hekimliği kabul edilemez bir model ve sistem önerisidir. Türkiye'nin özgün modeli Sosyalleştirme Yasası uyarınca Sağlık Ocağı temelli olarak belirlenmiştir. Türkiye'de birincil sağlık hizmetine aile hekimliği modelinin uyarlanması sosyalleştirme anlayış ve koşullarına taban tabana karşıttır. Varolan modelin eksiklerinin giderilmesi için yapılması gereken, sağlık ocağı ile sunulmakta olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi olmalıdır. Tüm sağlık çalışanlarını kapsayan eğitim programları yapılarak, getirilmesi istenen bu köklü sistem değişimi hakkında farkındalık yaratılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Aile Hekimliği Nedir, Neler Getiriyor, Ne Yapmalı?, <http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/ailehekimligi1.htm> (Erişim tarihi: 15.02.2006).
2. Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. (2003). Aile Hekimliği Türkiye İçin Uygun Değildir. Toplum ve Hekim, Cilt:18, Sayı: 4, 251-257.
3. Aydın Tabip Odası Aile Hekimliği Çalışması, www.aydintabip.org.tr/aile/ailehekimligi.ppt Erişim tarihi: 15.02.2006
4. Bazı Ülkelerdeki Aile Hekimliği Uygulamaları. Kaynak: Tıp Dünyası Gazetesi <http://www.saglikarastirmalari.org/modules.php?name=News&file=article&sid=49> (Erişim tarihi: 15.02.2006)
5. Deveci SE, ve ark. (2004). Aile Hekimliği ve Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Kavramlarına Halkın Yaklaşımı-Bir Ön Çalışma.).Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Özet Kitabı.369.

6. Emiroğlu C. (2004). Sosyal Güvenlik Hakkı, Genel Sağlık Sigorta Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm. zgrlk Dünyası, Nisan, 41-64.
7. Hoşgeçin K. (1997). Aile Hekimi Kimdir? Sağlıkta Strateji. Haziran, Sayı: 14, 9.
8. <http://www.saglik.gov.tr/aile/>
9. <http://www.saglik.gov.tr/aile/doc/Pilotkanun.pdf>
10. zkan . (2003). 1980 Sonrası Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Hemşireliğe Yansımaları. 12 Mayıs 2003 Dünya Hemşireler Günü., Ed:Saadet lker, Gülseren Kocaman, zlem zkan, HEMAR-GE Ankara, 93-112.
11. Öztürk O. (2005). Kamu Personeli Kanunu Tasarısı Taslağı Neler Getiriyor?. Toplum ve Hekim, Cilt:20, Sayı:4, 269-273.
12. Pala K, Yavuz CI. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması zerine Bir Değerlendirme: Düzce rneği, Toplum ve Hekim., Cilt: 20, Sayı:3, 162-171.
13. Pala K, ve ark. (2005). Bursa Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışanların Döner Sermaye ve Aile Hekimliği ile İlgili Düşünceleri. Toplum ve Hekim, Cilt:20, Sayı: 3, 173-185.
14. Resmi Gazete. (2004). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, kabul tarihi: 24.11.2004, sayı: 25665.
15. Resmi Gazete. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Kabul tarihi: 06.07.2005, sayı: 25867.
16. Resmi Gazete. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak demeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik. Kabul tarihi: 12.08.2005, sayı: 25904.
17. Saçaklıoğlu F (2005). Pazar Dinamikleri Tıp Eğitimini ve Hekimleri Nasıl Etkiliyor? “Gizli Müfredat”. Cilt:20, Sayı:4, 242-246.
18. Sağlık Bakanlığı. <http://www.izleme.saglik.gov.tr/05.htm> (Erişim tarihi:27.02.2006)
19. Soyer A. (2004). 1994 Krizi Nasıl Etkili Oldu, 2001 Krizi İçin, Ne Dersler Sunmakta?. Sağlığın yks, 183-188.
20. THD Haber Bülteni. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/>(Erişim tarihi: 15.02.2006)
21. TTB, Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu. (2004). Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye’sinde Halka ve Hekimlere / Sağlık Personeline Ne Getiriyor?. Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2. Baskı.
22. ner S. (2005). Sağlıkta Dönüşümün Temel Sağlık Hizmetlerine Etkileri. Toplum ve Hekim, Cilt: 20, Sayı:1, 75-78.

YAŞLILIK VE KADIN

SENESCENCE AND WOMAN

Emel TAŞÇI Aynur SARUHAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı / İZMİR

Anahtar Sözcükler: yaşlı, kadın, sağlık

Key Words: elderly, woman, health

ÖZET

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de önlenabilir ölümlerin azaltılması, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve gelişen bu hizmetlere ulaşımın artması, beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenlerden dolayı beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfus giderek daha yaşlanmaktadır. Yaşlılık dönemi çeşitli fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara sahne olmaktadır.

Yaşlanan kadınlar için en önde gelen sağlık problemleri kardiyovasküler nedenlerdir. Bunu kanser ve serebrovasküler nedenler takip etmektedir. Her üç hastalık için de mortalite hızı 65 yaşından sonra giderek artmaktadır. Tek başına mortalite hızı kadın sağlığı ile ilgili durumu göstermemektedir. Gerek fiziksel gerekse sosyal yaşanan değişimler bu dönemde bazı ruhsal sıkıntıların yaşanmasına neden olabilir.

Erkekler ve kadınlar arasındaki psikolojik ve fizyolojik farklılıkların varlığı da göz önüne alındığında, yaşlanmanın kadın sağlığı açısından ayrı bir antite olarak ele alınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

SUMMARY

Due to the reasons such as decrease in preventable deaths, improvement in health services and increase in the access to these services, changes in nourishment and in life style, the life span prolongs and the population ages progressively in our country as well as in whole world. The period of senescence is subject to various types of physical, spiritual and social problems.

The foremost health problems for aging women are cardiovascular events, followed by cancer and cerebrovascular events. The rate of mortality for all three diseases increases gradually after 65 years of age. The mortality rate alone doesn't indicate the status related to woman health. Either physically or socially experienced alterations may result in experiencing certain spiritual difficulties during this period.

When the presence of psychological and physiological differences between men and women is considered, aging should be handled and evaluated as a separate entity in regards to the woman health.

GİRİŞ

Yaşlılığın biyoloji, sosyal ve ekonomik yönlerden tanımlamaları yapılırsa da, genel olarak 65 yaşın üzerindeki döneme yaşlılık dönemi denildiği bilinmektedir (Öztürk 2004).

Tarihte Yaşlılık

Eflatun (M.Ö.427-347), Poplitea adlı eserinde yaşlılık döneminin nasıl yaşanacağını büyük ölçüde gençlik ve erişkin çağdaki yaşam biçimi tarafından belirlendiğini vurgulamıştır.

Hipokrat (M.Ö.460-377), yaşlılığı 56 yaşında başlatmış ve yaşlılığın belirtilerini vurgulamıştır. Yaşlılıkla ilgili ilk ciddi araştırmalar **Japon araştırmacılar** tarafından 1920’de yapılmıştır (Öztürk 2004).

Yaşlılığı şu üç boyutta tanımlamak belki de en doğrusudur;

- Biyolojik yaşlılık*; gelişim süreci içinde vücut organları ve sistemlerindeki yapısal ve işlevsel değişimdir.
- Psikolojik yaşlılık*; kişinin gelişim süreci içinde deneyimlerinin artmasına bağlı olarak oluşan davranış değişiklikleri ve uyumsal davranış kapasitesidir.
- Sosyolojik yaşlılık*; tanımı ise, yaşam boyunca kişinin toplumsal rolleri ve statüsü, beklentileri ve normların değişmesi ile ilgilidir.

Araştırmacılar, konuya bilimsel açıdan yaklaşmak istediklerinde yaşlılığı farklı boyutlardan ele almak yerine uygulanabilir nitelikte bir “operasyonel” tanıma gereksinim duymuşlardır. Bu aşamada yaşlılığın başlangıç yaşı tartışmaya başlanmıştır. Bu konu insanın ortalama yaşam süresi ile doğrudan ilişkilidir. Örn; Amerika’da 1900’lu yıllarda beklenen yaşam süresi 47 iken bu 1990’lı yıllarda 74 yıla çıkmıştır (Uysal 1993).

“*Beklenen sağlıklı yaşam süresi*” terimi kişinin göreceli olarak iyi sağlıklı bir şekilde yaşamayı umabileceği yılların sayısını tanımlamak için geliştirilmiştir. Sağlıklı beklenen yaşam süresi mutlaka hastalısız yaşam beklentisi olmayıp, bir yada daha fazla sayıda kronik durum sonucu normal fonksiyonlar sınırlandırılmaksızın beklenen yaşam süresini belirtmektedir. Şu anda 45’den fazla ülke sağlıklı beklenen yaşam süresini tahmin etmektedir. Bu çalışmalara dayanan genel sonuç; kadınlar genellikle erkeklere göre yaşamlarının daha fazlasını bazı fonksiyonel sınırlılıklarla geçirmektedirler. Bu gelişmekte olan ülkeler kadar gelişmiş ülkeler içinde geçerlidir (Uncu 2004).

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de önlenebilir ölümlerin azaltılması, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve gelişen bu hizmetlere ulaşımın artması, beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenlerden dolayı beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfus giderek daha yaşlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde nüfusun %15-20'sini yaşlılar oluşturmaktadır. Ülkemizde ise, 1950 yılında %3.3 olan 65 ve üzeri yaş nüfusu, yaklaşık 50 yıl sonra 1998'de %5.9'a ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tahminlere göre, 2025 ve 2050 yılları için gelişmiş ülkelerde nüfusun %30-40'ını yaşlıların oluşturacağı beklenmektedir (Öztürk 2004).

Doğuştaki beklenen yaşam süresi 2003 yılı için kadınlarda 71, erkeklerde 66.4'tür (Kadın ve Sağlık 2006).

Yirmi birinci yüzyılda herkes için sağlık 21 hedef kapsamında, yaşlıların yaşam beklentisinde ve 65 yaşında sakatlık olmadan yaşam beklentisinde en az %20 artış sağlanması gerektiği belirtilmektedir (21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık 21)

Beklenen yaşam süresinde kadın ve erkek arasında anlamlı farklılıklar vardır. Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam kadınlarda erkeklerden 6-8 yıl daha uzundur. Beklenen yaşam süresi günümüzde en az 35 ülkede 80 yaşını aşmış durumdadır. Bununla birlikte kadınlar için beklenen yaşam süresi farkı gelişmişlik düzeylerinde olan ülkeler için belirgin olarak farklılık göstermektedir (en az gelişmiş ülkelerde 50, hızlı ekonomik gelişme gösteren ülkelerde 60-70 yaşlara kadar değişmektedir). Ancak sadece doğumda beklenen yaşam süresi gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların yaşam süresinde yanıltıcı olabilmektedir. Günümüzde 60 yaş üzerindeki kadınların yarısından fazlası gelişmekte olan bölgelerde yaşamaktadır (198 milyona karşılık 135 milyon gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır); ve gelecekte gelişmekte olan bölgelerde yaşayan yaşlı kadın yüzdesi dramatik bir şekilde artacaktır (45-49 yaş grubu kadınların 2/3'ü gelişmekte olan ülkelerde 1/3'ü gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır). Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların ömürleri orta yaşlara eriştiğinde beklenen yaşam süresi gelişmiş ülkelere yaklaşmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki 65 yaşındaki kadınların beklenen yaşam süresi gelişmiş ülkelerdeki aynı yaştaki kadınların 3/4'ü kadardır ve genç yaşlardaki mortalite azaldıkça gelecekte aradaki fark azalacaktır (Yardım 2001). Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam kadınlarda erkeklerden 6-8 yıl daha uzundur. Örneğin; beklenen yaşam süresi bir Japon kadın için 82.5 yıl, İskoç kadın için 87.8 yıldır. Bu gerçekler kadınların sağlıklı olduğu gibi bir algılamaya neden olabilmektedir (Yardım 2001).

