

**EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU  
DERGİSİ**

---

Cilt: 22

Sayı: 1

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  
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. Zuhal 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 TAŞOCAK  
Prof. Dr. Güler ÇİMETE  
Prof. Dr. Fatma ÖZ  
Prof. Dr. Nalan AKBAYRAK  
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ  
Prof. Dr. Nesrin AŞTI  
Prof. Dr. Lale ALGIER  
Prof. Dr. Suzan YILDIZ  
Prof. Dr. Nuray ENÇ  
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU  
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN  
Prof. Dr. Selma DOĞAN  
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. 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

## 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 Spiritüel 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

## **EDİTÖRDEN**

Nihayet 2006 yılının ilk sayısını sizlere sunmanın mutluluğunu yaşıyorum. Umarım sizlerin gösterdiği yoğun ilgi devam eder ve böylelikle ara vermeden bundan sonraki sayıları zamanında çıkarabiliriz.

Bu sayıda hemşirelik eğitiminin yapılanmasında, hemşirelik öğrencilerinin hizmetlerinde gelecekte alacakları role uygun yetiştirilmesinde bizlere yol gösterecek 4 araştırma, 2 derleme makale yer almıştır. Ayrıca yine meslekdaşlarımızın bilgi birikimlerine ve uygulamalarına katkı sağlayacağını düşündüğümüz değişik konuları kapsayan 12 araştırma 5 derleme makale bulacaksınız.

Bu günlerde hemşire akademisyenlerin daha bilinçli, bilgili ve üst düzey kapasiteleri gelişmiş, analiz, sentez ve değerlendirme yapabilecek duyarlı ve özgüvenli hemşireler yetiştirebilmek için yoğun bir gayret içinde olduklarını biliyorum. Ancak laik demokratik Cumhuriyetimize yönelik tehlikeleri ve bu tehlikelerin önemli işaretlerini öğrencilerimizle tartışabilirsek, Cumhuriyetimize sahip çıkılmasında toplumla bütünleşmek yolunda önemli adımlar atılabileceği inancını sizlerle paylaşmak istiyorum.

Bir sonraki sayıda buluşmak ümidiyle hepinize sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

**Prof. Dr. Zeynep CONK**  
EDİTÖR

### **İletişim Adresi:**

Ege Üniversitesi  
Hemşirelik Yüksek Okulu  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
35100 Bornova-İZMİR  
Tel : 0.232.388 11 03/112  
Fax : 0.232.388 63 74  
E-mail : zeynep.conk@ege.edu.tr.

**YENİDOĞAN BEBEKLERE UYGULANAN İĞNELİ GİRİŞİMLERDE NON-FARMAKOLOJİK AĞRI GİDERME YÖNTEMLERİNİN ETKİSİNİN İNCELENMESİ\***

*THE EFFICACY OF NON-PHARMACOLOGICAL PAIN RELIEF METHODS IN INJECTION: APPLICATION TO NEWBORNS*

**Banu AKYÜREK Zeynep CONK**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

**Anahtar Sözcükler:** Ağrı, Yenidoğan, Nonfarmakolojik Ağrı Giderme Yöntemleri  
**Key Words:** Pain, Neonate, Nonpharmacological Pain Relief Methods

\* Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir-2002 (Danışman: Conk Z.) Bu çalışma 07-11 Eylül 2003 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen 2. Uluslararası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresinde sunulmuştur.

**ÖZET**

Bu araştırma, 0-4 haftalık term (gestasyon yaşı >37 hafta) yenidoğanların iğneli girişim veya topuktan kan alma işlemi öncesinde, işlem sırasında ve işlem sonrasında iğneli girişime (kapiller venöz, arteriel) verdikleri ağrı yanıtlarını değerlendirmek ve non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır. Yarı deneysel bir araştırma olarak planlanan araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniğine, Kasım 2001-Haziran 2002 tarihleri arasında yatan 40 yenidoğan oluşturmuştur.

Veri toplama araçları olarak; non-farmakolojik ağrı giderme tekniği uygulanacak bebeklerin izlem formu, Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası Skorlama Formu ve Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeği ile bebeklere ve uygulamayı yapan hemşirelere ait tanıtıcı bilgilerin yer aldığı form kullanılmıştır. Veriler sayı ve yüzdeler, Ki-kare ( $X^2$ ), Fisher Kesin Ki-kare Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Pearson's Moment Product Correlation Analysis kullanılarak değerlendirilmiştir. Kontrol ve çalışma grubundaki bebeklerin iğneli girişim öncesi birinci ve ikinci dakikalardaki ve iğneli girişim sonrası birinci, ikinci ve üçüncü dakikalardaki toplam ağrı puan ortalamaları arasındaki farkın çalışma grubundaki bebeklerin lehine istatistiksel yönden anlamlı ve non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin bebeklerin ağrı yanıtlarını azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.



## SUMMARY

*This study was conduct to evaulate the pain responses given to injectional apply (capillary venosus, arterial) before, during and after the needle-intrusive procedures by the neonates of 0-4 weekly term (gestational age >37 weeks up to 4 weeks after birth) and to A qoasi experimental study. The intervention group of the research was 0-4 weekly, 40 term newborn in Health Ministry Dr. Behçet Uz Pediatric Diseases Education and Research Hospital Neonatal Clinic between November 2001-June 2002.*

*Observation form of the babies who will be used in applying non-pharmacologic pain remove method, Neonatal Infant Pain Scale scoring form, evaluation scale of result criterions and the form which includes baby's and nurses charesterics were used as data collector tools. The results were evaluated by the number and percent rations, Chi-square, Fisher Exact Chi-square test, One-Way Variance Analysis (ANOVA) and Pearson's Moment Correlation Analysis.*

*According to this study; before, during and after the needle puncture, the difference between the babies' total pain point averages at first and second minutes before the needle puncture and at the first, second and third minutes after the needle puncture was found to be statistically meaningfull in the side of the babies' in intervention group and nonpharmacological pain relief methods were founded effective to minimize the pain responses.*

## GİRİŞ

Ağrı karmaşık ve kişisel bir durumdur. Sadece anatomik yapıları ve fizyolojik davranışları değil psikolojik, sosyal, kültürel ve bilişsel faktörleri de içerir (Conk, 2001). Yenidoğanlarda ağrı ve analjezi konusu son yıllarda yoğun olarak ele alınmakta ve birçok çalışma ile değerlendirilmektedir. Eskiden var olan; yenidoğanlarda ağrı hissi hiç veya yeteri kadar algılanmaz düşüncesi günümüzde yerini, yeteri kadar değerlendirilemez tartışmalarına bırakmıştır (Güldoğuş, 2000). Yenidoğanda ağrı yanıtları donanımlı tanımlama ölçümleriyle sağlanır. Bu ölçümler sayesinde ağrı yönetim stratejileri değerlendirilebilir. Ancak halen, bebeklerin ağrı tanılmasında optimal yaklaşım çözüm beklemektedir. Bu çözümsüzlük ağrıda farmakolojik ve çevresel, davranışsal yani non-farmakolojik ağrı azaltma uygulamalarına ilgiyi sürekli kılmaktadır (Stevens, Gibbins, Franc, 2000).

Ağrı tedavisi ilkeleri, çok az değişimle pediatrik yaş grubuna uygulanabiliyor olsa da, yenidoğan ve çocuklarda ağrının tanımlanması ve değerlendirilmesi erişkindekinden çok farklıdır. (Arıkan, 2000). Yenidoğanda ağrının objektif, kantitatif ve kesin olarak değerlendirilmesinin zor olması nedeniyle günümüzde kullanılan bir çok yöntem yetersiz kalmaktadır. Çoğu yöntem bütün pediatrik yaş gruplarına uygulanamamaktadır. Bu sorun esas olarak sözel iletişim kuramayan

çocukların ağrı ile ilgili kendi deneyimlerini aktarmalarındaki eksiklik ve davranışsal ve fizyolojik ölçme yöntemlerindeki spesifite eksikliğidir (Güldoğuş, 2000, Howard, 1998, Merkel, 1997).

Klinisyenler (doktor ve hemşire) üzerinde yapılan pek çok çalışma göstermiştir ki; sağlık profesyonelleri bebeklerin yetişkinler kadar çok ağrı hissettiklerine inanmaktadırlar ve rutinde bebeklerin fazla sayıda ağrılı işlemle karşılaştıklarını düşünmektedirler. Bu sonuçlara rağmen klinisyenler farmakolojik ve non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinden çok azını kullanmaktadırlar (Stevens 2000, Porter ve ark. 1999).

Barker'ın (1995) yoğun bakımlarda invaziv girişimlerin sıklığını ve türünü saptamak için yaptığı çalışmada; topuk delmenin bebeklik döneminde en sık yapılan girişim olduğunu belirtmiştir. Venöz girişimin ise daha büyük bebek ve çocuklarda sıklıkla kullanılan bir işlem olduğu gösterilmiştir (Shah ve Ohlsson 2001) Ağrı tanılama ve yönetimi bir ekip işidir. Bu ekip içinde yer alan hemşireler, yenidoğanlarda topuktan kan alma gibi ağrı verici ve iğneli girişimlerde farmakolojik olmayan uygun hemşirelik girişimlerini uygulayarak ağrının azaltılmasında önemli rol oynadığı gibi girişimin etkinliğini de ölçebilirler (Savaşer, 2000).

Ağrının belirgin öğelerinden biri hafızadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde tekrarlayan iğneli girişimler bebeklerde psikolojik sekelere yol açmaktadır. Bu bebeklerin 18 aylıkken daha az kucağa geldikleri ve 3-4 yaşlarında somatizasyona daha eğilimli oldukları belirlenmiştir (Önal 2000). Bebeğin ilk ağrılı işlem deneyimi diğerlerini de etkileyeceği için, özellikle ilk uygulamalarda en iyi ağrı giderme yöntemleri seçilmelidir. Bu yaklaşım işlem sırasındaki ağrıyı gidermenin yanı sıra, işlem öncesi ve sonrası hazırlıkları da içermelidir. Hemşirenin öncelikle sorumluluğu olduğu ağrı giderme yöntemlerinin uygulamaya geçirilmesine gereksinim vardır .