Yaşlanma, her canlıda görülen ve tüm fonksiyonlarda azalmaya neden olan kaçınılmaz bir süreçtir. Ancak, bu süreçle birlikte yaşlılık dönemi çeşitli fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara sahne olmaktadır.

Yaşlıların sayısındaki artışla beraber, sıklığı yaşla birlikte artan hipertansiyon, diabetes mellitüs, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık ve osteoporoz gibi pek çok kronik hastalığa da daha sık rastlanmaktadır. Öte yandan, fonksiyonlardaki azalma ve kronik hastalıklar, yaşlı kişilerin toplum içindeki aktifliğinde kısıtlılığa, başkalarına bağımlı duruma geçmelerine ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır. Bu durumda, yaşlılar bir taraftan sağlık sorunları ile uğraşırken, diğer taraftan da sosyal sorunların üstesinden gelmeye çalışmaktadırlar (Öztürk 2004).

Ülkemizde; Bazı Kentlerde Yapılan Çalışmalara Göre Yaşlılarda En Sık Saptanan Hastalıkların Dağılımı

Hastalık Adı	Kayseri	Ankara	Trabzon	Samsun	Ortalama
Hipertansiyon	42.7	56.1	35.7	48.6	46.0
Kas ve İskelet Sis.Hastalıkları	38.6	44.4	21.2	27.0	33.0
Kalp Hastalıkları	23.3	36.6	19.3	28.5	27.0
Diyabet	16.0	22.4	13.6	20.8	18.0
KOAH	17.1	12.7	7.9	9.4	12.0
Osteoporoz	13.3	21.5	-	26.8	21.0

Kaynak:<http://tip.erciyes.edu.tr/dersnotlari/Yusuf%20%C3%96zt%C3%BCrk/Yaşlılık%20Dönemi%20Sorunları-11.doc> 17.1.2004'den alındı.

Günümüz yaşlı kadın nüfusunun giderek artması, jinekoloji kliniklerine bu yaş grubundaki kadınların daha çok başvurmasına neden olmaktadır (Gürkan, Tuncer 2000).

Toplumsal cinsiyet analizlerine sağlık açısından yaşlanan kadının sağlığını etkileyen en önemli faktörün, sağlığa ulaşmadaki sınırlamalar ve bu sınırlamalar ile baş edebilme yollarının yetersizliği olduğu görülmektedir. Ayrıca diğer önemli parametreler ise, kadınların sağlık riskleri taşımaları ve gereksinimlerine sağlık hizmetlerinin verdiği cevap olarak ortaya çıkmaktadır. Bu süreçler içinde kadınların biyolojik özellikleri, sosyo-ekonomik sınıfları, etnik yapıları ve yaşları da göz önüne alınması gereken diğer faktörlerdir.

Bilindiği gibi kadınların beklenen yaşam süresi erkeklerden daha uzundur. Ayrıca kadınlar bazı tıbbi durum yada hastalıklara erkeklere oranla daha fazla yatkınlık göstermekte ve yaşamları boyunca bu nedenlerden dolayı sağlık merkezlerine daha sık başvurumaktadırlar. Erkekler ve kadınlar arasındaki fizyolojik ve psikolojik farklılıklar göze alındığında yaşlanmanın kadın sağlığı açısından ayrı bir antite olarak ele alınması gerekmektedir (Kutsal 2005).

Bu makalenin amacı, yaşlılıkta kadınların karşılaştıkları sağlık problemlerinin, yaşlanmanın kadın sağlığı üzerindeki etkisinin ve yaşlı kadın sağlığı üzerinde hemşirenin sorumluluklarının belirtilmesidir.

Her yıl daha fazla kadın akut medikal problemler nedeniyle (solunum sistemi problemleri, sindirim sistemi problemleri gibi) doktora başvurmaktadır. Ayrıca kadınlarda bir çok kronik problem (artrit, tiroid hastalıkları, migren, mesane problemleri, gastrit, kolit, kronik konstipasyon gibi) daha fazla görülmektedir. Gerek fiziksel gerekse sosyal yaşanan değişimler bu dönemde bazı ruhsal sıkıntıların yaşanmasına neden olabilir (Uncu 2004). Bunlar arasında en sık;

Uyku Bozuklukları: Uyku paterni yaşın ilerlemesi ile birlikte değişmektedir. Ancak bununla ilgili görüş birliği yoktur. Bazı çalışmalarda yaşlanmayla birlikte uykunun azaldığı gösterilse de, buna karşı olan çalışmalarda uyku süresinin değişmediği, tam tersine arttığı ancak gündüz şekerlemelerinin ve uyku düzenindeki değişmelerin gece uykusunda azalmanın yerini aldığını iddia edilmektedir (Uncu 2004).

Demans (Bunama):Yaşın ilerlemesi ile birlikte yeni bilgilerin hatırlanmasında azalma görülmektedir, ancak diğer bilişsel fonksiyonlar genellikle bozulmamaktadır. Bu bozukluk, 65 yaşın üstündeki insanların %15'inde görülmekte olup, 80 yaşından sonra %50 oranında görülmektedir. Demans tanısının konması için kısa dönem hafıza bozukluğunun (yeni bilgilerin öğrenilmesinde bozukluk) veya uzun dönem hafıza bozukluğunun (geçmişe ait bilgilerin hatırlanmasında bozukluk) gösterilmesi gerekir (Uncu 2004).

En yaygın hormon tedavilerinin, 65 yaşın üzerindeki kadınlarda bunama ve beyin kanaması riskini artırdığı bildirilmiştir. ABD'de yayımlanan yeni araştırmalara göre, hormon tedavileri, bunama riskini iki kat, beyin kanaması riskini de üçte bir oranında artırmaktadır. Östrojen ve projesteron tedavisi araştırmasına katılan 4532 kadından 31'inde bunama görülmüş, bunların % 66'sı hormon alan grupta, % 34'ü ise plasebo verilen grupta ortaya çıkmıştır (Hormon Tedavisi 2005).

Alzheimer hastalığı genellikle 60 yaşından sonra ortaya çıkan bir hastalıktır. Yaklaşık olarak 65 yaşın üzerinde her 10 kişiden birinde; 85 yaşın üzerindeki ise her iki kişiden birinde görülmektedir (www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html.50k). Alzheimer hastalığının prevalansı yaş ile birlikte, büyük oranda 85 yaş ve üzeri gruplarda artmaktadır. Bu hastalığın 2050 yıllarında % 4-10 civarında insanı etkileyeceği ve bunların % 20'sinin 85 yaş ve üzerinde olacağı düşünülmektedir (Woods 2001). Tüm dünyada 20 milyona yakın Alzheimer hastası bulunduğu tahmin edilmektedir (Uncu 2004). Kadınların, finanssal kaynaklarının erkeklerden daha sınırlı olması, sosyal dezavantajlar ve kadınların dul olması, yalnız yaşaması gibi faktörler hastalığa yakalanmada risk faktörleridir (Woods 2001).

Depresyon:Yaşlılık döneminde rastlanılan en sık duygu durum bozukluğu depresyondur. Çeşitli yayınlarda 65 yaş üstü yaşlılarda

maajör depresyon sıklığı %1-3 arasında bildirilirken, distimi %2, klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtileri ise %8-15 civarında bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise 65 yaş üstü populas-yonda maajör depresyon yaygınlığı %6 ve depresif belirtiler ise %11 olarak bildirilmiştir (Kaya 1999, Uncu 2004). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, alanda %29, kurumda yaşayanlarda %41 gibi yüksek bir oranda depresyon saptanmıştır (Kaya 1999).

ABD'de yürütölen Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) adlı epidemiyolojik çalışmada yaşlılarda ortalama depresyon yaygınlığının %1 olduğu, ve bu sayının genel populas-yona oranla daha düşük olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmada yaşlı kadınlarda depresyon yaygınlığı %1.4 olarak bulunmuşken, erkeklerde bu sayı %0.4 civarındadır (NIH 1992).

Kadın olmak, düşük sosyoekonomik statüde bulunmak, dul olmak, yalnız yaşıyor olmak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluk yada kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, günlük yaşam aktivitelerinde kendi kendine yetemiyor olmak depresyon için risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Uncu 2004).

Kanser: Günümüz dünyasında giderek artan yaşlı kadın nüfusu, jinekoloji kliniklerine bu yaş grubundaki kadınların daha çok başvurmasına neden olmaktadır (Tuncer 2000). Yaşın ilerlemesi kanser gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Kanser 50 yaşına kadar kadınlarda daha fazla görüldüğü halde, bu yaştan sonra erkeklerde giderek artmakta ve 85 yaşına ulaşıldığında erkeklerde kanser mortalite hızı kadınların 2 katına ulaşmaktadır (Uncu 2004). Jinekolojik problemlerin hemen hepsi bu yaş grubunda görülebilmesine rağmen özellikle jinekolojik kanserler, vulvar distrofiler ve ürogenital atrofi önde gelen morbidite nedenleri olarak öne çıkmaktadır. Jinekolojik kanserler tüm kadın kanserlerinin yaklaşık olarak 1/5'ini oluştururlar. Jinekolojik kanserler içerisinde en sık göröleni endometrium kanseridir (Tuncer 2000). Olguların % 75-80'i postmenopozal dönemde olup en çok 60'lı ve 70'li yaşlarda görölür (Tabata 2002). Daha az sıklıkla serviks uteri kanseri ve over kanseri görölür. Kadın populas-yonunda hayat boyu endometrium kanseri geliştirme riski %2 civarındadır. Genellikle postmenopozal yaşlı kadınların bir hastalığıdır. Etkin bir tarama yöntemi mevcut değildir. Ancak erken olarak ortaya çıkan vaginal kanama şikayeti olguların önemli bir kısmının erken evrede yakalanmasını sağlar (Tuncer 2000).

Meme kanseri sıklığı ve mortalite hızı yaşla birlikte artmaktadır. Batı ülkelerinde menapozla birlikte meme kanseri sıklığında artış devam etmektedir. Altmış beş yaş üzeri kadınlarda görölme sıklığı 322/100.000 iken, 65 yaşından genç kadınlarda 60/100.000'dir . Bu oran 85 yaş üzeri kadınlarda 375/100.000'e kadar çıkmaktadır. Bu bilgilerin

aksine Asya ülkelerinde menapozla birlikte meme kanseri sıklığı azalmaktadır (Yorgancı, Kaynaroğlu 1999).

Birçok tip kanserde özellikle meme ve serviks kanserlerinde erken tanı önlemede temel stratejidir. Meme kanserinde erken tanı eğitilmiş sağlık çalışanlarınca memenin fizik muayenesi, kendi kendine muayene ve mamografiyi içermektedir. Genel tarama programı olarak mamografi, gelişmekte olan ülkelerin olanaklarının ötesindedir ve kendi kendine meme muayenesi stratejilerinin uygulanmasına acil gereklilik vardır (Yardım 2001).

Sistemik Hastalıklar: Kadınlarda 65 yaşını geçtikçe diyabet, artrit, sindirim sistemi problemleri ve tiroid hastalıkları da erkeklerde görüldüğünden daha fazla görülmektedir. Kadının uzun yaşama süreci devam ettikçe özellikle yaşlılara özgü problemler ile daha çok karşı karşıya kalmaktadırlar (Uncu 2004). Yaşlılıkta kalp rahatsızlığı, kanser, kemik erimesi, romatizmal hastalıklar gibi yaşam kalitesini etkileyen sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Kadınların çoğu karşılaştıkları sağlık risklerinden, dolayısıyla, bu risklerin kontrolünden haberdar değildir (Yardım 2001).

Kardiyovasküler Hastalıklar: Kardiyovasküler nedenler yaşlanan kadınlar için en önde gelen sağlık problemleridir ve bunu kanser ve serebrovasküler nedenler takip etmektedir. Her üç hastalık için de mortalite hızı 65 yaşından sonra giderek artmaktadır ve erkeklerdeki mortalite hızına benzer olmaktadır. Kadın yaşamında menopozun başlaması ile birlikte koroner damar hastalıkları için risk ortaya çıkmaktadır. Kardiyovasküler nedenlerle ölüm riski tüm kanserlere bağlı ölüm riskinden daha fazladır (Noble 2001). Türkiye’de her 1000 erkekte 39’unun ve 1000 kadından 33’ünün koroner kalp hastası olduğu belirtilmektedir. Kronik pulmoner hastalıklar ve pnömoni bu yaşlarda azalan immünite fonksiyonları ve buna bağlı gelişen enfeksiyonlar nedeniyle önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Uncu 2004).

Cinsel Sorunlar: Çoğu insan 50-60 yaşından sonra cinsel yaşamın sona ermesini yaşlılığın doğal bir sonucu olarak kabul etmektedir. Yaşlı bireyler cinsel sorunlarını açığa çıkarıp çare aramaktan çekinmekte ve kendi durumları ile barışık olmaya çabalamaktadırlar. Kadın ve erkeklerde de yaş ilerledikçe genel sağlık düzeyi ile birlikte cinsel performansta gerileme olmaktadır (Kavlak, Şirin 2004). Özellikle kadınlarda menopozdan sonra üreme sisteminde ortaya çıkan atrofik değişiklikler kadının bedenine olan güvenini sarsmaktadır. Cinsiyet hormonları kadın cinselliğinde önemli bir belirleyicidir. Cinsel fonksiyonların fizyolojik ölçümünde, genital kan akımı, vajinal pH ve lubrikasyon, arteriyel oksijenasyon, vajinal atrofi gibi değişiklikler değerlendirilir. Bununla birlikte, psikososyal ve yaş faktörleri, partnerin varlığı, evlilik

ilişkileri, mental sağlık, daha önce seksüel hoşnutluluk, ve erkeğin problemleri postmenopozal yaşlı kadınların seksüel disfonksiyon durumlarını etkilemektedir (Modelska et al. 2004).

Jinekolojik Sorunlar: Yaşlı kadınlarda en sık görülen jinekolojik sorunlar arasında: vulvanın enfeksiyon ve tümörleri, vaginitis ve dispanooya, çeşitli derecelerde utero-vaginal prolapsus ve genital kanalın herhangi bir yerindeki selim ve malign oluşumlar yer almaktadır (Kavlak, Şirin 2004). Genital organlardaki yaşlılığa bağlı, yaşlı kadınlarda en sık görülen jinekolojik sorunlar utero-vaginal prolapsus ve bu sorunlara bağlı olarak görülebilen inkontinanstır. İdrar kaçırma ve osteoporoz kadının bağımsızlığını daha çok risk altına almaktadır (Çoban, Şirin 2003).

İdrar kaçırma problemleri aynı yaş grubundaki erkeklere göre kadınlarda 2 kez daha fazla görülmektedir (Uncu 2004). ABD'de inkontinansın yılda 10 milyar dolar maliyeti olduğu bildirilmiştir. ABD'de yaşayan yaşlıların %15-30'unda, bakımevinde yaşayanların ise %50'sinden fazlasında üriner inkontinans vardır. Üriner inkontinans genel olarak geriatrik bir problem olarak görülmesine rağmen 20 yaş üstündeki kadınlarda değişen derecedeki prevalans %53 olarak bildirilmiştir. Arıkan ve arkadaşlarının (2003), yaptıkları çalışmada üriner inkontinans olanlardan 14 kişi (%56) inkontinansın günlük yaşam aktivitelerini önemsiz derecede, 8'i (%32) hafif derecede, 3'ü (%12) de önemli derecede etkilediğini bildirmiştir (Arıkan ve ark. 2003).

Yine osteoporoz vertebral kırıklara sekonder ağrı ve deformiteye, düşmeler sonucu kalça kırıklarına neden olmaktadır. Kalça kırığı olan kadınların yarısının bir daha asla bağımsız yürüyemedikleri, 1/3'ünün bir daha asla yalnız yaşayamadığını ve 1/5'inin ise kırıktan sonraki bir yıl içinde öldükleri belirtilmektedir (Uncu 2004).

Sağlıklı yaşlı kadınlarda % 71 oranında osteoporoz mevcuttur ve kemik kırılmaları çenelerde de görülmektedir (Canay, Çiftçi 2003).

YAŞLILIKTA KADIN SAĞLIĞINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Eğitim: Sağlığın diğer bir belirleyicisi eğitimidir; gelişmekte olan ülkelerde ileri yaştaki kadınlar arasında eğitim düzeyi ve okuma yazma düşüktür. Yaşlı kadınlar arasında okuma yazmanın artması kendileri ve aileleri için sağlık yararları getirecektir (Uncu 2004). Gelişmekte olan ülkelerdeki ileri yaştaki kadınlar arasında eğitim düzeyi ve okuma yazma oranı düşüktür. Yaşlı kadınlar arasında okuma yazma bilme oranının artması ile daha iyi yaşam koşulları beklentisi de artacak, bu durum kendileri ve aileleri için sağlık açısından yarar getirecektir (Kavlak,Şirin 2004).

Yoksulluk: Yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını etkileyen güçlü ekonomik, sosyal, politik ve kültürel belirleyiciler vardır. Örneğin, ileri yaşlardaki yoksulluk genellikle daha erken yaşamdaki zayıf ekonomik durumu yansıtır ve yaşamın tüm basamaklarında sağlığın belirleyicisidir. Pek çoğu gelişmiş ülkelerdeki yaş ve cinsiyete göre yoksulluk verileri, yaşlı kadınların yaşlı erkeklerden daha yoksul olduğunu göstermektedir. Ancak pek çok gelişmekte olan ülkede genellikle yaş ve cinsiyete göre yoksulluğa ait veriler güvenilir değildir (Kavlak, Şirin 2004, Uncu 2004).

Yoksulluk aynı zamanda yetersiz beslenme ve yiyeceğe ulaşma ile bağlantılıdır ve yaşlı kadın sağlığı genellikle geçmişte kötü beslenmenin birikmiş (kümülatif) etkisini yansıtmaktadır. Örneğin kadınların genellikle geçirdiği yıllarda, ailesine kendi beslenmesini feda etmesi sonucu yaşlı kadınlarda kronik anemi yaygındır (Uncu 2004).

İş Göremezlilik: Daha uzun yaşam mutlaka daha sağlıklı yaşam değildir yaşla birlikte iş göremezlik olasılığı artmaktadır, ulusal araştırmalar yaşlı toplumlarda iş göremez kadınların sayısının arttığını ortaya koymaktadır. Birkaç gelişmiş ülkede son zamanlardaki veriler yaşlı popülasyon arasındaki iş göremezlilik hızının düşmekte olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer yandan mevcut veriler dünyadaki yaşlı kadınlar arasındaki iş göremezlik durumunun gerçek boyutunu değerlendirmek için henüz yetersizdir (Uncu 2004).

İş göremezliğin tipleri arasında hareket yetersizliği özellikle yürüme güclüğü; günümüzde yaşam kalitesinin ve yaşlı kadın sağlığının en önemli konularından birisi olarak kabul edilmektedir. Yavaş yürüme hızı, bağımsız hareket edebilmenin kaybına neden kırıklarla sonuçlanan düşme ve diğer kazalar için bir risk faktörüdür. Gelişmekte olan ülkelerde yürüme yeteneğinin (walking disability) kaybı, daha büyük ve kötü sonuçlanan riskler ile ilişkili olabilmektedir (Kavlak, Şirin 2004, Uncu 2004).

Güç; günlük yaşam aktivitelerinin geniş çapta sürdürülmesi, harekette sürekliliği sağlamak için ve pozisyon değiştirmek için gereklidir. Kişilerin kendi güçlerini algılamaları ve yürüme yardımı günlük yaşam aktiviteleri gibi belli işleri yapmalarındaki performanslarında oldukça etkilidir (Bergland et al. 2002).

Yaşlı kadınlar erkeklerden daha fazla fonksiyonel sınırlılıklardan muzdarip iken genellikle kadınlar zayıftır demek doğru değildir. Yaşlı kadın ve erkeklerin büyük çoğunluğu özellikle "genç-yaşlılıkları" süresince genellikle iyi sağlık içerisindedirler. Gelişmiş ülkelerdeki son çalışmalar kadın ve erkek için 60-64 yaşlarında iş göremezlik prevalansını %5'den az, 70-74 yaşlarındaki kişiler için %10'dan az ve 85 ve üzeri yaşlar arasında %20'den daha fazladır. Gelişmiş ülkelerde 80 yaş altında evde bakım hızı genellikle çok düşüktür. Ancak 80 yaşı geçen

kadın sayısı gittikçe artmaktadır ve uzayan yaşam kalitesi hakkında kaygılar vardır.

Yaşlı kadın sağlığında cinsiyete duyarlı yaşam boyu yaklaşımı önemlidir. Çünkü morbidite ve mortalitenin belli başlı önlenbilir nedenleri tüm yaşam boyunca etkili olmaktadır. Önlem stratejileri mümkün olan en erken dönemde başladığında etkili olacaktır. Örneğin, egzersiz ve fizik aktivitenin sağlık yararları iyi bilinmektedir ve egzersiz tüm yaş guruplarında teşvik edilmelidir. Kadın ve kızların egzersiz yapmalarındaki engeller ortadan kaldırılmalıdır ve uygun kültürel stratejiler konmalıdır. Bu yaklaşım, yaşlılıktaki fonksiyonel bağımlılığın önlenmesine ve yaşlı kadınların günlük yaşamlarını idame edebilecek düzeyde hareketlerini sürdürmesine yardımcı olacaktır.

Yaşlı kadınlarda, belli başlı ölüm ve iş göremezlik nedenlerinden olan kalp hastalıkları ve felçler diğer önlenbilir hastalık örnekleridir ki tüm yetişkin kadın ölümlerinin %10'unu açıklamaktadır (Noble 2001).

Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları

Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların ciddi sağlık sorunları yaşadıklarını ve gerekli tıbbi yardıma ulaşamadıklarını göstermiştir. Yapılan bir çalışmada yaşlı kadınlar arasındaki sağlık eşitsizliği nedeniyle, yaşlı kadınların daha zor hastaneye gittikleri belirlenmiştir. Yoksul ve eğitim düzeyi düşük yaşlı kadınlar, sağlık hizmetlerinden 3 kat daha az yararlanabilmektedir (Kavlak 2004).

Güvenli içme suyu yetersizliği cinsiyete göre düzenlenmiş ev işleri (su taşıma dahil), çevresel tehlikeler (kirli sularla temas, tarım ilaçları, iç ortam kirliliği gibi) pek çok gelişmekte olan ülkede kadın sağlığı üzerine olumsuz kümülatif etkiye sahiptir. Tüm bu hastalıklara sosyal ve psikolojik değişikliklerde eklenmektedir. Eşinin ölmesi ile sosyal izolasyon artmakta, finanssal ve fiziksel yaşam şartlarında yetersizlikler eklenmektedir (Uncu 2004).