## **AMAÇ**

Bu araştırma 0-4 haftalık term (gestasyon yaşı>37 hafta) yenidoğanların iğneli girişim veya topuktan kan alma işlemi öncesinde, işlem sırasında ve işlem sonrasında iğneli girişime (kapiller venöz, arteriel) verdikleri ağrı yanıtlarını değerlendirmek ve non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin etkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür.

## **GEREÇ-YÖNTEM**

### ***Araştırmanın Türü***

Araştırma yarı deneysel tipte bir çalışmadır.

### ***Araştırmanın Evreni ve Örneklemini***

Araştırmanın evrenini Kasım 2001-Haziran 2002 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniğinde yatan 0-4 haftalık term (37hft ↑) yenidoğanlar oluşturmaktadır.

Araştırma örneklemini; Kasım 2001-Haziran 2002 tarihleri arasında Yenidoğan Kliniğinde yatan ve sınırlılıklara uyan yenidoğanlardan kontrol ve çalışma gruplarını 20 şer bebek olmak üzere toplam 40 bebek oluşturmuştur.

Kontrol ve çalışma grubundaki bebeklerin tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, kilo, gestasyon yaşı, işlem sırasındaki yaşı, tanı) iki grupta eşleştirilmiştir.

### ***Araştırmanın Değişkenleri***

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelenmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini; Örneklem grubuna alınan çalışma ve kontrol grubu bebeklerin, yenidoğan ağrı tanılama skolasından aldıkları puanlar oluşturmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise; Sonuç kriterlerini etkileyebileceği düşünülen bebeğin gestasyon yaşı, işlem sırasındaki yaşı, tanısı, iğneli girişim tipi, yenidoğan kliniğinde çalışan hemşirelerin bu klinikteki çalışma süreleri, mesleki deneyim süresi, mezun olduğu okul ve yenidoğan bebeklere uygulanan iğneli girişimlerde non-farmakolojik ağrı giderme yöntemleri oluşturmıştır.

### ***Araştırma Etiği***

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Sağlık Bakanlığı Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli yazılı izin alınmıştır.

### ***Araştırmanın Sınırlılıkları***

Çalışma kapsamına Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Yenidoğan Kliniğinde yatan 0-4 haftalık dönemdeki kendilerine 2. yada 3. kez iğneli girişim uygulanan ve işlemden önceki üç saat içinde analjezik ilaç almamış bebekler alınmıştır. Bunlara ek olarak;

Nörolojik hastalığı olduğuna dair herhangi bir bulgusu olan,

Spontan olarak solunum yapamayan ve ventilatöre bağlı olan veya oksijen desteği alan bebekler çalışmaya alınmamıştır.

İşlemden önceki iki saat içinde bebeğe aspirasyon ve postural drenaj gibi uygulamalar yapılmamıştır.

### **Veri Toplama Yöntemi**

Veri toplama araçları olarak; Non farmakolojik ağrı giderme yöntemleri uygulanacak bebeklerin izlem formu, Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası (NIPS) Skorlama Formu ve Sonuç kriterlerini değerlendirme ölçeği ile bebeklerin isim, gestasyon yaşı, tanıları, işlem sırasındaki yaşları, doğum tarihleri, yapılan iğneli girişimin tipi, uygulamayı yapan hemşirenin mezun olduğu okul, yenidoğan kliniğinde çalışma süresi ve mesleki deneyim süresini belirten bilgilerin ait olduğu form kullanılmıştır.

**Veri Toplama Formu 1: İğneli İşlem Süresince Non-Farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemi Uygulanacak Olan Bebeklerin İzlem Formu;** Araştırma kapsamına alınan çalışma grubundaki bebeklere işlem öncesi (İ.Ö.) uygulanacak olan; bezinin değiştirilmesi, klinikteki fazla ışık ve sesin azaltılması, bebeğin geliştirdiği bireysel davranışlarını (tutma, yakalama gibi) destekleme, sakinleştirici sesler çıkararak yumuşak ses tonu ile konuşmak, yumuşak, yavaş manüplasyon, işlem sırasında (İ.SIR.)'da; kucağa alma, sakinleştirici sesler çıkararak yumuşak ses tonuyla konuşma, işlem sonrasında (İ.SON.)'da; sakinleştirici sesler çıkararak yumuşak ses tonuyla konuşma, yumuşak taktik uyaran verme gibi non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerini içermektedir

**Veri Toplama Formu 2: Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası (NIPS);** Bu skala 1993 yılında Lawrence J. ve ark. tarafından yenidoğan bebeklerin iğneli girişim öncesi, işlem süresince ve sonrasında verdikleri davranışsal ağrı yanıtlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir, güvenilirlik katsayısı .92, .97 arasında bulunmuştur. Ölçeğin güvenle kullanılabilmesi ve girişimin etkinliğini ölçebildiği belirtilmekte ve ağrıya karşı oluşan altı davranış değerlendirilmektedir (Lawrence ve ark. 1993).

- Yüz ifadesi, solunum şekli, kol hareketleri, bacak hareketleri ve uyanıklık durumu 0 veya 1 puan olarak,
- Ağlama 0, 1 veya 2 puan olarak değerlendirilmektedir.

Toplam puan 0-7 arasında olup yüksek puan ağrının şiddetinin fazla olduğunu gösterir (Lawrence ve ark., 1993). NIPS'in iç tutarlılığının yüksek düzeyde olduğu, İ.Ö., İ.SIR. ve İ.SON.'da Cronbach Alfa değerlerinin .95, .87 ve .88 olduğu bulunmuştur (Lawrence et al, 1993). Ölçeğin ülkemize uyarlanma çalışması Akdovan (1999) tarafından yapılmış olup Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı .83-.86 arasında

bulunmuştur (Savaşer, 2000). Bu çalışmada NIPS skalasının dil geçerliliği ve iç tutarlılık çalışmaları yapılmış, Cronbach Alfa değerleri .77-.95 olarak bulunmuştur.

**Veri Toplama Formu 3:** İğneli girişim uygulanan bebeklere ve uygulamayı yapan hemşirelere ait tanıtıcı bilgileri (bebeklerin gestasyon yaşı, işlem sırasındaki yaşları, cinsiyetleri, kiloları, tanıları, yapılan iğneli girişimin tipi, uygulamayı yapan hemşirenin mezun olduğu okul, yenidoğan kliniğinde çalışma süresi ve mesleki deneyim süresi) kayıt etmek ve İ.Ö. iki dakika, İ.SIR. iki dakika, İ.SON. üç dakika ağırlı uyarana verdikleri yanıtların her bir dakikasını skorlamak için hazırlanmıştır.

Kontrol ve çalışma grubundaki bebeklere iğneli girişimleri aynı hemşireler uygulamıştır.

Veriler kontrol grubundaki yenidoğan bebeklerin İ.Ö. iki dakika, İ.SIR iki dakika ve İ.SON. üç dakika boyunca standart hastane uygulamaları dışında herhangi bir non-farmakolojik yöntem uygulanmadan ağrıya verdikleri yanıtın araştırmacı tarafından video kameraya kayıt edilmesi ile, çalışma grubunda ki yenidoğan bebeklerin İ.Ö. iki dakika, İ.SIR iki dakika ve İ.SON. üç dakika boyunca her üç aşamada non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin araştırmacı tarafından bebeklere uygulanırken, bebeklerin iğneli girişime verdikleri ağrı yanıtlarının klinik hemşiresi tarafından video kameraya kayıt edilmesi ile toplanmıştır.

### **Verilerin Toplanmasında İşlem Basamakları**

Araştırmanın sınırlılıklarına uyan bebekler; dosya bilgilerinden ve klinik hemşirelerinden alınan bilgilerle tespit edildi. Bu bilgiler doğrultusunda bebeklere ait tanıtıcı özellikler eşleştirilerek kontrol ve çalışma grubu belirlendi.

Kontrol grubundaki yenidoğan bebeklerin İ.Ö. iki dakika, İ.SIR iki dakika ve İ.SON. üç dakika boyunca herhangi bir non-farmakolojik yöntem uygulanmadan ağrıya verdikleri yanıtları araştırmacı tarafından video kameraya kayıt edildi.

Çalışma grubunda ki yenidoğan bebeklere İ.Ö. iki dakika, İ.SIR iki dakika ve İ.SON. üç dakika boyunca her üç aşamada non-farmakolojik ağrı giderme yöntemleri (Veri Toplama Formu 1) araştırmacı tarafından uygulandı ve bebeklerin iğneli girişime verdikleri ağrı yanıtları klinik hemşiresi tarafından video kameraya kayıt edildi.

Bebeklerin video kameraya çekilen görüntüleri Algoloji AD.'da görevli olan bir öğretim üyesi, hemşirelik yüksek okulunun iki öğretim

üyesi ve araştırmacı tarafından, İ.Ö. İ.SIR.ve İ.SON.'ndaki dakikalarda kontrol ve çalışma grubundaki yenidoğanların ağrıya verdikleri davranışsal yanıtları "Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası" ile değerlendirildi.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdellik, Ki-kare ( $X^2$ ), Fisher Kesin Ki-kare Testi, bağımlı ve bağımsız değerkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Pearson's Moment Product Correlation Analysis kullanılmıştır

## **BULGULAR ve TARTIşMA**

Araştırma kapsamına alınan kontrol ve çalışma grubu yenidoğan bebeklerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Tablo 1'de görölmektedir. Bebeklerin cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; kontrol grubuna alınan bebeklerin % 45.0'inin, çalışma grubuna alınan bebeklerin ise % 40.0'inin kız olduğu saptanmıştır.