Sonuç olarak, erkekler ve kadınlar arasındaki psikolojik ve fizyolojik farklılıkların varlığı da göz önüne alındığında, yaşlanmanın kadın sağlığı üzerindeki etkilerinin ayrı olarak ele alınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Kutsal 2004).

Gelecekteki sağlık ve gelişme konuları, içerisinde kadın yaşlanması ve sağlığının şu üç temel saptama belirlemektedir:

- Tüm dünyada yaşlı kadın sayısı artmaktadır
- Kadınların yaşam süresi tüm dünyada 50 yaşın üzerindedir ve artmaktadır
- Yaşlı kadınların sağlığını geliştirmek anlamlı bir fırsattır. Böylece toplum ve aileleri için kaynak olarak kalmaları sağlanabilir (Yardım 2001).

HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşireler bütüncül bir yaklaşımla, yaşlı kadınların yaşamını mutlu olarak geçirebilmesi için, sağlığın korunmasında, hastalıkların erken tanı ve tedavisinde, rehabilitasyon ve sağlık eğitimi verilmesinde önemli görevler üstlenmiştir. Hemşire anlayışlı, bilgili destekleyici ve duyarlı bir tutumla yaşlı insanlara yaklaşarak onlarla sağlık sorunlarını tartışmalı ve rehberlik etmelidir. Yaşlı kadının bakımını planlayan hemşirenin amacı hastayı rahatlatmak, iyileşmesini sağlamak ve sağlık düzeyini yükseltmek olmalıdır (Taşkın 2003).

Sağlık ekibi içinde yer alan hemşirelerin birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yaşlıların sağlığına yönelik korunma, erken tanı ve üçüncül korunmada, bunun yanı sıra özel ve kamu kuruluşlarındaki huzurevlerinde, evde bakım hizmetlerinde ve hastanelerde büyük sorumlulukları vardır (Kavlak 2004).

Güven'in yaptığı bir çalışmada; yaşlıların %6.5'i yardımsız banyo yapamadığı, %2.8'inin tek başına giyinip soyunamadığı, %1.4'ünün tuvalet ihtiyacını karşılayamadığı, %1,7'sinin oturamadığı, %8.5'inin idrar ve dışkısını kaçırdığı, %0.3'ünün tek başına yemek yiyemediği, %1.0'inin telefon kullanamadığı, %35.9'unun alış-veriş yapamadığı, %44'ünün yemeğini hazırlayamadığı, %20.3'ünün ev işlerine katılmadığı, %25.4'ünün çamaşırlarını yıkayamadığı %25.4'ü ilaçlarını doğru dozda ve zamanında alamadığı ve %12.4'ünün para hesabı yapamadığı belirlenmiştir (Güven, Karahan 2002).

Günümüzde verilen bakımın kalitesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu bağlamda "geriatri hemşireliği" alanında da daha kapsamlı çalışmalar yapılmalı ve bakım kalitesi için gerekli olan yaşlı bireye yönelik tanılama kriterleri ve bakım standartları belirlenmelidir (Kavlak, Şirin 2004).

KAYNAKLAR

1. Arkan E ve ark (2003). Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Kadında Üriner Enkontinans, Geriatri 6: 3,104-108.
2. Bergland A, Jarnlo G B, Laake K (2002). Validity of an Index of Self-Reported Walking for Balance and Falls in Elderly Women Advances in Physiotherapy; 4, 65-73.
3. Canay Ş, Çiftçi Y (2003). Yaşlı Bireylerde Sistemik Hastalıklarla Birlikte İzlenen Ağız Bulguları Geriatri 6: 3, 104-108.
4. Çoban A, Şirin A (2003). Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı, Geriatri 6: 2, 80-83.
5. Gürkan T, Tuncer S: Yaşlanan Kadın Ve Jinekolojik Sorunlar. Geriatri 2000; 3: 107-18.

6. Güven S, Karahan A (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım, Geriatri 5: 4, 155-159.
7.Hormon Tedavisi, http://www.netteyim.net/Haberler/haber.php?news_id=6314&news_type_no=6. 21 Şubat 2005
8.Kadın ve Sağlık <http://www.kssgm.gov.tr/saglik.html> 29 Nisan 2006
9. Kavlak O, Şirin A (2004). Yaşlılıkta Kadın Sağlığına Etki Eden Faktörler ve Hemşirelik, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11: 1, 66-73.
10. Kaya B (1999). Yaşlılık ve Depresyon-I Tanı ve Değerlendirme, Geriatri 2: 2, 76-82.
11. Kutsal G Y, Bal S, Yaşlılık ve Kadın Sağlığı, <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/yaslilik.htm> 24.12.2004
12. Kutsal G.Y. Yaşlanan Kadının Sağlık Sorunları, http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/Yaslanma_Kitabi.pdf. 24.12.2005
13. Modelska K, Litwack, S, Ewing S K Yaffe K (2004). Endogenous Estrogen Levels Affect Sexual Function in Elderly Post-Menopausal Women, Maturitas ,49: 2,124-133.
14. NIH Consensus Conference (1992). Diagnosis and Treatment of Depression in Later Life. JAMA, 268: 1018-1024.
15. Noble J, Geriatric Patients (Eds. Levine SA, Barry PP). Primary Care Medicine. Third Edition. Mosby Inc, Missouri.2001, 71-88.
16. Öztürk Y. Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları, <http://tip.erciyes.edu.tr/dersnotlari/Yusuf%20%C3%96zt%C3%BCrk/Yaşlılık%20Dönemi%20Sorunları-11.doc> 17.1.2004
17. Tabata T et al (2002). Treatment Failure in Vaginal Cancer, Gynecol Oncol, 84: 309-314.
18. Taşkın L (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 31-33.
19. Tuncer. Gürkan T (2000). Yaşlanan Kadın ve Jinekolojik Sorunlar, Geriatri 3: 3, 107-118.
20. Uncu Y, Yaşlılık ve Kadın, <http://www20.uludag.edu.tr-nazan2077-9.html.htm> 15.09.2004
21. Uysal Ş (1993). Yaşlılık Ve Sorunları, Psikoloji Seminer, Ege Üniversitesi Basımevi, Sayı: 10.
22. Woods N F (2001). Every Woman's Health in The New Millennium, The Pfizer Journal, 5: 1.
23. www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html. 50k-.19 Kas 2003.
24. Yardım N (2001). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Kadın Sağlığının Çeşitli Konularındaki Görüş ve Mesajları. Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Ocak-Şubat 6: 1,78.
25. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık 21 Hedef, http://195.142.135.65/Who/Doc_Pdf/Health21_Tr.Pdf
26. Yorgancı K, Kaynaroğlu V, (1999). Yaşlılarda Meme Kanseri Tanı ve Tedavisi, Geriatri, 2: 2, 61-66.

HIV/AIDS VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

HIV/AIDS AND NURSING MANAGEMENT

Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Anahtar Sözcükler: HIV, AIDS, hemşirelik, hemşirelik yönetimi

Key Words: HIV, AIDS, nursing, nursing management

ÖZET

HIV/AIDS karmaşık sosyal ve davranışsal yönleri olan bir sağlık problemidir. AIDS'in çok görülen ve ölümlü sonuçlanan bir hastalık olması sağlık personelinin, özellikle hasta bakımını sağlayan hemşirelerin AIDS'i iyi bilmesi zorunluluğunu doğurmaktadır. AIDS'li bir hastada hemşirelik bakımının amacı tanı ile ilişkili var olan veya olası sağlık sorunlarıyla ilişkili semptomları tanılamak ve gerekli hemşirelik bakımını uygulamaktır. Bu makalede AIDS'li bireylerde en yaygın görülen hemşirelik tanıları ayrıntılarıyla tartışılacaktır.

SUMMARY

HIV/AIDS is a health problem which complex social and behavioural aspects . AIDS is an frequently seen illness that results with death, therefore health staff especially nurses should be well informed on AIDS. The goal of nursing care with a AIDS patients is to diagnose and treat human responses to actual or potential health problems related to symptom development and the diagnosis. In this articles, common nursing diagnosis, seen in the majority of AIDS clients, are discussed in detail.

GİRİŞ

Edinsel immun yetersizlik sendromu (AIDS), insanda immun yetersizlik virüsü (HIV-1) enfeksiyonu ile hücrel ve humoral immunitenin fonksiyonlarının bozulması sonucu oluşan hastalıklar yelpazesini ifade etmektedir (Pınar 2000, Tucker et al 1996).

İlk defa 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde cinsel yünden aktif erkek eşcinseller arasında ve Haiti'den gelen göçmenlerde ender

rastlanan Pnömocystitis carini ve Kaposi sarkomu (KS) vakalarının tespit edilmesi ile AIDS hastalığı tanımlanmıştır. Bu enfeksiyonlar tedaviye iyi cevap vermemekte ve hastalık ölümlerine sonuçlanmaktaydı. Araştırmacılar bu hastalığın daha önce literatürde rastlanmayan yeni bir hastalık olduğu konusunda birleşerek bu yeni hastalığa “AIDS” (Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu, Acquired Immune Deficiency Syndrome) adını vermişlerdir. 1983 yılında AIDS'e neden olan virüs HIV (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, Human Immunodeficiency) izole edilmiş olup, bu virüs vücudun savunma gücünü zayıflatmakta, yıkmakta ve normal koşullarda tedavi edilebilen hastalıklar, savunma gücü yetersiz kaldığından tedavi edilememektedir (Erken&Tuncer 1990, Pınar 2000, Tümer 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Aralık 2003 verilerine göre dünyada 46 milyon HIV ile enfekte kişi olduğunu ve hastalığın tanımlandığı 1981 yılından beri 30.8 milyon kişinin hayatını bu hastalıktan kaybettiğini bildirmiştir (Tümer 2005).

Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Aralık 2003 verilerine göre 1712 HIV/AIDS vakası vardır. Bunların 504'ü AIDS basamağına ulaşmış, 1208 kişi ise HIV pozitifdir. Türkiye'de HIV/AIDS vakalarına en sık 20-49 yaşlar arasında rastlanmakta ve erkeklerde daha sık görülmektedir (<http://www.aids.hacettepe.edu.tr/turkiyede-HIV.htm>).

ETİYOLOJİ

Hastalığın etkeni olan virüs (HIV), lentivirus ailesine mensup bir retrovirüstür. Retrovirüsler, tek sarmallı RNA içeren zarflı viruslardır. Reverse transkriptaz enzimi aracılığı ile genetik materyellerini çift sarmallı DNA'ya çevirip konakçı kromozomuna integre etme özelliklerine sahiptir (Akdemir 2003, Güven 2005, Martinson&Jamieson 2002).

İnsan lenfositlerinin yüzeyinde, hücre aktivitesi ve fonksiyonunda rol alan spesifik glikoproteinler mevcuttur. CD4 hücre yüzey antijeni taşıyan lenfositler, immunolojik reaksiyonlara yardım eden hücrelerdir. CD4 T lenfositler aynı zamanda HIV enfeksiyonunun primer hedefleridir. HIV enfeksiyonunun seyri boyunca CD4 +T hücre sayısı giderek azalır buna bağlı olarak da AIDS için karakteristik fırsatçı enfeksiyonlar ve kanserler ortaya çıkar (Güven 2005).

BULAŞMA YOLLARI VE RİSK FAKTÖRLERİ

AIDS virüsünün bulaşması dört yoldan birisi veya birkaçının bir arada bulunması ile olmaktadır (Akdemir 2003, Güven 2005, Erken&Tuncer 1990).