Kontrol ve çalışma grupları arasında bebeklerin cinsiyetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p=0.50>0.05$ )

Bebeklerin kilolarına göre dağılımına bakıldığında; kontrol grubundaki bebeklerin kilo ortalamasının  $3427.50\pm 547.31$  olduğu, çalışma grubundaki bebeklerin ise ortalama kilolarının  $3103.00\pm 514.86$  olduğu saptanmıştır. Yapılan Ki-Kare ( $X^2$ ) testi ile gruplar arasında kilolar açısından istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2=2.900$ ,  $SD=2$ ,  $p=0.235>0.05$ ).

Araştırmaya katılan bebeklerden kontrol grubunda yer alanların 9'unun (% 45.0) gestasyon yaşının 39 hafta, çalışma grubunda yer alan bebeklerin ise 9'unun (% 45.0) 39 hafta olduğu görölmektedir. Kontrol ve çalışma grubundaki bebeklerin gestasyon yaşı ortalamalarının  $39.15\pm 0.75$  olarak bulunmuştur. İki grup arasında gestasyon yaşları açısından fark olmadığı için Ki-Kare ( $X^2$ ) analizi yapılamamıştır.

Bebeklerin tanılarına göre dağılımını incelendiğinde; kontrol ve çalışma grubundaki bebeklerin 11'inin (% 55.0) tanısının İndirekt Hiperbilirubinemi (İ.H.B) olduğu bulunmuştur. Yapılan Ki-Kare ( $X^2$ ) testi ile gruplar arasında tanılar açısından istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2=4.111$ ,  $SD=4$ ,  $p=0.391>0.05$ ).

Bebeklere uygulanan iğneli girişim tipleri incelendiğinde; kontrol grubundaki bebeklerin 10'una (% 50.0) ve çalışma grubundaki bebeklerin 10'una (% 50.0) İntravenöz (IV) girişim uygulandığı saptanmıştır.

İki grup arasında girişim tipleri açısından fark olmadığı için Ki-Kare ( $X^2$ ) analizi yapılamamıştır (**Tablo 1**).

**Tablo 1.** Kontrol ve Çalışma Grubundaki Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

	KONTROL GRUBU		ÇALIŞMA GRUBU	
CİNSİYET	Sayı	(%)	Sayı	(%)
<b>Kız</b>	9	45.0	8	40.0
<b>Erkek</b>	11	55.0	12	60.0
<b>Toplam</b>	20	100.0	20	100.0
<b>Fisher Kesin Testi, <math>p^*=0.50</math> *5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.</b>				
KİLO	Sayı	(%)	Sayı	(%)
<b>2510-3000 gr. ve altı</b>	5	25.0	9	45.0
<b>3000-3500 gr. arası</b>	5	25.0	6	30.0
<b>3500 gr. ve üstü</b>	10	50.0	5	25.0
<b>Toplam</b>	20	100.0	20	100.0
<b><math>X^2= 2.900</math> <math>SD= 2</math> <math>p=0.235&gt;0.05</math></b>				
GESTASYON YAŞI	Sayı	(%)	Sayı	(%)
<b>38 hafta</b>	4	20.0	4	20.0
<b>39 hafta</b>	9	45.0	9	45.0
<b>40 hafta</b>	7	35.0	7	35.0
<b>Toplam</b>	20	100.0	20	100.0
<b>İki grup arasında gestasyon yaşları açısından fark olmadığı için Ki-Kare (<math>X^2</math>) analizi yapılamamıştır.</b>				
TANI	Sayı	(%)	Sayı	(%)
<b>İHB</b>	11	55,0	11	55,0
<b>Akciğer hastalığı</b>	5	25,0	4	20,0
<b>Dehidratasyon</b>	-	-	3	15,0
<b>Nefrotik Sed.</b>	1	5,0	1	5,0
<b>Diğer</b>	3	15,0	1	5,0
<b>Toplam</b>	20	100,0	20	100,0
<b><math>X^2= 4.111</math> <math>SD= 4</math> <math>p=0.391&gt;0.05</math></b>				
GİRİŞİM TİPİ	Sayı	(%)	Sayı	(%)

<b>İ.V. Girişim</b>	10	50,0	10	50,0
<b>Topuktan Kan Alma</b>	10	50,0	10	50,0
<b>Toplam</b>	20	100,0	20	100,0

**İki grup arasında girişim tipleri açısından fark olmadığı için Ki-Kare (X<sup>2</sup>) analizi yapılamamıştır.**

**İHB: İndirekt Hiperbilirubinemi**

Kontrol grubundaki bebeklerin işlem sırasındaki ortalama yaşlarının 6.65±5.06 gün olduğu ve bebeklerin 4'ünün (%20.0) doğumdan sonraki birinci gününde olduğu bulunmuştur. Çalışma grubuna alınan bebeklerin ise işlem sırasındaki yaş ortalamalarının 8.40±4.95 gün olduğu ve bebeklerin 4'ünün (%20.0) dördüncü gününde olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kontrol ve çalışma grubundaki bebeklere iğneli girişim uygulayan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı **Tablo 2**'de görülmektedir. Kontrol grubundaki bebeklerden 13'üne (%65.0), çalışma grubundaki bebeklerden 12'sine (%60.0) girişim yapan hemşirelerin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu bulunmuştur. Kontrol ve çalışma grubundaki bebeklere iğneli girişim uygulayan hemşireler arasında mezun oldukları okul açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi, p=0.50>0.05) (**Tablo 2**).

Kontrol grubundaki bebeklere iğneli girişim uygulayan hemşirelerin yenidoğan kliniğindeki deneyim süresi ortalaması 7.90±6.42 yıl olarak bulunmuştur, bebeklerden 7'sine (%35.0) iğneli girişim uygulayan hemşirelerin yenidoğan kliniğindeki deneyim süresinin bir yıl olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubundaki bebeklere iğneli girişim uygulayan hemşirelerin ise yenidoğan kliniğindeki deneyim süresi ortalaması 4.95±4.89 yıl olarak bulunmuştur, bebeklerin 8'ine (%40.0) girişim yapan hemşirelerin yenidoğan kliniğindeki deneyim süresi bir yıl bulunmuştur. Yapılan Ki-Kare (X<sup>2</sup>) testi ile bebeklere girişim yapan hemşireler arasında yenidoğan kliniğindeki deneyim süreleri açısından istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır (X<sup>2</sup>= 8.711, SD=5 p=0.121>0.05) (**Tablo 2**).

Bebeklere iğneli girişim uygulayan hemşirelerin mesleki deneyim sürelerine bakıldığında; kontrol grubundaki bebeklere iğneli girişim uygulayan hemşirelerin mesleki deneyim süresi ortalama 11.25±6.00 yıl iken, çalışma grubundaki bebeklere iğneli girişim uygulayan hemşirelerin ise mesleki deneyim süresi ortalama 9.90±6.98 yıldır. Yapılan Ki-



Kare ( $X^2$ ) testi ile bebeklere iğneli girişim uygulayan hemşireler arasında mesleki deneyim süreleri açısından istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2= 5.000$ ,  $SD= 2$   $p=0.0082>0.05$ ) (**Tablo 2**).

**Tablo 2.** Kontrol ve Çalışma Grubundaki Bebeklere İğneli Girişim Uygulayan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

	KONTROL GRUBU		ÇALIŞMA GRUBU	
<b>HEMŞİRELERİN MEZUN OLDUKLARI OKUL</b>	<b>Sayı</b>	<b>(% )</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
Sağlık Meslek Lisesi	13	65.0	12	60.0
Ön Lisans	7	35.0	8	40.0
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
<b>Fisher Kesin Testi, p*=0.50</b>				
<b>*5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır</b>				
<b>HEMŞİRELERİN YD. KLİNİĞİNDEKİ DENEYİM SÜRELERİ</b>	<b>Sayı</b>	<b>(% )</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
1 yıl	7	35.0	8	40.0
2 yıl	2	10.0	3	15.0
5 yıl	-	-	3	15.0
10 yıl	2	10.0	4	20.0
11 yıl	2	10.0	-	-
15 yıl	7	35.0	2	10.0
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
$X^2= 8.711$ $SD=5$ $p=0.121>0.05$				
<b>HEMŞİRELERİN MESLEKİ DENEYİM SÜRELERİ</b>	<b>Sayı</b>	<b>(% )</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
1 yıl	1	5.0	-	-
2 yıl	-	-	1	5.0
3 yıl	1	5.0	-	-
4 yıl	3	15.0	4	20.0
6 yıl	-	-	3	15.0
7 yıl	-	-	4	20.0
8 yıl	2	10.0	2	10.0
10 yıl	1	5.0	-	-
11 yıl	2	10.0	-	-
12 yıl	1	5.0	-	-
15 yıl	7	35.0	2	10.0
22 yıl	2	10.0	4	20.0
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>
$X^2= 5.000$ $SD= 2$ $p=0.082>0.05$				

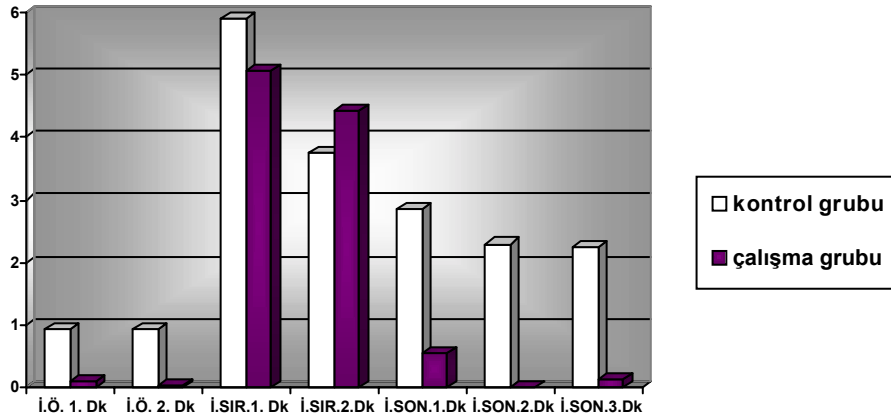
**Tablo-3** ve **Grafik-1**'de, araştırma kapsamına alınan kontrol ve çalışma grubundaki bebeklerin İ.Ö., İ.SIR. ve İ.SON. Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası Toplam Puan Ortalamalarının (YATSTPO)'nın dağılımı görülmektedir.

Kontrol ve çalışma grubundaki bebeklerin İ.Ö. birinci (F=3,3993, p=0.053=0.05) ve ikinci (F=4.403, p=0.043<0.05) dakikalardaki toplam ağrı puan ortalamaları arasındaki fark çalışma grubundaki bebeklerin lehine istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur.

Kontrol ve çalışma grubundaki bebeklerin İ.SIR. birinci (F=2.100, p= 0.156>0.05) ve ikinci (F=0.250, p=0.625>0.05) dakikalar için toplam ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Kontrol ve çalışma grubundaki bebeklerin İ.SON. birinci (F=10.282, p= 0.003<0.01), ikinci (F=13.036, p= 0.001<0.01) ve üçüncü (F=11.003, p=0.002<0.01) dakikalardaki toplam ağrı puan ortalamaları arasındaki fark çalışma grubundaki bebeklerin lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Non-farmakolojik hemşirelik uygulamalarının (sessizlik, kucaklama, sallama, yumuşak ses tonuyla konuşma, alt bezinin değiştirilmesi ve emzik) bebeğin ağrı ile baş etmesine ya da ağrının azalmasına, sıkıntısının hafifletilmesine yardımcı olduğu bilinmektedir. Ağrıyı hafifletmek için kullanılan yumuşak dokunuşlar, hafif müzik, taktil uyaranlar, yatıştırmaya çalışmak, sallamak gibi non-farmakolojik yöntemlerin yararlı olduğu literatürde belirtilmektedir (Bucher, 1998).



**Grafik 1.** Kontrol ve Çalışma Grubundaki Bebeklerin İ.Ö., İ.SIR. ve İ.SON. Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 3.** Kontrol ve Çalışma Grubundaki Bebeklerin İ.Ö., İ.SİR., İ.SON. Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

	İŞLEM ÖNCESİ														
	1. Dakika					2. Dakika									
GRUPLAR	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P					
Kontrol Grubu	20	.95	1.85	<b>3.993</b>	<b>.053</b>	20	.95	1.90	<b>4.403</b>	<b>.043</b>					
Çalışma Grubu	20	.10	.45			20	0.05	.22							
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>.53</b>	<b>1.40</b>			<b>40</b>	<b>.50</b>	<b>1.41</b>							
	İŞLEM SIRASI														
	1. Dakika					2. Dakika									
GRUPLAR	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P					
Kontrol Grubu	20	5.90	1.48	<b>2.100</b>	<b>.156</b>	8	3.75	2.25	<b>.250</b>	<b>.625</b>					
Çalışma Grubu	20	5.05	2.16			7	4.43	2.99							
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>5.48</b>	<b>1.88</b>			<b>15</b>	<b>4.07</b>	<b>2.55</b>							
	İŞLEM SONRASI														
	1. Dakika					2. Dakika					3. Dakika				
GRUPLAR	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Kontrol Grubu	20	2.85	2.81	<b>10.282</b>	<b>.003</b>	20	2.30	2.85	<b>13.036</b>	<b>.001</b>	20	2.25	2.79	<b>11.003</b>	<b>.002</b>
Çalışma Grubu	20	.55	1.54			20	.00	.00			20	.15	.49		
<b>Toplam</b>	<b>40</b>	<b>1.70</b>	<b>2.52</b>			<b>40</b>	<b>1.15</b>	<b>2.30</b>			<b>40</b>	<b>1.20</b>	<b>2.24</b>		

Bu çalışmada yukarıda bahsedilen yöntemler işlem öncesi, süresi ve sonrasında çalışma grubundaki bebeklere uygulanmış olup çalışma sonucunda elde edilen bulgular İ.Ö. ve İ.SON. da non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerin etkili olduğunu, İ.SIR. ise ağrı puan ortalamalarını etkilemediğini göstermiştir.

Savaşer' in (2000) yenidoğanda topuktan kan alınması sırasında oluşan rahatsızlığı azaltmada/sakinleştirmede anne kucağının etkisini belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada; çalışma grubuna alınan 36 yenidoğana kucağa alınarak emzik verilmiş, kontrol grubundaki 34 yenidoğana ise yatağında yatarken emzik verilmiştir. Ağrıya karşı oluşan yanıtlar yenidoğan ağrı tanılama skalası ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda çalışma grubundaki yenidoğanların puan ortalamalarının, kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük bulunduğu bildirilmiştir (Savaşer, 2000).

Araştırmanın İ.Ö. ve İ.SON. da ki çalışma grubundaki bebeklere ait bulguları, Savaşer'in çalışma sonuçları ve literatür bilgileriyle benzerlik göstermektedir. Kontrol grubundaki bebeklerin İ.Ö., İ.SIR. ve İ.SON. YATSTPO arasındaki ilişki incelendiğinde; İ.Ö. YATSTPO ile İ.SIR. YATSTPO arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $r=.0782$   $p >0.05$ ). İ.Ö. ağrı puanının İ.SIR. daki ağrı puanı üzerine etkisi bulunmamaktadır. İ.Ö. YATSTPO ile İ.SON. YATSTPO arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $r=.3573$ ,  $p >0.05$ ). İ.Ö. ağrı puanı İ.SON. daki ağrı puanını etkilememektedir. İ.SIR. YATSTPO ile İ.SON. YATSTPO arasında pozitif güçlü bir korelasyon saptanmıştır ( $r=.6674$ ,  $p<0.01$ ). İ.SIR. da ağrı puanı arttıkça İ.SON. daki ağrı puanı da artmaktadır (**Tablo 4**).

Çalışma grubundaki bebeklerin İ.Ö., İ.SIR. ve İ.SON. YATSTPO arasındaki ilişki incelendiğinde; İ.Ö. YATSTPO ile İ.SIR., İ.Ö. YATSTPO ile İ.SON., İ.SIR. YATSTPO ile İ.SON. YATSTPO arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $r=.0919$ ,  $r=-.0058$ ,  $r=.2627$ ,  $p >0.05$ ). Çalışma grubundaki bebekler işlem sırasında ağrı algılamalarına rağmen işlem sonrasında ağrıları aynı şiddette devam etmemiştir. Çalışma grubundaki bebeklerin verdikleri ağrı yanıtlarından, non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin önemli ölçüde etkili olduğu saptanmıştır (**Tablo 4**). Araştırma kapsamına alınan kontrol ve çalışma grubundaki bebeklerin cinsiyetlerine, kilolarına, gestasyon yaşlarına, işlem sırasındaki yaşlarına, tanılarına, bebeklere uygulanan iğneli girişim tiplerine, bebeklere iğneli girişimde bulunan hemşirelerin eğitim durumlarına, yenidoğan kliniğindeki deneyim sürelerine ve mesleki deneyim sürelerine göre İ.Ö., İ.SIR. ve İ.SON.'daki YATSTPO dağılımları incelendiğinde; kontrol ve çalışma grubundaki bebeklerin İ.Ö., İ.SIR. İ.SON. dakikalar için YATSTPO ile cinsiyetleri, kiloları, gestasyon

yaşları, işlem sırasındaki yaşları, tanıları, bebeklere uygulanan iğneli girişim tipleri, bebeklere iğneli girişimde bulunan hemşirelerin eğitim durumları, yenidoğan kliniğindeki deneyim süreleri ve mesleki deneyim süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırmanın sonucunda bebeklerin cinsiyet farklılıklarının ve gestasyon yaşlarının ağrı yanıtlarına etki etmediği bulunmuştur. Araştırma sonuçları, Guinsburg ve arkadaşlarının (2000) yenidoğan kız ve erkek bebeklerde ağrı yanıtlarındaki farklılıkları incelemek amacıyla yaptıkları çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Guinsburg et al, 2000).

Porter ve arkadaşları (1999) gestasyon yaşı 28-32 hafta olan bebekler üzerinde ağrı tanılama amacı ile yaptıkları çalışma sonucunda; bebeklerin gestasyon yaşları ile verdikleri ağrı yanıtları arasında anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir (Porter, Wolf, Miller, 1999).

Araştırma sonuçları Guinsburg ve arkadaşlarının, Porter ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada; **İ.Ö.** İ.V. girişim uygulanan kontrol grubundaki bebeklerin Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası toplam puanı 1.55 (SD=2.22), topuktan kan alma işlemi uygulanan bebeklerinki 0.35 (SD=0.94), çalışma grubundaki İ.V. girim uygulanan bebeklerin Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası toplam puanı 0.10 (SD=0.32), topuktan kan alma işlemi uygulanan bebeklerinki ise 0.05 (SD=0.16), **İ.SİR.** kontrol grubundaki İ.V. girişim uygulanan bebeklerin Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası toplam puanı 4.85 (SD=1.68), topuktan kan alma işlemi uygulanan bebeklerinki 6.20 (SD=1.32), çalışma grubundaki İ.V. girişim uygulanan bebeklerin Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası toplam puanı 4.57 (SD=2.39), topuktan kan alma işlemi uygulanan bebeklerinki ise 5.10 (SD=1.97), **İ.SON.** İ.V. girişim uygulanan kontrol grubundaki bebeklerin Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası toplam puanı 1.73 (SD=1.96), topuktan kan alma işlemi uygulanan bebeklerinki 3.20 (SD=2.95). Çalışma grubundaki İ.V. girim uygulanan bebeklerin Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası toplam puanı 0.20 (SD=0.53), topuktan kan alma işlemi uygulanan bebeklerinki ise 0.27 (SD=0.73) olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.** Kontrol ve Çalışma Grubundaki Bebeklerin İ.Ö., İ.SİR. ve İ.SON. Yenidoğan Ağrı Tanılama Skalası Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