- a) HIV enfeksiyonunun en önemli bulaşma yolu cinsel temasdır. HIV/AIDS korunmasız yapılan her türlü cinsel temasla (homoseksüel, heteroseksüel, biseksüel, vajinal, oral, anal) bulaşabilmektedir.
- b) Kanda virüsün yoğun miktarda bulunması nedeni ile, virüsü taşıyan kişilerden alınmış kan ve kan ürünleri ile hastalık bulaşabilmektedir.
- c) Damar içi madde alışkanlığı olan kişilerin aynı iğne/enjektörü paylaşımları ile bulaş giderek artan oranlarda görülmektedir.
- d) Virüsün enfekte annelerden yenidoğan bebeklere geçmesidir. HIV gebelik süresince, doğum sırasında ve emzirme ile bebeğe geçebilmektedir. Bu olasılık % 20-30'dur.

HIV birçok vücut sıvısında bulunmasına rağmen sadece kan, kadın ve erkeğin cinsel salgıları ile bulaşabilmektedir. Dokunmak, el sıkışmak, sarılmak, aynı yerde oturmak, aynı saunayı, havuzu, banyoyu, tuvaleti paylaşmak, aynı tabağı, bardağı, çatalı, kaşığı kullanmak, aynı giysileri giymek, telefon kulaklığı, gözyaşı, ter, tükürük, sivrisinek, böcek, arı sokması ile HIV bulaşmamaktadır (Akdemir 2003, Güven 2005).

HIV bulaşma riski yüksek olan gruplar (Akdemir 2003):

- Homoseksüel erkekler, heteroseksüel, birden fazla partneri olanlar
- Hemofili hastaları, koagülasyon bozukluğu olanlar
- IV ilaç kullanan bağımlılar
- Enfekte kişilerin cinsel eşleri
- Plesanta yolu ile geçtiğinden enfekte annelerin çocukları
- Cinsel yolla bulaşan hastalığı olanlar
- Kan transfüzyonu ve doku nakli olanlar
- Sağlık personelidir.

KLİNİK BELİRTİLER

HIV ile enfekte bir hastada görülen klinik belirtiler beş evrede incelenmektedir.

Primer HIV enfeksiyonu (Akut HIV enfeksiyonu): HIV, vücuda alındıktan 1-6 hafta içerisinde ilk çoğalma döneminde akut enfeksiyona neden olur. Bu dönemde klinik bulgular, HIV enfeksiyonuna özgü değildir ve değişkendir. Ateş, lenfadenopati, farenjit, deri döküntüleri, kas veya eklem ağrısı, ishal, baş ağrısı, bulantı ve kusma, karaciğer ve dalak büyümesi, pamukçuk gibi semptomlar görülmektedir. Bütün bu bulgular 2-4 hafta içerisinde tedavi gerektirmeden geçer. Akut

infeksiyon döneminden itibaren kişi bulaştırıcıdır (Güven 2005, Matassarian-Jacobs 1997).

Serokonversiyon: Virüsün vücuda girişini takiben, % 95 vakada 6-12 hafta içerisinde HIV'e karşı antikorlar gelişir. Bu antikorların hastalığın ilerlemesini engelleyici etkileri yoktur, ancak hastalığın teşhisi açısından önem taşırlar. Bu döneme "serokonversiyon dönemi" denmektedir. Antikorlar gelişene kadar geçen sürede, kanda virüs mevcuttur ve hasta bulaştırıcıdır (Güven 2005, Matassarian-Jacobs 1997).

Asemptomatik Dönem: Serokonversiyon döneminden sonra infekte kişiler "Asemptomatik Dönem"e girerler. Bu dönemde kişilerde hiçbir belirti ve bulgu yoktur, ama bulaştırıcıdır. Asemptomatik dönem 6.5-13 yıl (ortalama 8-10 yıl) sürer. Ancak vakaların %20-30'u ortalama 1.5-5 yıl içerisinde bir sonraki döneme geçebilmektedir. Klinik yönden latent bir dönemdir. Ancak lenfatik dokularda virüs çoğalmaya devam etmekte ve CD4 hücre sayısı progresif olarak azalmaktadır (Güven 2005, Matassarian-Jacobs 1997).

Erken Semptomatik Dönem: Hastalarda ilk kez doktora başvurmalarına neden olan belirtilerin başladığı dönemdir. Halsizlik, baş ağrısı, vücut ağırlığının %10'undan fazla kilo kaybı, nedeni bulunamayan ateş, bir aydan daha uzun süren ve tedavi edilemeyen ishal, seboreik dermatit, yaygın ve sık herpes virüs infeksiyonları, ağızda mantar infeksiyonları en sık karşılaşılan belirti ve bulgulardır (Güven 2005, Matassarian-Jacobs 1997).

Geç Semptomatik Dönem (AIDS)/İleri Dönem: Bu dönemde bağışıklık eksikliği iyice belirgin bir hale gelir, fırsatçı infeksiyon veya kanserler ortaya çıkabilir. Yaygın kullanımında HIV ile ilgili tüm hastalıklar genel olarak AIDS adı ile anılmakta ise de aslında virus vücuda alındıktan sonra geçirilen tüm dönemler HIV infeksiyonu, bunun son basamağı da AIDS dönemidir. AIDS'i belirleyen hastalıklar, bağışıklık sistemi sağlam kişilerde hastalık yapmayan ya da bazı özel durumlarda çok seyrek hastalık yapabilen, parazit, virus ve mantarların neden olduğu bazı infeksiyon hastalıkları ile, Kaposi sarkomu, beyin lenfoması gibi bazı özel tür kanser hastalıklarıdır (Güven 2005, Matassarian-Jacobs 1997).

TANI

HIV enfeksiyonu riski altındaki kişilere serolojik testlerin yapılması önemlidir. Test yalnızca yüksek risk altındaki bireyleri kapsamalı, riski daha az olan kişilere de yapılmalıdır (Pınar 2000).

HIV enfeksiyonunun tanısı enzyeme-linked immunosorbent assay (ELISA) kullanılarak serumda HIV'e karşı oluşmuş antikorların saptanması ile konur ve Western blot testi ile doğrulanır. HIV enfeksiyonunun saptanmasında bu teknikler çok duyarlıdır, ancak enfeksiyonu yeni alan bireylerde antikor negatif olabilir. İnfeksiyonla yeni karşılaşan ve ilk ELISA testi negatif olan kişilerde, testin 6 hafta, 3 ay ve 6 ay sonra tekrarlanması gerekebilir (Pınar 2000). Testlerin kişisel bilgilerin kalıcı gizliliğini sağlayan bir ortamda yapılması gereklidir. Kişilerin test sonuçlarını ve önemini değerlendirmeleri için test öncesi ve test sonrası (negatif yada pozitif çıksa da) danışmanlık hizmetlerinin ve uygun yardımın sağlanması gereklidir (Matassarian-Jacobs 1997, Pınar 2000).

Diğer HIV tarama testleri p24 antijen tarama, viral kültür ve polimeraz zincir reaksiyon tekniğini içermektedir (Matassarian-Jacobs 1997).

TIBBİ TEDAVİ

HIV enfeksiyonunda tıbbi tedavinin amacı; virusun çoğalmasını kontrol etme ve immun sistemin daha fazla yıkımını geciktirmektir (Matassarian-Jacobs 1997).

Zidovudine (Retravir, ZDV, AZT) ilk bulunan antiretroviral ilaçtır. ZDV ters transkriptaz inhibitör nükleosid analoglarından birisidir. Bu ilaçların HIV ile enfekte hastalarda yaşam süresini uzattığı ve mortaliteyi azalttığı belirlenmiştir. İlacın yan etkisi; anemi ve nötropenidir. Tedavi boyunca sık aralıklarla tam kan sayımı yapılmalıdır. Kan transfüzyonları, ilaca bir süre ara verilmesi ve ilaç dozunu azaltma ile ciddi yan etkiler azaltılabilir (Martinson&Jamieson 2002, Matassarian-Jacobs 1997).

Diğer bir antiretroviral kategorisi nonnükleosid ters transkriptaz inhibitörleridir. Bu ilaçlar ters transkriptaz inhibitör nükleosid analoglarından farklıdır. Bununla beraber bu ilaç grubu HIV üzerinde inhibitör bir etkiye sahiptir (Martinson&Jamieson 2002).

HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Hemşirenin AIDS konusunda öncelikli sorumluluğu insanların bireysel olarak gereken koruyucu önlemleri almaları konusunda bilinçlendirilmeleridir. Bunun için süreklilik gösteren sağlık eğitimi programları yürütülmelidir.

HIV ile enfekte bir bireyin hemşirelik yönetiminin amaçları:

- a) HIV hastalığı ile ilişkili komplikasyonları önlemek amacıyla sağlık eğitiminin sağlanması. Hastalara uygulanan sağlık eğitim stratejileri cinsel sağlık eğitimi, riskli davranış ve uygulamalar, kan ve kan ürünlerinin güvenliği gibi üç konuya odaklanmalıdır.
- b) Hastanın tam ve doğru bir şekilde bilgilendirilmesini içermektedir (Ungrarski&Matassarian-Jacobs 1993).

TANILAMA

AIDS hastalarının hemşirelik bakımı bir çok organın etkilenmesi nedeniyle oldukça zordur. Hemşirenin, hastanın fiziksel ve psikolojik durumunu değerlendirmesi gereklidir.

Hastanın beslenme durumu, solunum durumu, nörolojik durumu değerlendirilir. Her gün düzenli olarak; cilt ve mukoz membranlar kızarıklık, ülser, enfeksiyon belirtisi yönünden tanılanır (Akdemir 2003).

Hastanın HIV hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi de tanılanmalıdır. Bazı hastalar HIV hastalığı hakkında farklı bilgilere sahiptir ve enfekte olabileceklerini düşündüklerinde test yaptırmaktan kaçınabilirler. Hemşire hastanın HIV hastalığı hakkında ne bilip ne bilmediğini doğru bir şekilde tanılmalı ve ondan sonra hastalığın bulaşması ve sağlığı geliştirme davranışları hakkında bilgi vermelidir (Ungrarski&Matassarian-Jacobs 1993).

Girişimler

AIDS hastası için uygun bir çok hemşirelik tanısı bulunmaktadır. AIDS semptomları olan hastanın hemşirelik bakımı; semptom yönetimi, immun sistemin desteklenmesi, psikososyal destek ve danışmanlığı içermektedir.

AIDS'li hastanın bakımında hemşire evrensel korunma önlemlerini kullanmayı unutmamalıdır. Enjektör veya keskin aletler ile bakım yaparken çok dikkatli olmalıdır. İğne battıysa veya mukoz membranlara kan sıçradı ise; bu olay hemen uygun birimlere bildirilmelidir (Matassarian-Jacobs 1997).

Hemşirelik Tanısı 1: Fırsatçı pulmoner enfeksiyonlar ile ilişkili **Gaz Değişiminde Bozulma** (Mayers&Pankratz 1995, Tucker et al 1996)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Hasta akut solunum sıkıntısı belirti ve bulguları göstermemeli veya belirtiler fark edilmeli ve erken zamanda tedavi edilmelidir.