<b>Kontrol Grubu</b>	İ.Ö. için YD Ağrı Tanılama Skalası Top. Pu.Ort.	İ.SİR. için YD Ağrı Tanılama Skalası Top. Pu.Ort.
İ.Ö. için YD Ağrı Tanılama Skalası Top. Pu.Ort.	-	-
İ.SİR. için YD Ağrı Tanılama Skalası Top. Pu.Ort.	.0782	-
İ.SON. için YD Ağrı Tanılama Skalası Top. Pu.Ort.	.3573	.6674**
<b>Çalışma Grubu</b>	İ.Ö. için YD Ağrı Tanılama Skalası Top. Pu.Ort.	İ.SİR. için YD Ağrı Tanılama Skalası Top. Pu.Ort.
İ.Ö. için YD Ağrı Tanılama Skalası Top. Pu.Ort.	-	-
İ.SİR. için YD Ağrı Tanılama Skalası Top. Pu.Ort.	.0919	-
İ.SON. için YD Ağrı Tanılama Skalası Top. Pu.Ort.	-.0058	.2627

Shah ve Ohlsson (2001) yaptıkları çalışmada İ.V. girişim uygulanan bebeklerin İ.SIR. YATSTP'nin 2.84 (SD=1.57), topuktan kan alma işlemi uygulanan bebeklerin YATSTP'nin ise 5.21 (SD=1.48) olduğunu ve İ.Ö. ile İ.SON. da gruplar arasında toplam puan skorlarında farklılık olmadığını saptamışlardır (Shah, Ohlsson 2001). Shah ve Ohlsson'un çalışma sonuçları bu çalışmadan elde edilen bulgularla kıyaslandığında İ.V. girişim uygulanan bebeklerin ağrı puan ortalamaları arasında farklılık varken, topuktan kan alma işlemi uygulanan bebeklerin ağrı puan ortalamaları arasındaki benzerlik dikkati çekmiştir.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Araştırma sonunda; bebeklerin ağrı yanıtlarını başka herhangi bir etmenin (yaş, cinsiyet, kilo, iğneli girişimin tipi, tanı, iğneli girişim uygulayan hemşirelerin yenidoğan kliniğindeki deneyim süreleri vb) etkilemediği ve çalışma grubundaki bebeklere uygulanan non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin İ.Ö. ve İ.SON.da ağrıyı azaltmada etkili olduğu ancak İ.SIR. da ise ağrı puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır.

Ağrının; bebeğin ses tonundan, yüz ifadelerinden, vücut hareketlerinden, solunumundan, renginden ve metabolizmasında meydana gelen ani değişikliklerden anlaşılacak evrensel bir dili vardır. Sağlık ekibinde görevli uzmanların, bebeklerin bu dili kullandıklarını bilmeleri ve onları büyük bir dikkatle dinleyip değerlendirmeleri, farklı tiplerde ağrıları ölçmek için uygun skalalar geliştirilmesi, yenidoğanlarda ağrı tanınması ve yönetimi konusundaki hemşirelik araştırmalarının sayısının artırılması önerilebilir.

### **KAYNAKLAR**

1. Arıkan A (2000). Yenidoğanda Nonsteroid Antiinflamatuvar Ajanlar. III. Çukurova Anestezi Günleri. Çukurova Üniversitesi Basımevi. Adana. 11-18.
2. Bucher H U (1998). Overview of Procedural Pain Management in the Newborn. Research and Clinical Forums. 20 (4), 45-52.
3. Conk Z (2001). Çocuklarda Ağrıyı Tanılama ve Yönetme İlkeleri. 23. Pediatri Günleri 3. Pediatri Hemşireliği Günleri Bilimsel Program ve Özet Kitabı. İstanbul, 378-388.
4. Guinsburg R, Peres C D et all (2000). Differences in Expression Between Male and Female Newborn Infants. Pain. 85: 127-133.
5. Güldoğan, F (2000). Yenidoğan Cerrahisinde Analjezi. III. Çukurova Anestezi Günleri. Çukurova Üniversitesi Basımevi, Adana. 3-9.

6. Howard V A, Thurber F W (1998). The Interpretation of Infant Pain: Physiological and Behavioral Indicators Used by NICU Nurses, *Journal of Pediatric Nursing*, 13 (3). 164-173.
7. Lawrence J, Alcock D, McGrath P, et all (1993). The Development of a Tool to Asses Neonatal Pain. *Neonatal Network*. 12 (6): 59-66.
8. Merkel S I, Voepel-Lewis T, Shayevtz J R (1997). The FLACC: A Behavioral Scale for Postoperative Pain in Young Children. *Pediatric Nursing*. 23 (3). May-June. 293-297.
9. Önal A (2000). Yenidoğanda Opioidler. <http://www.lokman.cu.edu.tr/anestezi/sempozyum1d.htm>
10. Porter F L, Wolf C M, Miller J P (1999). Procedural Pain in Newborn Infants: The Influence of Intensity and Development. *Pediatrics*. 104 (1): 13-26.
11. Savaşer S (2000). Yenidoğanda Topuktan Kan Alınması Sırasında Oluşan Rahatsızlığı Azaltmada Anne Kucağının Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 7 ( 1-2): 13-19.
12. Shah V, Ohlsson A, (2001). Venepuncture Versus Heel Lance for Blood Sampling in Term Neonates. <http://nichd.nih.gov/cochrane/shah/shah.htm>
13. Stevens B, Gibbins S, Franck L S (2000). Treatment of Pain In The Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatric Clinics of The Child and Family* Lipincott Company. 489-500.



## HEMŞİRELERDE VARİS BELİRTİ VE YAKINMALARININ İNCELENMESİ

### THE INVESTIGATION OF VARICOSITY COMPLAINTS AND SIGNS IN NURSES

Nurcan ÖZDEMİR\* Leyla KHORSHID\*\*

\*Sosyal Sigortalar Kurumu Tepecik Eğitim Hastanesi İZMİR

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 35100 Bornova İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** varis, varis belirtileri, hemşireler, çalışma koşulları

**Key Words:** varicosity, signs of varicosity, nurses, working conditions

#### ÖZET

**Giriş:** Varis için risk faktörleri, yaş, doğurganlık ve uzun süre ayakta kalmayı gerektiren meslekleri kapsar. Çalışma koşullarının ağırlığı ve çoğunluğunun kadın olması nedeniyle varis hemşirelerde sık rastlanan bir sağlık sorunudur.

**Amaç:** Bu tanımlayıcı araştırma hemşirelerde, varis belirti ve yakınmaları ile varis yakınmalarını etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemini, Sosyal Sigortalar Kurumu İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi'nde çalışan 209 hemşire oluşturmuştur. Veriler anket formu ile toplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin %72.7'sinin varis yakınmalarının bulunduğu ve %21.1'inin varis tedavisi gördüğü saptanmıştır. Hemşirelerin yaşı, doğum kontrol hapı kullanma süresi, çalışma yılı, çalışma biçimi, alkol kullanımı, sigara kullanımı ve koruyucu amaçlı varis çorabı kullanımı ile varis yakınmaları bulunması arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Sonuç olarak hemşirelerde varis yakınmalarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelikte varis yakınması öyküsü bulunan ve ailesinde varis yakınması olan hemşirelerde, varis yakınması ortaya çıkma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

#### SUMMARY

**Introduction:** Risk factors for varicose veins include increasing age, parity and occupations that require long time standing. Varicosity is a frequently seen medical problem on nurses, because of heavy working conditions and most of them being women.

**Aim:** This descriptive study was carried out to determine the signs and complaints of varicosity of nurses and factors that effect the varicosity complaints.

**Methods:** The sample of the study consist of 209 nurses who works in Sosyal Sigortalar Kurumu İzmir Tepecik Education Hospital. A questionnaire related to characteristics and working conditions of nurses was used in collecting of data. Data were analized by using chi-square tesd.

**Result:** It was determined that %72.7 of the nurses have varicosity complaints, %21.1 of them had varicosity treatment. It was found that the age, period of using contraceptive pills, working year, working style, using alcohol, using cigarettes, and using for protective purpose varix stockings of nurses were not effect the presence of varicosity complaints of the nurses.

**Conclusion:** As a result, it was determined that the varicosity complaints of nurses is fairly high. The percentage of presence varicosity complaints was higher in nurses who had varicosity complaints during pregnancy and have any individual in their family which has varicosity complaints.

## GİRİŞ

Hemşireler sağlığın korunmasından ve hastalıkların tedavisinden olduğu kadar, toplum sağlığının geliştirilmesinden ve mesleki alandaki gelişmelerden sorumlu olan kişilerdir. İnsanlara sağlık hizmeti sunan hemşirelerin tam bir iyilik halinde olmaları önemlidir (Özabacı ve Pektekin 1990). Bu nedenle, hemşirelerin örnek sağlık davranışları sergileyerek, topluma rol modeli olmaları ve kendi sağlıklarını korumaları gerekmektedir. Hemşireler mesleklerini özveri ile uygularken, işe bağlı ve çalışma çevresinden kaynaklanan mekanik travmalar, fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik/sosyal zararlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu zararlara bağlı olarak ortaya çıkan bazı sağlık yakınmaları iş verimini düşürmekte, kurumun ekonomik kaybına, kazaların artmasına ve hemşirenin bakım verdiği kişilerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır (Bayık ve ark. 1990). Literatürde hemşirelerin baş ağrısı, sırt-eklem-bel ağrısı, mide şikayetleri, yorgunluk, uykusuzluk, varis, anksiyete, stres, menstruasyon bozukluğu ve yüksek tansiyon gibi sağlık yakınmaları olduğu belirtilmektedir (Bahar ve ark. 1996). Ergör ve ark.'nın (2003) yaptıkları araştırmada, sağlık ocaklarında çalışan sağlık çalışanlarının sık karşılaştıklarını belirttikleri riskler arasında uzun süre ayakta çalışma %51.7 ile beşinci sırada yer almıştır.

Bahar ve arkadaşlarının (1996) araştırmasında, hemşirelerin sağlık yakınmaları arasında %62.4 ile varis şikayeti oldukça yüksek bulunmuştur. Dindar ve arkadaşlarının (2001) yaptığı araştırmada, hemşirelik bakım ve uygulamaları sırasında oluşan şikayetlere konulan

tanılar değerlendirildiğinde, birinci sırada diskal herni, ikinci sırada ise varis yer almıştır. Erkal ve ark. (1999) hastanede çalışan hemşirelerin sağlık durumlarını ve çalışma ortamında sağlığı tehdit eden faktörleri belirleyerek gerekli önlemleri almak amacıyla yaptıkları çalışmada tanı konan hastalıklar arasında %41'lik oranla varis birinci sırada gelmektedir. Özkan ve Gökdoğan'ın (2001) 363 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı araştırmada, çalışanların maruz kaldıkları hastalıklar arasında varis %16.8'lik oranla ilk sırada yer almaktadır .

Venöz hastalıklar yalnız sağlık çalışanlarını değil, toplumun genelini de etkilemektedir. Ülkemizde varis görülme sıklığı konusunda bir rakam yoktur. Nüfusun büyük bir kesimini etkilediği için varisler ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Variköz damarlar, kişinin yaşam kalitesine olumsuz etkide bulunurlar ve önemli işgücü kayıplarına da yol açmaktadır (Çöl 2000, Palfreyman ve ark. 2004). Bradbury ve ark.'nın (1999) yaş, cinsiyet ve belirtiler ile varis oluşumu arasındaki ilişkiyi tanımlamak amacıyla İskoçya'nın Edinburgh kentinde 1566 kişiyle yaptıkları bir araştırmada, varis şikayeti olan kadınların %53,8'inde ağrı şikayeti, %23'ünde ödem şikayeti, %19.8'inde karıncalanma şikayeti olduğu saptanmıştır. London ve Nash'in (2000) belirttiği üzere, Franks ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan bir araştırmada Londra'da 35 ila 70 yaşları arasındaki kişilerde variköz damar yaygınlığı erkeklerde %17 ve kadınlarda %31 olarak bulunmuştur. Varis sıklığı 18-24 yaşları arasında %11.5 iken, 55-64 yaşları arasında %55.7 olarak saptanmıştır.

Variköz damarların, nüfustaki yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Birçok çalışmada, erkeklere oranla kadınlarda variköz damar prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Farklı ülkelerdeki (ABD, Japonya, Brezilya, Avrupa ülkeleri, Afrika ülkeleri) variköz damar görülme sıklığı kadınlarda %20-25 ve erkeklerde %10-15 civarındadır. Çalışmaların genelinde, yaş ilerledikçe her iki cinsiyette de variköz damar oluşumunun arttığı saptanmıştır (Abbade ve Lastória 2004). Özabacı ve Pektekin'in (1990) araştırmasında hemşirelerde mesleğe başladıktan sonra varis görülme oranının %37.2 olduğu saptanmıştır. Bahar ve ark.'nın (1996) yaptıkları bir araştırmada hemşirelerin %62.4'ünde varis yakınmaları olduğu saptanmıştır. Erkal ve ark.'nın (1999) araştırmasında, hemşirelerde tanı konan hastalıklar arasında %41'lik oranla varis birinci sırada geldiği saptanmıştır. Bayık ve ark.'nın (1990) yaptıkları bir araştırmada, işyerinde hemşirelerde varis görülme oranının %25.9 olduğu saptanmıştır. Özkan ve Gökdoğan'ın (2001) yaptıkları bir araştırmada, sağlık çalışanlarının %16.8'inde varis şikayeti olduğu saptanmıştır. Okumuş ve Maltepe'nin (1992) hemşirelerin işe devamsızlık nedeni olarak hastalık durumlarını incelemek

amacıyla yaptıkları bir araştırmada, hemşirelerin %10.2'sinde varis şikayeti olduğu saptanmıştır.

Varislerin oluşumunda kesin sebepler bilinmemekle birlikte; heredite, cinsiyet, yaş, meslek, obezite, gebelik, travma ve enfeksiyonların varis oluşumunda rol oynayan etyolojik faktörler olduğu belirtilmektedir (Çöl 2000, Soylu 1986). Varislerin klinik görünümü ile belirtileri arasında her zaman bağlantı kurmak mümkün değildir. Bazen hafif varislerde ciddi belirtiler görüldüğu gibi, fazla miktarda genişlemiş ve kıvrımlar yapmış varislerde çok hafif belirtiler görülebilir (Soylu 1986). Yüzeyel venlerin varisleri semptom vermeden önce deri altından görünür hale gelirler. Morumturak koyu renkli, kıvrıntılı ve kabarık bir görünüm alırlar (Birol ve ark.1991, Bumin 1985). Konjesyona neden olan ayakta durur pozisyonda daha belirgin hale gelirler (Birol ve ark. 1991). Varisler özellikle oluşumları sırasında ağrılıdırlar (Bozer ve Günay 1984). İleri derecede gelişmiş varislerde hastalar bacaklarında ağırlıktan şikayet ederler. Uzanarak dinlenme, bacağın yukarı kaldırılması ve elastik çorap kullanılması ile bu şikayet ortadan kalkar. Ayak ve ayak bileğinde şişlik, etkilenen venlerin civarındaki deride kaşıntı bulunabilir (Candar 1988, Phay ve Rubin 2002). Varisli bölgede yanma ve kaşıntı hissi olabilir (Barlas 1977, Soylu 1986). Bacakta ağrı, kramplar, yorgunluk ve ağırlık hissi görülebilir (Black ve ark.1993, Bumin 1985).

Toplumun genelini etkileyen varis hastalığı, çalışma koşullarının ağırlığı ve çoğunluğunun kadın olması nedeniyle hemşirelerde daha büyük risk oluşurmaktadır. Ülkemizde hemşirelerde varis yakınmalarına ilişkin az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu araştırma, hemşirelerde varis yakınmalarını ve bu yakınmaların görölmesini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmanın evrenini Sosyal Sigortalar Kurumu İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi'nde çalışan tüm hemşireler (n=300) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, bu evrenden olasılıksız örnekleme tekniğiyle seçilen 209 hemşire oluşturmuştur. Başhemşireler, çalışma koşullarının farklı olması nedeniyle araştırma örneklemini dışında tutulmuştur. Araştırmanın verileri 04 Ekim 2004–22 Ekim 2004 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, beslenme durumu, sağlık öyküsü, çalışma koşulları ve varis yakınmalarına ilişkin 36 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Hemşirelerin beden kitle indeksi kendi boy ve kilo bildirimlerine

dayanarak araştırmacılar tarafından hesaplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 9.0 for Windows programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumdan ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulundan yazılı izin alınmış, araştırmada veriler etik ilkelere uyularak toplanmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır.

## BULGULAR

**Tablo 1.** Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Bulgular

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş Grupları</b>		
25 yaş ve altı	56	26.8
26 -35 yaş	84	40.2
36 yaş ve üstü	69	33.0
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	100	47.8
Evli	109	52.2
<b>Çocuk Sayısı</b>		
1 çocuk	52	54.7
2 çocuk ve üstü	43	45.3
<b>Klinik</b>		
Dahili Klinikler	88	42.1
Cerrahi Klinikler	57	27.3
Çocuk Klinikleri	64	30.6
<b>Üstlenilen Görev</b>		
Sorumlu + Poliklinik + Diğer(EKG vs.)	31	14.8
Servis Hemşiresi	156	74.6
Yoğun Bakım Hemşiresi	22	10.5
<b>Haftalık Çalışma Saatleri</b>		
40 - 49 saat	36	17.2
50 - 58 saat	37	17.7
59 - 67 saat	65	31.1
68 saat ve üstü	71	34.0
<b>Çalışma Şekli</b>		

Sürekli Gündüz +Vardiya	10	4.8
Sürekli Gece	20	9.6
Gece + Gündüz + Hafta sonu Nöbeti	179	85.6
<b>Gündüz Bakım Verilen Hasta Sayısı</b>		
1 ila 30 hasta	120	75.5
31 ila 60 hasta	18	11.3
61 ve daha fazla sayıda hasta	21	13.2
<b>Gece Bakım Verilen Hasta Sayısı</b>		
1 ila 30 hasta	86	49.4
31 ila 60 hasta	63	36.2
61 ve daha fazla sayıda hasta	25	14.4
<b>Hemşire Olarak Çalışmanın</b>		
Sağlığını Olumsuz Etkilediğini Düşünen	135	64.6
Sağlığını Kısmen Olumsuz Etkilediğini Düşünen	69	33.0
Sağlığını Olumsuz Etkilemediğini Düşünen	5	2.4

**Tablo 2.** Hemşirelerin Varis Belirti ve Yakınmalarına ve Tedavilerine İlişkin Bulguların Dağılımı

<b>Varis Belirti ve Yakınmalarına ve Tedavilerine İlişkin Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Varis Belirti ve Yakınması</b>		
Olan	152	72.7
Olmayan	57	27.3
<b>Varis Tedavisi</b>		
Gören	44	21.1
Görmeyen	165	78.9
<b>Uygulanan Tedavi Türleri</b>		
Jimnastik Tedavisi Uygulayan	12	
Elestasyon Tedavisi Uygulayan	22	27.3*
İlaç Tedavisi Alan	24	50.0
Skleroterapi Tedavisi Alan	4	54.5
Cerrahi Tedavi Alan	4	9.1
* Oranlar varis tedavisi gören hemşirelere göre hesaplanmıştır (n=44)	2	4.5
<b>Koruyucu Amaçla Varis Çorabı</b>		
Kullanan	14	6.7
Kullanmayan	195	93.3
<b>Koruyucu Amaçlı Çorap Kullanma Süresi</b>		
1 yıl ve daha kısa süre	11	78.6
1 yıldan uzun süre		
* Oranlar koruyucu amaçlı çorap kullanan hemşirelere göre hesaplanmıştır (n=11)	3	21.4