Girişimler

- Değişiklikleri değerlendirmek için özellikle 4 saatte bir solunum hızı, ritmi, solunum sesleri değerlendirilir.
- Pulmoner enfeksiyonun başlangıcını ve ilerleyişindeki değişiklikleri değerlendirmek için arteriyel kan gazları izlenir ve önerildi ise pulseoksimetre takılır.
- Oksijen düzeyini optimal düzeyde tutmak için oksijen tedavisi uygulanır.
- Hasta sekresyonlarını atamıyorsa havayolları aspire edilir.
- Enfeksiyöz ajanları tanımlamak ve bu ajanlara uygun tedaviyi belirlemek için balgam kültürü alınır.
- Sekresyonları atmak için gerekli olduğunda göğüs fizyoterapisi ve postural drenaj sağlanır,
- Hastanın daha iyi oksijenlenmesini sağlamak ve sekresyonları uzaklaştırmak için 2 saatte bir pozisyon verilir, öksürtülür ve derin solunum egzersizleri yaptırılır,
- Hastaya yüksek Fowler pozisyonu verilir,
- Hızlı yüzeysel solunumu azaltmak için hastaya gevşeme egzersizleri yaptırılır.

Hemşirelik Tanısı 2: İmmun sistemin baskılanması ile ilişkili **Enfeksiyon Riski** (Tucker et al 1996)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Hastada var olan enfeksiyon tedavi edilmeli ve/veya yeni enfeksiyon gelişmemelidir.

Girişimler:

- Hastanın yabancı patojenlere maruz kalmasını azaltmak için çalışan personel ve ziyaretçiler enfeksiyon bulguları açısından taranır,
- Patojenlerin infiltrasyonunu önlemek için tüm invaziv girişimlerde steril teknik kullanılır,
- Enfeksiyon belirtileri açısından damaryolları, invaziv tüpler ve drenler 8 saatte bir kontrol edilir,
- Enfeksiyon belirtisi olarak vücut sıvıları renk, içerik ve yoğunluk açısından değerlendirilir,
- Enfeksiyonu önlemek için, özellikle barsak boşaltımından sonra bireysel hijyen sağlanır,
- Uyku ve dinlenme periyodları düzenlenir,
- Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır,

- Vital bulgular gözlenir,
- Tam kan sayımı yapılır ve lökosit değerleri kontrol edilir,
- Mikroorganizmaların deri yoluyla girişini önlemek için deri bütünlüğü sürdürülür,
- Mukoz membranların bütünlüğü sürdürülür.

Hemşirelik Tanısı 3: AIDS-Demans Kompleksi ile ilişkili **Düşünce Sürecinde Değişiklik** (Mayers&Pankratz 1995, Tucker et al 1996)

Amaç/ Beklenen Sonuçlar:

- Hasta fiziksel kısıtlamalarına dayalı olarak mümkün olduğunca günlük yaşam aktivitelerine aktif olarak katılmalıdır.
- Oryantasyonunu sürdürmelidir.
- Bakım planını oluşturmaya katılmalıdır.

Girişimler:

- Düşünce sürecindeki bozulmalar değerlendirilir,
- 8 saatte bir bilinç düzeyi ve oryantasyon durumu değerlendirilir ve olan erken değişiklikler belirlenir,
- Güveni sağlamak için destekleyici, tedavi edici hemşire/hasta ilişkisi geliştirilir,
- Hastanın kişiye, zamana ve yere oryantasyonu sağlanır,
- Odadan içeriye girildiği zaman hastaya ismi ile hitap edilir,
- Hasta konfüze olabileceğinden çoğul uyarıları azaltmak amacıyla uzun konuşmalardan kaçınılır ve hastaya direkt ifadelerde bulunulur,
- Görme değişikliklerini önlemek için gece lamba kullanılır ve gölge oluşumlarını önlemek amacıyla aydınlatmanın iyi olması sağlanır,
- Hasta isterse, radyo, TV, gazete temin edilir,
- Hastanın oryantasyonunu sürdürmesi için aile ziyaret etmeye teşvik edilir,
- Yaralanmaları önlemek için oda düzenlemesi yapılır,
- Hastanın öz bakımına katılması için olumlu pekiştiriciler kullanılır,
- Hekimle işbirliği içinde; nöropsikiyatrik veya psikososyal değerlendirme istenir.

Hemşirelik Tanısı 4: Multipl organ sistemleri ile ilişkili **Ağrı** (Tucker et al 1996)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Hasta ağrısının azaldığını veya geçtiğini ifade etmelidir.
- Günlük aktivitelerine katılırken, ağrısının olmadığını bildirilmelidir.

Girişimler:

- Ağrının doğası, şiddeti, yeri, süresi ve ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler tanınır,
- Ağrı belirtilerini erkenden fark etmek ve tedaviye başlamak için özellikle ağrının sözel olmayan belirtileri tanınır,
- Hastanın daha önceki ağrı deneyimleri ve ağrıyı geçirmede kullandığı metodlara ilişkin bilgi edinilir,
- Isı, gürültü, ışık gibi ağrının algılanmasını arttırabilecek çevresel faktörler kontrol altına alınır,
- Hastanın konforunu sağlayacak pozisyonlar alması sağlanır,
- Gün boyunca dinlenmesi için dinlenebileceği bir ortam sağlanır,
- Hekimle işbirliği yapılarak; önerildiği şekilde analjezik ilaçlar verilir ve ilaçların terapotik ve yan etkileri gözlenir,
- Ağrıyı azaltmak için gevşeme, müzik, hayal kurma, sıcak soğuk uygulama gibi ilaç dışı girişimler hastaya öğretilir ve kullanması sağlanır.

Hemşirelik Tanısı 5: GIS enfeksiyonu ve kemoterapi ile ilişkili **Diyare** (Mayers&Pankratz 1995, Tucker et al 1996)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Karın ağrısı, kramp sıklığı ve miktarı azalmalı ve günlük diyare sayısı azalmalıdır.
- Kilo stabil kalmalıdır.
- Hasta tüketmesi gereken yiyecekleri tanımlayabilmelidir.

Girişimler:

- Normal boşaltım alışkanlıkları tanınır: sıklığı, kıvamı, rengi, içeriği, dışkıda kan olması vb
- Diyareye neden olan veya diyareyi arttıran laksatif ilaç kullanımı tanınır,
- Sıvı eksikliğini belirlemek için hidrasyon ve elektrolit durumu değerlendirilir ve aldığı çıkardığı sıvı miktarı kaydedilir,
- Barsak sesleri, karında distansiyon ve yumuşaklık tanınır,
- Gaz ve kramp varlığı değerlendirilir,
- Hasta aynı saatte, aynı kıyafet ve aynı tartı ile günlük olarak tartılır.
- Barsağı irrite eden yiyecekler alması engellenir ve hastanın diyetle uyumu sağlanır.
- Total parenteral nutrisyon için protein ve elektrolit destekleri sağlanır.

- Diyetisyen ve hekimle işbirliği yapılarak; kalori hesaplaması ve nondiyaretik yiyecekler alması sağlanır.

Hemşirelik Tanısı 6: Yiyecek alımının azalması, malabsorbsiyon, anoreksiya, kusma, diyare ve stomatit ile ilişkili **Beslenmede Değişiklik: Vücut Gereksinimlerinde Az Beslenme** (Mayers&Pankratz 1995, Tucker et al 1996)

Amaç/ Beklenen Sonuçlar:

- Kilo kaybı %10 oranından daha fazla olmamalıdır.

Girişimler:

- Beslenme durumu günlük olarak tanılanır: sıvı eksikliğini ve kilo kaybının göstergesi olan kilo, elektrolit değerleri, total protein, serum albumin, Hb, deri turgoru ve kas kitlesi değerlendirilir.
- Hastanın hoşuna giden yiyecekler belirlenir.
- Hastanın konforunu ve tat hissini arttırmak için yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı yapılır.
- Gerekli ise yemeklerden önce oral mukozaya anestetik solusyonlar uygulanır.
- Öğünler yüksek kalorili ve yüksek proteinleri içerecek şekilde hazırlanır.
- Yemek için hoş, rahat bir ortam sağlanır.
- Hekimle işbirliği yapılarak; gerekli olan besin ve kaloringin alımını sağlamak amacıyla oral ve parenteral beslenme sağlanır.
- Diyetisyen ile işbirliği yapılarak; günlük kalori ve uygun besin gereksinimleri saptanır.
- Hekimle işbirliği yapılarak; gerekli olduğunda yemeklerden 30-60 dakika önce antiemetik ilaçlar verilir.

Hemşirelik Tanısı 7:Fırsatçı enfeksiyonlar ile ilişkili **Oral Mukoz Mebranda Değişme** (Biol 2002, Tucker et al 1996)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Hasta oral beslenmesini sürdürebilmelidir.
- Oral mukoz membran bütünlüğü korunmalı ve lezyonlar iyileşmelidir.

Girişimler:

- Oral mukoz membran 8-12 saat ara ile renk, nem, doku, lezyon varlığı açısından gözlenir.
- Yutma durumu değerlendirilir.

- Enfektif patojenleri belirlemek için lezyonlardan kültür alınır.
- Ağız membranının nemliliğini ve temizliğini sağlamak için ağız bakımı verilir.
- Yumuşak diş fırçası kullanılır.
- Ağız temizliğinde alkollü ve limonlu ajanlar kullanılmaz.
- Dudaklara yumuşatıcı sürülür.
- Mukoz membranı tahriş eden gıdalar verilmez.

Hemşirelik Tanısı 8: Malnutrisyon, immobilité, fırsatçı enfeksiyonlar ile ilgili **Cilt Bütünlüğünde Bozulma Riski** (Biol 2002, Mayers&Pankratz 1995, Tucker et al 1996)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Cilt ve mukoz membran bütünlüğü korunmalıdır.
- Ciltte var olan yaralar iyileşmelidir.

Girişimler:

- Cilt 8 saatte bir değerlendirilir.
- Isı, nem, renk, doku ve lezyonlar ile ilişkili cilt durumu değerlendirilir.
- Gerekli olduğunda banyo yapmasına yardım edilir.
- Losyon ve deodorant kullanımından kaçınılır.
- Yastıklar ve havalı yataklar kullanılarak kemikler üzerine olan bası azaltılır.
- Bası noktalarını azaltmak amacıyla hastaya en azından iki saatte bir pozisyon verilir.
- Dolaşımı arttırmak için hastanın aktif olması; yürümesi ve sandalyede oturması teşvik edilir ve sandalyede 30 dakikadan fazla aynı pozisyonda kalmaması konusunda bilgilendirilir.
- İrritasyonu önlemek ve/veya iyileşmeyi sağlamak için her boşaltımdan sonra perianal bölgenin bakımı sağlanır.
- IM enjeksiyonlardan ve çoğul girişimlerden kaçınılır.

Hemşirelik Tanısı 9: Trombositopeni ile ilişkili **Kanama** (Tucker et al 1996)

Amaç/ Beklenen Sonuçlar:

- Deri ve mukoz membranların bütünlüğü sağlanmalıdır.
- Hb ve Htc değerleri stabil kalmalıdır.

Girişimler:

- İntrakraniyal kanama açısından nörolojik durum 8 saatte bir değerlendirilir.
- Hastanın idrar ve dışkı kanama yönünden gözlenir.
- Deri ve mukoz membranlar 8 saatte bir ekimoz ve hematom açısından tanılanır.
- Erken kanama belirtileri hastaya öğretilir.
- Laboratuvar bulguları değerlendirilir.
- Yaşam bulguları sık takip edilir.
- İnvaziv girişimlerden kaçınılır ve girişimlerde ince iğneler kullanılır.
- Hastanın kabız olmaması için önlem alınır ve bilgi verilir.

Hemşirelik Tanısı 10: Kronik hastalık süreci ile ilişkili **Yorgunluk** (Tucker et al 1996)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Hasta öz bakım aktivitelerine katılmayı tolere etmelidir.
- Hasta enerjisinin arttığını ifade etmelidir.