Araştırmaya katılan hemşirelerin %40.2'sinin 26 -35 yaş grubunda olduğu, %52.2'sinin evli olduğu, %42.1'inin dahili kliniklerde çalıştığı, %74.6'sının servis hemşiresi olarak çalıştığı, %70.3'ünün genellikle ayakta çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin 3/4'ünden fazlasının gündüzleri 1-30 hastaya, %49.4'ünün geceleri 1 ila 30 hastaya bakım verdikleri, %24.4'ünün alkol kullandığı, %52.6'sının sigara kullandığı, %91.9'unun düzenli olarak egzersiz yapmadığı saptanmıştır (Tablo1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %78.9'unun varis tedavisi görmediği, herhangi bir varis tedavi yöntemi uygulayanların %27.3'ünün jimnastik tedavisi uyguladığı, %50'sinin elevasyon tedavisi uyguladığı, %61.4'ünün tedavi amacıyla varis çorabı kullandığı, %54.5'inin ilaç tedavisi uyguladığı, %4.5'inin cerrahi tedavi aldığı, %9.1'inin skleroterapi tedavisi aldığı, %6.7'sinin koruyucu amaçla varis çorabı kullandığı saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 3.** Hemşirelerin Varis Belirti ve Yakınmalarını Etkileyen Etmenlere Göre Dağılımı

Etmenler	Varis Belirti ve Yakınması				Toplam	
	Olan		Olmayan		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş</b>						
25 yaş ve altı	43	76.8	13	23.2	56	100.0
26 - 35 yaş	58	69.0	26	31.0	84	100.0
36 yaş ve üstü	51	73.9	18	26.1	69	100.0
$\chi^2 = 1.087$ SD = 2 p = 0.581 > 0.05						
<b>Beden Kitle İndeksi</b>						
Düşük Kilolu	5	71.4	2	28.6	7	100.0
Normal Kilolu	120	74.1	42	25.9	162	100.0
Fazla Kilolu ve Obez	27	67.5	13	32.5	40	100.0
$\chi^2 = 0.705$ SD = 2 p = 0.703 > 0.05						
<b>Çocuk Sayısı</b>						
1 çocuk	31	59.6	21	40.4	52	100.0
2 çocuk ve üstü	31	72.1	12	27.9	43	100.0
$\chi^2 = 1.616$ SD = 1 p = 0.204 > 0.05						

<b>Gebelikte Varis Şikayeti</b>						
Olan	39	97.5	1	2.5	40	100.0
Olmayan	27	45.0	33	55.0	60	100.0
$\chi^2 = 29.471$ SD = 1 p = 0.00 < 0.001						
<b>Hemşirelerin Doğum Kontrol Hapı Kullanımı</b>						
Kullanan	40	75.5	13	24.5	53	100.0
Kullanmayan	112	71.8	44	28.2	156	100.0
$\chi^2=0.270$ SD=1 p=0.604 > 0.05						
<b>Çalışma Biçimi</b>						
Oturarak + Ayakta	41	66.1	21	33.9	62	100.0
Ayakta	111	77.5	36	24.5	147	100.0
$\chi^2 = 1.935$ SD = 1 p = 0.164 > 0.05						
<b>Haftalık Çalışma Saatleri</b>						
40 - 49 saat	22	61.1	14	38.9	36	100.0
50 - 58 saat	29	78.4	8	21.6	37	100.0
59 - 67 saat	48	73.8	17	26.2	65	100.0
68 saat ve üstü	53	74,6	18	25.4	71	100.0
$\chi^2 = 3.218$ SD = 3 p = 0.359 > 0.05						
<b>Çalışma Saatleri (gece ya da gündüz çalışma)</b>						
Sürekli Gündüz + Vardiyalı olarak	5	50.0	5	50.0	10	100.0
Sürekli Gece	16	80.0	4	20.0	20	100.0
Gece + Gündüz + Haftasonu Nöbeti	131	73.2	48	26.8	179	100.0
$\chi^2 = 3.156$ SD = 2 p = 0.206 > 0.05						
<b>Aylık Nöbet Sayısı</b>						
Hiç nöbet tutmayan + 3 nöbet	6	54.5	5	45.5	11	100.0
4 ila 6 nöbet	120	72.3	46	27.7	166	100.0
7 ila 15 nöbet	26	81.3	6	18.8	32	100.0
$\chi^2 = 3.021$ SD = 2 p = 0.221 > 0.05						



<b>Alkol Kullanımı</b>						
Kullanan	40	78.4	11	21.6	51	100.0
Kullanmayan	112	70.9	46	29.1	158	100.0
$\chi^2 = 1.107$ SD = 1 p = 0.293 > 0.05						
<b>Sigara Kullanımı</b>						
Kullanan	83	75.5	27	24.5	110	100.0
Kullanmayan	69	69.7	30	30.3	99	100.0
$\chi^2 = 0.871$ SD = 1 p = 0.351 > 0.05						
<b>Düzenli Egzersiz</b>						
Yapan	14	82.4	3	17.6	17	100.0
Yapmayan	138	71.9	54	28.1	192	100.0
$\chi^2 = 0.864$ SD = 1 p = 0.353 > 0.05						
<b>Koruyucu Amaçlı Çorap Kullanımı</b>						
Kullanan	11	78.6	3	21.4	14	100.0
Kullanmayan	141	72.3	54	27.7	195	100.0
$\chi^2 = 0.258$ SD = 1 p = 0.611 > 0.05						
<b>Ailesinde Varis Yakınması</b>						
Olan	83	88.3	11	11.7	94	100.0
Olmayan	69	60.0	46	40.0	115	100.0
$\chi^2 = 20.881$ SD = 1 p = 0.00 < 0.05						

## TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin %72.7'sinin varis yakınmasının olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanı olarak hemşirelerde varis yakınması görülme oranının oldukça yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 2). Bahar ve ark.'nın (1996) araştırmasında hemşirelerin %62.4'ünde varis yakınmalarının olduğu saptanmıştır. Erkal ve ark.'nın (1999) araştırmasında, hemşirelerde tanı konan hastalıklar arasında %41'lik oranla varis birinci sırada gelmektedir. Özabacı ve Pektekin'in (1990) araştırmasında hemşirelerde mesleğe başladıktan sonra varis görülme oranının %37.2 olduğu saptanmıştır. Bayık ve ark.'nın (1990) araştırmasında, hemşirelerde varis görülme oranının %25.9 olduğu saptanmıştır. Özkan ve Gökdoğan'ın (2001) araştırmasında, sağlık çalışanlarının %16.8'inde varis yakınması olduğu saptanmıştır. Okumuş ve

Maltepe'nin (1992) araştırmasında, hemşirelerin %10.2'sinde varis yakınması olduğu saptanmıştır. Dindar ve ark.'nın (2001) araştırmasında, varis şikayeti ikinci sırada yer almaktadır. Demir'in (1994) çalışmasında hemşirelerin %76'sında, Karasu'nun (1996) çalışmasında ise hemşirelerin %35'inde varis yakınması olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda elde edilen bulgular, Bahar ve ark.'nın, Erkal ve ark.'nın, Özabacı ve Pektekin'in, Bayık ve ark.'nın, Özkan ve Gökdoğan'ın, Okumuş ve Maltepe'nin, Dindar ve ark.'nın, Karasu'nun ve Demir'in yaptıkları araştırmaların sonuçlarını desteklemektedir.

Varisli bölgede yanma ve karıncalanma hissi (Barlas 1977, Soylu 1986), bacakta ağrı (Bumin 1985), ödem (Candar 1988), damar belirginleşmesi (Birol ve ark. 1991) belirtileri görülebilir. Araştırmaya katılan ve varis yakınması olan hemşirelerin %87.5'inde ağrı, %55.9'unda ödem, %46.7'sinde karıncalanma, %42.8'inde yanma hissi ve %93.4'ünde damar belirginleşmesi yakınması olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Bradbury ve ark.'nın (1999) araştırmasında, varis şikayeti olan kadınların %53,8'inde ağrı, %23'ünde ödem, %19.8'inde karıncalanma yakınması olduğu saptanmıştır. Varis yakınmaları oranı, Bradbury ve ark.'nın araştırmasındaki oranlardan daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu durum, hemşirelerde varis yakınması oranının normal popülasyona göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Varis tedavisinde amaç yakınmaların giderilmesi, komplikasyon ve nökslerin önlenmesidir (Başar 2002). Hemşirelerin 4/5'ünün (%78.9) varis tedavisi görmediği saptanmıştır. Bu sonuç, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin varis hastalığını yeterince önemsemediklerini ve kendi sağlıklarına gerekli özeni göstermediklerini düşündürmektedir. Varisin koruyucu tedavisi; varis çorabı giyme, yürüyüş yapma, bacakların elevasyona alınması ve egzersiz yapmayı içermektedir (Değeri 1988, Zotto 2002). Düzenli egzersiz yapmak kan dolaşımını destekler ve yeni variköz damarların gelişimini yavaşlatır ([www.bethisraelny.org/](http://www.bethisraelny.org/)). Bu nedenle varisi olan bireylere bacak kaslarını güçlendirici egzersiz yapmaları önerilir (<http://biriz.biz/doktor>). Herhangi bir varis tedavi yöntemi uygulayan hemşirelerin %27.3'ünün jimnastik tedavisi uyguladığı saptanmıştır (Tablo 2). Bu sonuç hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle kendi sağlıklarını koruyucu faaliyetlere zaman ayırmamalarına bağlanabilir. Gün boyunca bacakları kalp seviyesinden 15-30 cm. yukarı kaldırarak bacaklardaki kan akımını hızlandırmak, koruyucu tedavinin bir parçasıdır ([www.bethisraelny.org/](http://www.bethisraelny.org/)). Hemşirelerin %50'sinin elevasyon tedavisi uyguladığı saptanmıştır (Tablo 2). Bu sonuç, elevasyon tedavisinin bireysel olarak ve her yerde uygulanabilir olması ile açıklanabilir. Elastik sargı veya varis çorabı yüzeyel venlere

basınç yaparak kanın derin venlere geçmesini sağlar ve ağrı şikayetini ortadan kaldırır (Candar 1988, Phay ve Rubin 2002).