Girişimler:

- Yorgunluğa neden olan ve katkıda bulunan faktörler belirlenir.
- Dinlenme ve uyku aktiviteleri koordine edilir.
- Aktif pasif ROM egzersizleri yaptırılır.
- Enerji tüketimini arttıran aktiviteler belirlenir.

Hemşirelik Tanısı 11: Yorgunluk, libidoda azalma, impotans gibi semptomlar, partneri tarafından reddedilme korkusu ve enfeksiyonun eşine yayılması korkusu ile ilişkili **Cinsel Aktivitelerinde Değişme** (Tucker et al 1996)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Güvenli seks uygulamalarını tanımlamalıdır.

Girişimler:

- AIDS hakkındaki bilgi düzeyi ve AIDS'e ilişkin tutumları değerlendirilir.
- Var olan belirsizlikleri ve yanlış fikirleri belirlenir.
- İzolasyon hissini azaltmak için endişelerini ve hislerini açıklama fırsatı verilir.

- Hastaya özel zaman ayrılır ve cinsel partneri tarafından reddedilme hakkındaki endişelerini ve hislerini açıklamaya teşvik edilir.
- Hasta ve aileye güvenli seks hakkında bilgi verilir.

Hemşirelik Tanısı 12: AIDS'in sosyal stigmatı ve diğerlerine bulaştırma korkusu ile ilişkili **Sosyal İzolasyon** (Tucker et al 1996)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Diğer bireylerle sağlıklı, destekleyici kişiler arası ilişkilerini sürdürmelidir.
- Sevildiği ve desteklendiği hissettiğini ifade etmelidir.

Girişimler:

- Hastanın destek sistemleri, önemli olan kişiler, ailesi ve sosyal grupları belirlenir; etkileşimini sürdürmeye teşvik edilir.
- Varsa yalnızlık, reddedilme, izolasyon hislerini açıklamaya teşvik edilir.
- Yargılayıcı olunmaz; hastanın açıkladığı hisler açıkça dinlenir ve kabul edilir.
- Hasta telefon, mektup yoluyla diğerleri ile temasını sürdürmeye teşvik edilir.
- Gerekli olmayan bariyer tekniklerinin kullanımdan kaçınılır.
- Hasta ve ailesine destek grupları hakkında bilgi sağlanır.

Hemşirelik Tanısı 13: İlaçlar, sitomegalo virüs enfeksiyonu ile ilişkili **Duyusal Algısal Değişiklikler** (Karadakovan 2004)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Duyu, algılama değişiklikleri nedeniyle hastanın zarar görmesini önlemek, güvenli çevre sağlamak, iletişimi sürdürmek.

Girişimler:

- Hasta için güvenli çevre sağlanır,
- Yeterli ve uygun aydınlatma sağlanır,
- Kaza ve yaralanmalardan koruma sağlanır,
- Hastanın işitme ve anlamasını kolaylaştıracak yöntemler kullanılır,
- Gereksiz gürültülerden (açık radyo, TV vb) kaçınılır,
- Bireyin yüzüne bakarak açık, yavaş ve tane tane konuşulur,
- İletişimi güçlendirmek için mimik ve hareketlerden yararlanılır.

Hemşirelik Tanısı 14: Yeni HIV tanısı alan hastalarda sağlığın geliştirilmesi ve komplikasyonların önlenmesi ile ilişkili **Bilgi Eksikliği** (Ungvarski&Matassarian-Jacobs 1993)

Amaç/Beklenen Sonuçlar:

- Hasta, sağlığını geliştirmek ve komplikasyonları önleme konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdır.

Girişimler:

- Hastalara yönelik sağlık eğitimi sürdürülmeli ve sık aralarla tekrarlanmalıdır. HIV enfekte bir birey sadece immun sistemini iyileştirmeyecek aynı zamanda iyilik halini arttıracak çeşitli davranışları benimsemelidir. Yüksek protein ve yüksek kalorili diyet; gevşeme yoluyla stresi kontrol etmeyi öğrenme ve destek gruplarına girme ve düzenli egzersiz yapma immun sistemi olumlu olarak etkileyecektir. Sigara içmeyi bırakma pnömoni ve diğer enfeksiyon risklerini azaltacaktır. Yiyecek ve su güvenliği rehberini öğrenme ve uygulama GIS enfeksiyonu olasılığını azaltacaktır.
- Destek grupları HIV ile baş etme korkularını ve endişelerini açıklama fırsatı vermektedir. Hemşire hastayı topluma dayalı AIDS organizasyonlarına yönlendirmelidir.

HASTA / AİLE EĞİTİMİ

Hasta ve aileye aşağıdaki konular hakkında bilgi verilir: (Tucker et al 1996)

- Göğüs fizyoterapisi ve postural drenaj
- Döndürme, öksürme ve derin nefes alma egzersizlerini uygulamanın önemi
- Büzük dudak veya abdominal solunumun önemi
- Oksijen uygulaması
- Yürüme için yardımcı araçların kullanımı
- Evrensel önlemler ve özellikle tuvaleti kullandıktan sonra ve yiyecek hazırlamadan önce el yıkamanın önemi
- Temiz bir ev ortamında yaşamanın önemi
- Eldeki ve yiyeceklerdeki bakteri sayısının nasıl azaltılacağı
- Enfeksiyöz atıkların güvenli poşetlerde imha edilmesi
- Disposibl enjektörlerin konteynırlarda güvenliği

- Toxoplazmalara maruziyeti engellemek için kuş, balık, kedi beslemekten kaçınması
- Asla kan vermemesi
- Enfekte, yakın zamanda aşılınmış kişilerden ve kalabalık ortamlardan kaçınmanın önemi
- Deri ve mukoz membran bakımı ve ağız hijyenine dikkat etme
- Gevşeme teknikleri, stres yönetimi; aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sağlanması
- Ağız boşluğunu veya barsakları irrite etmeyecek kalorili yiyeceklerle diyetle yer verilmesi
- Cinsel aktivitede güvenlik önlemlerinin önemi
- Doktora bildirmesi gerekli olan fırsatçı enfeksiyonların belirti ve bulguları
- İlaçların verilmiş yolları ve yan etkileri
- Santral kateterin bakımı, kateterden flush ve ilaç uygulama
- Alkol, sigara ve eğlence amaçlı ilaçların kullanımından kaçınma
- Hastane sonrası devam eden bakımın önemi
- Tüm sağlık personeline HIV enfeksiyonu olduğunu bildirmesinin önemi.

KAYNAKLAR

- 1..... (2005). Türkiye’de HIV/AIDS
- 2.<http://www.aids.hacettepe.edu.tr/turkiyede-HIV.htm>, Erişim Tarihi: 22 Şubat 2005.
- 3.Akdemir N (2003). HIV Enfeksiyonu ve AIDS. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Ed: Akdemir N, Birol L), Vehbi Koç Vakfı, SANERC Yayın No: 2, Eylül, 763-70.
- 4.Birol L (2002). Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, Genişletilmiş 5. Baskı, İzmir.
- 5.Güven GS (2005). HIV enfeksiyonunun klinik özellikleri ve tedavisi, <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/klinik.shtml>, Erişim Tarihi: 22 Şubat 2005.
- 6.Erken E, Tuncer İ (1990). İmmun Hastalıklar. Robbins ve Kumar Temel Patoloji (Çev Ed: Uluoğlu Ö), Güneş Kitabevi, 224-31.
- 7.Karadakovan A (2004). AIDS’de Hemşirelik Bakımı, AIDS Dergisi, 21, 40-45.
- 8.Martinson IM, Jamieson M (2002). Home Health Care Nursing and The Health Care System, Second Edition, WB. Saunders Company.
- 9.Matassarin-Jacobs E (1997). Nursing Care of Clients with Altered Immune Systems, Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Continuity of Care, 5 th Edition, 549-563.

10. Mayers M, Pankratz C (1995). HIV/AIDS, McGraw-Hill Clinical Care Plans, Medical-Surgical Nursing, McGraw-Hill, 127-132.
11. Pınar M (2000). İnfeksiyon Hastalıkları: HIV Enfeksiyonu ve Edinilmiş İmmun Yetersizlik Sendromu, Cecil Essentials of Medicine, Türkçesi, 4. Edisyon. (Ed: Çalangu S), Çevik Matbaası, 749-67.
12. Tucker SM, Canobbio MM, Paquette EV, Wells MF (1996). Immune System, Chapter 14, Patients Care Standards: Collaborative Practice Planning Guides, Mosby, Sixth Edition, 820-829.
13. Tümer A (2005). HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/epidemiyoloji.shtml>, Erişim Tarihi: 22 Şubat 2005.
14. Ungvarski PJ, Matassarian-Jacobs E (1993). Nursing Care of Clients with Altered Immune Systems, (Ed: Black MJ, Matassarini-Jacobs E), Luckmann and Sorenson's Medical-Surgical Nursing: A Psychophysiologic Approach, Chapter 27, Fourth Edition, W.B. Saunders, 614-30.

İÇİNDEKİLER

Editörden

Araştırmalar

- Yenidoğan Bebeklere Uygulanan İğneli Girişimlerde Non-Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerinin Etkisinin İncelenmesi
Banu AKYÜREK, Zeynep CONK 1-17
- Hemşirelerde Varis Belirti ve Yakınmalarının İncelenmesi
Nurcan ÖZDEMİR, Leyla KHORSHID 19-35
- “Öğrencilerin Hemşire Eğitimcilerde Aradığı Özellikler” Değerlendirme Aracının Geliştirilmesi Çalışması
Emre YANIKKEREM, Nihat AYCAN, Gül KİTAPÇIOĞLU,
Aysen KORKMAZ, Cemile ÇALIK 37-53
- Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgisayar Kullanmaya Yönelik Tutumlarının İncelenmesi
Özlem AKIN, Leyla KHORSHID 55-67
- Öğrencilerin Bakım Planlarında Hemşirelik Süreci ve Nanda Tanılarını Kullanma Durumları
Fadime GÖK ÖZER, Nevin KUZU 69-80
- Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Davranışlarını Etkileyen Psikososyal Faktörler
Olçay ÇAM, Aysun BABACAN GÜMÜŞ 81-93
- Lisans Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Empati Beceri Düzeyine Etkisinin Belirlenmesi
Fatma AY 95-105
- Histerektomi Olmuş Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi
Emine ESEN, Olçay ÇAM 107-117
- Hemşirelerin Kişisel Değerlerinin ve İş Doyumlarının İncelenmesi
Gülseren KESKİN, Gül Özlem YILDIRIM 119-133
- Menopoz Sonrasında Kendilik Algısı, Problem Çözme Becerileri ve Umutsuzluk
Esra ENGİN, Şeyda DÜLGERLER, Oya KAVLAK, Gül ERTEM 135-145
- Dermatoloji Hastalarının Umutsuzluk, Anksiyete, Öfke ve Problem Çözme Becerileri
Aylin ÖZAKSAR, Esra ENGİN 147-162
- Cerrahi Endikasyonlu Hernie Nukleosus Pulposus Olgularında Operasyona İlişkin Beklenti, Somatizasyon Belirtileri ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar
Gülbin YILMAZ, Esra ENGİN, Sertaç İŞLEKEL 163-174
- Metal İşkolunda Çalışan İşçilerde Sırt-Bel Ağrısı Sıklığı ve İlişkili Faktörler
Medine ÇALIŞKAN YILMAZ, Nursen Ö. NAHCIVAN 175-187

- Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar ve Danışmanlık Gereksinimleri
Saliha ALTIPARMAK 189-196
- Aile Planlaması Hizmetlerinde Memnuniyeti Etkileyen Faktörler
Birsen KARACA SAYDAM, Kenan ERTOPÇU, Ayşegül DÖNMEZ..... 197-210
- Alkol ve Madde Bağımlılarında Öfke İfadesi ve Kişilerarası İlişki Tarzı
Esra ENGİN, Kadriye GÜLTEKİN, Hakan COŞKUNOL,
Nuran HOROZOĞLU 211-223

Derleme Yazılar

- Alternatif Terapiler ve Psikiyatrik Hemşireliği
Ayça GÜRKAN, Ayşegül BİLGE 225-232
- Hemşirelik ve Spritüel Bakım
Leyla KHORSHID, Gülşah GÜROL ARSLAN..... 233-243
- Hemşirelik Eğitiminde Yaratıcılığı Geliştirme
Yıldız DENAT (TULUM), Sakine MEMİŞ 245-252
- Çocukların Yas Süreci ve Psikiyatri Hemşiresinin Yaklaşımları Hemşireliği
Gülseren KESKİN, Ayça GÜRKAN 253-265
- Ev Ortamında Astımı Tetikleyen Çevresel Faktörler ve Bu Faktörlerin Kontrol Altına Alınmasında Hemşirenin Rolü
Suzan ÖZKAN, Candan ERTÜRK 267-279
- Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Davranışları
Nazan TUNA ORAN, Ayşe SAN TURGAY 281-291
- Gelişim Dönemlerine Göre Oyunun Terapötik Kullanımı
Sema KUĞUOĞLU, Meltem KÜRTÜNCÜ TANIR..... 293-304
- Sağlık Politikaları
Bilgin KIRAY VURAL, Ayten TAŞPINAR..... 305-318

DERGİ YAZIM KURALLARI

Yayının Kabulü: basılması istenen yazılar, aşağıda belirtildiği şekilde, 3 kopya halinde hazırlanıp dergi editörlüğüne gönderilecektir. Adres: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Editörlüğü, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 35100 Bornova-İZMİR. Makaleler üç bağımsız hakem tarafından incelenip, onayları alındıktan sonra yayınlanabilir. Hakemler, gerekli gördükleri yazılara değişiklik önerebilirler. Makalenin yayınlanmasında son karar, editör görüşü ile Dergi Yayın Kuruluna aittir. Dergiyi gönderilen yazılar geri gönderilmez. Dergide yayınlanan azılar için, herhangi bir ücret yada karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilemeyeceği yazarlara bildirilir. Makalenin kabulü halinde, başlıkların altına yazar ad(lar)ı eklenip diskete kaydedilerek gönderilmelidir.

Makalenin Hazırlanışı: Makale A4 boyutlarında beyaz kağıda yazılmalıdır. Macintosh bilgisayarda Design Studio programında, satır aralığı 13, paragraf aralığı 7'ye ayarlanmalı, üstten 4, soldan 4, en az 12.5 boy 20 olacak şekilde formatlanarak; başlık 10 punto Bookman, Özet 9 punto Bookman, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde yazılmalıdır. IBM formatlı bilgisayarda yazılması halinde; Ms Office Version 5.0'da üst-alt boşluklar 2.54 cm, sağ-sol boşluklar 3.17 cm, en az 19 cm, boy 26.5 olacak şekilde formatlanarak; başlık 10 punto bold, özetler 9 punto bold, ana metin 10 punto, tablo ve kaynaklar 8 punto olacak şekilde hazırlanmalıdır. Araştırma raporları 16, derleme ve olgu sunumları 10 sayfayı (kaynakça dahil) geçmemelidir.

Makalenin Yazılışı şu sırayı izlemelidir.

1. Başlık Sayfası

- Türkçe Başlık (Büyük harf ile),
- İngilizce Başlık (Büyük harf ile),
- Yazarların adları ve soyadları (soyadı büyük harf ile)
- Yazarların Yazışma adresleri,
- Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

2. Özet Sayfası

Özetler Türkçe ve İngilizce Olmak üzere iki dilde olmalı, yazının Türkçe ve İngilizce başlıklarını taşımalı, araştırmanın temel anlamını metne bakmayı gerektirmeyecek şekilde 250-300 sözcük ile yansıtmalıdır.

Araştırma Makalelerinde; Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Sonuç, Tartışma ve Anahtar Sözcükler.

Abstract'ta; Objective, Material Method, Results, Conclusion, Key Words.

Derleme Makalede; Derleme özetleri (Türkçe, İngilizce) giriş (amaç), gelişme, sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtmalıdır.

Özetler sayfası metnin birinci sayfası olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

3. Metin: Dil ve biçim (üslup): Yayınlarda;

- Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe Kullanılmış,
- Gramer ve yazım kurallarına uyulmuş,
- Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eş anlamlarına yer verilmiş,
- Kısaltmalar kullanılmışsa ilk kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtilmiş olmalıdır.

Derlemeler: Konuyu yeterince irdeleyen kapsamlı literatür taramasına dayandırılmış olmalı; giriş anlatımını izleyen alt başlıklarda toplanmış ve uygun bir sonuç anlatımıyla bağlanmış olmalıdır. Kaynakça kullanım kurallarına uyulmalıdır.

Araştırma Raporları: Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma , Sonuç ve Öneriler, kaynakça başlıklarını taşıyan bölümlerden oluşmalıdır. Araştırmaya katılmamış, ancak destek sağlamış olan kişi ve kuruluşlara teşekkür başlığı altında teşekkür edilebilir. Verilerin toplanmasında, örneklem gruplarının haklarının korunması açısından etik kurallara uyulduğu açıkça belirtilmeli, kritik gruplarla yürütülen çalışmalarda etik kurul veya kurum izin belgelerinin fotokopileri eklenmelidir.

Tablo ve Şekiller: (Grafik, fotoğraf ve çizimler)' e sıra numarası verilmelidir. Her tablonun üstünde ve şekillerin altında sıra numarası ve şekilleri kısaca açıklayan bir anlatım bulunmalıdır. Araştırma raporları derleme ve olgu sunumları için en çok 4 şekil kabul edilmektedir. Tablo, şekil ve grafikler, bilgisayarda çizilip metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. Başka bir kaynaktan alınan tablo ve şekillerin altına, alındığı kaynak şu şekilde belirtilmelidir.

Güvenç B (1970) Kültür kuramında bütüncülük sorunu üzerine bir deneme. Ankara, s.51'den alındı.

Fotoğrafların eni 11 cm. boyu 15 cm.'i aşmamalı, metin içinde fotoğrafın yerleştirileceği yer boş bırakılıp fotoğraf altına gerekli açıklama yapılmalıdır. Fotoğrafın dergide basım ücreti yazara aittir.

4. Kaynak Kullanımı:

Metin içinde: Yazarın soyadı ve yazının yayın tarihi ile birlikte belirtilmeli, yazar ve tarih arasına virgöl konmamalıdır. İki yazarlı kaynaklarda, yazarların her ikisinin soyadı, ikiden fazla yazarlılarda ise, birinci yazarın soyadı ve “ve ark.” Şeklinde belirtilmelidir.

Örnekler

Graydon (1988), depresyonun...

Sarna ve Mc Corkle (1996), araştırmalarında.....

Lasry ve ark. (1987), yaptıkları çalışmada.....

.....Saptanmıştır (Graydon 1998).

....ortaya çıkarılmışlardır (Bard ve Sutherland 1955).

Aynı yazarın, aynı yıldaki değişik yayınları (Bayık 1996 a, Bayık 1996 b) şeklinde belirtilmelidir.

Birden çok yazar aynı anda gösterileceği zaman, aynı parantez içinde virgülle ayrılarak gösterilmelidir.

Örnek:

(Argon 1992), Karadakovan 1992).

Kaynakçada: Kaynaklar, alfabetik sıra ile dizilmelidir. Yazar ad (lar) ının baş Harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç Yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgöl konulmalıdır. Üçten fazla yazarlı kaynaklar, ilk üç isimden sonra “ve ark.” Şeklinde belirtilmelidir.

Dergi isimleri, Index Medicus’a uygun olarak kısaltılmalıdır. Dergi makalesi, kitap isimleri yazılırken, ilk kelimenin baş harfi büyük, diğerleri küçük harfle yazılmalıdır.

Kaynakların Yazılışı İle İlgili Örnekler

Dergi Makalesi

Lorig K, Gonzales VM, Ritter P ve ark. (1997). Coparison of three methods of data colleccetion in an urban Spanish-speaking population. Rurs res, 46:4, 230-234

Dergi Eki (Supplement)

Weiss ME (1991) Tymapanic infrared thermometry for fullterm and preterm neonates. Clin. Pedatr, 30 (Suppl. 4) , 42-45.

Kitap:

Karasar N (1995) Araştırmalarda rapor hazırlama. 8.basım, Ankara: 3A Araştırma Eğitim danışmanlık Ltd., 101-112.

Kitap Bölümü:

Kaufman CA, Wyatt RJ, (1987). Neuroleptic Malignant Syndrome. (içinde) Melszer HY (ed). Psychopharmacology. New York: Raven Press, 1421-31.

Kitap Çevirisi:

Wise MG, Rundell JR (1994) Konsültasyon Psikiyatrisi (Çev. TT Tüzer, V Tüzer). Compos Mentis yayınları, Ankara, 1997.

Metin içinde "Wise ve Rundell (1994)" şeklinde gösterilir.

Yazar Adı Olmayan Yayınlar**(Sık kullanılan Çeviri Kaynaklara Örnekler):**

American Psikiyatri birliği (1994) Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev.ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Metin içinde "American Psikiyatri Birliği (1994)" şeklinde gösterilir.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) IDC-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. Ed.:MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F.Çuhadaroğlu, İ.Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M rezaki, B Uluğ). Türkiye Sınir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

Metin içinde "Dünya Sağlık Örgütü (1992)" şeklinde gösterilir.

Kongre Bildirileri:

Kayır A (1986). Tek ve kardeşli ergenlerde şahsiyet yapısı. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul: Mimeray Ofset, 546-52.

Kongre bildirileri kitap haline getirilmemişse, sunulduğu kongrenin adı, yeri, yılı ve sözel yada poster bildiri olduğu belirtilmelidir.

Yayınlanmamış Tez

Yavaş O (1993). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu ve örgütsel gereksinimlerine ilişkin bir inceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 53-55.

Yazarı Editör Olan Yayınlar

Uyer G (Ed) (1986). Yeni bir birimin planlanması ve organizasyonu. (içinde) Hemşirelik hizmetleri yönetimi el kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset Ltd. şti., 52-61.

Basılmamış Yayınlar

Gordes G, Cole JO, Haskell D ve ark. The naturel history of tardive dyskinesia. J.Clin Psychopharmacol, (Baskıda).

Gazete Makalesi

Akbal O (1992). Bilimin özgürlük savaşı. Milliyet Gazetesi, 7 Temmuz 12.

Sadece İnternette Yayınlanan Bir Dergide Yer Alan Makale Kaynak**Olarak Kullanılıyorsa;**

1. Tam yayın tarihi kullanılır.
2. Genellikle cilt ve dergi sayıları, sayfa numaraları yoktur.
3. Makaleye doğrudan ulaşım adresi ve indirilen tarih verilemlidir.

Frederickson BL (2000, Mart 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well being. Prevention& Treatment 3, Makale0001a. 20 Kasım 2000'de <http://Journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030001a.html> adresinden indirildi.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler, kişisel haberleşmeler, Medline taramalarından ulaşılan makalelerin özetleri kaynak gösterilmemelidir.