Varisin tıbbi tedavisi, oral ilaç kullanımını, skleroterapiyi ve lazer tedavisini kapsamaktadır (Değerli 1988, Zotto 2002). Hemşirelerin %54.5'inin ilaç tedavisi uyguladığı saptanmıştır (Tablo 2). Bu durum hemşirelerin sağlık hizmeti alabilecekleri kurumun kolay ulaşılabilir olmasına ve ilaç kullanımının kolaylığına bağlanabilir. Hemşirelerin hiçbirinin lazer tedavisi almadığı saptanmıştır. Bu durum lazer ile tedavi yönteminin ülkemizde yaygın olarak kullanılmamasına bağlanabilir. Hemşirelerin %9.1'inin skleroterapi tedavisi aldığı saptanmıştır (Tablo 2). Bu oranın düşük bulunması, uygulamanın bir sağlık kuruluşunda ve uzman kişilerce yapılma zorunluluğuna, nadiren istenmeyen komplikasyonlara neden olmasına, sadece küçük çaplı varislere uygulanabilmesine bağlanabilir. Hemşirelerin %4.5'inin cerrahi tedavi gördüğü saptanmıştır (Tablo 2). Cerrahi tedavi görenlerin oranının oldukça düşük bulunması, cerrahi girişimin diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınmadığında uygulanan bir yöntem olmasına bağlanabilir.

Varisten korunmak amacıyla varis çorabı önerilmektedir (Candar 1988, Soylu 1986). Hemşirelerin %6.7'sinin varisten korunmak amacıyla çorap kullandığı saptanmıştır (Tablo 2). Bu oranın düşük olması, hemşirelerin kendi sağlıklarına yeterli özeni göstermediği ve hastalıkla yüzleşmeden önce herhangi bir koruyucu önlem almadığı şeklinde yorumlanabilir. Koruyucu amaçlı çorap kullanan hemşirelerin %78.6'sının 1 yıl ve daha kısa süredir, %21.4'ünün 1 yıldan uzun süredir koruyucu amaçlı çorap kullandığı saptanmıştır (Tablo 2). Varisten korunmak amacıyla rahat, ayağı sıkmayan, dolaşımı engellemeyen ayakkabılar kullanılması önerilmektedir (Soylu 1986). Hemşirelerin %53.1'inin günlük yaşamda spor, %36.4'ünün ortopedik, %10.5'inin yüksek topuklu+dar ayakkabı kullandığı saptanmıştır. Hemşirelerin yaklaşık yarısının günlük yaşamda spor ayakkabıyı tercih etmeleri, hareketli çalışma temposunda kendilerini rahat hissetmeye gereksinim duymalarına bağlanabilir ve aynı zamanda varisten korunma önlemlerinden birini aldıklarını göstermektedir.

Varislerin oluşumunda kesin sebepler bilinmemekle birlikte; heredite, cinsiyet, yaş, meslek, obezite, gebelik, travma ve enfeksiyonların varis oluşumunda rol oynayan etyolojik faktörler olduğu belirtilmektedir (Çöl 2000, Soylu 1986). Yaş ilerledikçe, venlerin duvarları zayıflamakta ve kapakçıkların tonüsünde azalma olmaktadır. Bu nedenle, 40 yaş üstü kadın ve erkeklerde varis daha sık rastlanmaktadır (Candar 1988, Çöl 2000). 25 yaş ve altı hemşirelerin %76.8'inde, 26-35 yaş arası hemşirelerin %69'unda, 36 yaş ve üstü hemşirelerin %73.9'unda varis şikayeti geliştiği, yaşın varis yakınması ortaya

çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=1.087$  ,  $SD=2$  ,  $p>0.05$ ) (Tablo 3). Varis sıklığının 18-24 yaşları arasında %11.5 iken, 55-64 yaşları arasında %55.7 olduğu belirtilmektedir (Abbade ve Lastória 2004). Karasu'nun (1996) araştırmasında 18-25 yaş arası hemşirelerin %32'sinde, 26-33 yaş arası hemşirelerin %31.4'ünde, 34 yaş ve üstü hemşirelerin %40'ında varis şikayeti olduğu saptanmıştır. Bizim araştırmamız Abbade ve Lastória ile Karasu'nun çalışma sonuçları ile paralellik göstermemektedir.

Beden kitle indeksi 18.5'den az olan (düşük kilolu) hemşirelerin %71.4'ünde, beden kitle indeksi 18,5 ila 25 arasında olan (normal kilolu) hemşirelerin %74.1'inde, beden kitle indeksi 25'den yüksek olan (fazla kilolu ve obez) hemşirelerin %67.5'inde varis şikayeti geliştiği ve beden kitle indeksinin varis yakınması ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=0.705$  ,  $SD=2$  ,  $p>0.05$ ) (Tablo 3). Literatürde obezite, variköz damar oluşumuna zemin hazırlayan sebepler arasında belirtilmiş, aşırı şişman olarak sınıflandırılan kişilerde %20 daha fazla variköz ven geliştiği bulunmuştur ([www.msnbc.com/](http://www.msnbc.com/)). Araştırma sonuçları literatür bilgisi ile paralellik göstermemektedir. Bu sonuç, varis gelişiminde kalıtsal faktörlerin daha ön planda olduğunu düşündürmektedir.

Variköz ve örümcek damarlar her yaştaki kadın ve erkekte ortaya çıkabilir. Fakat sıklıkla kadınların çocuk doğurma ve sonrası evrelerinde görülürler ([www.lawpublish.com/](http://www.lawpublish.com/)). Bir çocuk sahibi olan hemşirelerin %59.6'sında, iki ve daha fazla çocuk sahibi olan hemşirelerin %72.1'inde varis yakınması geliştiği ve sahip olunan çocuk sayısının varis şikayeti ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=1.616$ ,  $SD=1$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 3). Karasu'nun (1996) araştırmasında, bir çocuk sahibi olan hemşirelerin %41.9'unda, iki ve daha fazla çocuk sahibi olan hemşirelerin %34.5'inde varis yakınması olduğu saptanmıştır. Bu çalışma bizim araştırmamızla paralellik göstermemektedir.

Gebelikte varis oluşumu, büyüyen uterusun venler üzerine yaptığı basınca, ilk aylardaki hormonal değişikliklere ve uterusa gelen kan akımının normale göre fazla olmasına bağlanabilir (Candar 1988). Gebelikte varis yakınması yaşayan hemşirelerin %97.5'unda, yaşama-yanların %45'inde sonraki dönemde varis yakınması geliştiği, gebelikte varis yakınması geçirmenin varis yakınması ortaya çıkmasını etkilediği saptanmıştır ( $\chi^2=29.471$ ,  $SD=1$  ,  $p<0.001$ ) (Tablo 3). Bu sonuç, gebelikte varis yakınması olan hemşirelerde aynı yakınmaların tedavi edilmediği için devam etmesine, veya iş ortamındaki ağır çalışma koşullarının varis yakınması gelişmesini tetiklemesine bağlanabilir.

Doğum kontrol hapı kullanan hemşirelerin %75.5'inde, kullanmayan hemşirelerin %71.8'inde varis yakınması geliştiği, doğum kontrol

hapı kullanımının varis yakınması ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=0.270$ ,  $SD=1$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 3). Ergenlik, gebelik ve menopoz dönemlerinde meydana gelen hormonal değişimler kadar, östrojen, progesteron ve doğum kontrol hapları kullanmak da, bir kadında variköz veya örümcek damarların gelişmesine neden olabilir (Zotto 2002). Varisi olan ve oral kontraseptif kullanan kadınlarda tromboflebit gelişme olasılığı olduğunu gösteren kanıtlar olduğundan, tromboflebit öyküsü oral kontraseptif alımı için bir kontrendikasyondur veya alıyorsa bunu hemen kesme nedenidir (London and Nash 2000). Araştırma sonuçları literatür bilgisi ile paralellik göstermemektedir.

5 yıl ve daha kısa süredir çalışan hemşirelerin %75.9'unda, 6 ila 10 yıl çalışan hemşirelerin %65.4'ünde, 11 yıl ve daha uzun süredir çalışan hemşirelerin %74.8'inde varis yakınması geliştiği, çalışma yılının varis yakınması ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=1.906$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ). Ergüney ve ark.'nın (2001) araştırmasında, 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerde %72.2, 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerde %9.3, 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerde %12, 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerde %6.5 oranında varis yakınması geliştiği saptanmıştır. Karasu'nun (1996) araştırmasında 1-5 yıl arası çalışan hemşirelerde %30.8, 6-10 yıl arası çalışan hemşirelerde %33.3, 11-15 yıl arası çalışan hemşirelerde %28, 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerde %48 oranında varis yakınması geliştiği bulunmuştur. Bizim araştırmamız, Ergüney ve ark.'nın ile Karasu'nun araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bu farklılık, araştırmaların farklı yerleşim birimlerindeki hastanelerde yürütülmesine ve hemşirelerin çalışma koşullarının kısmen de olsa farklı olmasına bağlanabilir.

Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin %80.7'sinde, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin %66.7'sinde, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin %67.2'sinde varis yakınması geliştiği, sonuç olarak çalışılan kliniğin varis yakınması ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=4.853$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin daha çok iş yüküne sahip olabilecekleri düşünülmüştür. Ancak bu sonuç her iki klinikteki hemşirelerin benzer koşullarda çalıştıklarını düşündürmektedir.

Sorumlu+poliklinik+diğer (diyaliz, EKG) görevlerde çalışan hemşirelerin %71'inde, servis hemşiresi olarak çalışanların %75'inde, yoğun bakım hemşiresi olarak çalışanların %59.1'inde varis yakınması geliştiği, üstlenilen görevin varis şikayeti ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=2.517$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ).

Oturarak+ayakta çalışan hemşirelerin %66.1'inde, ayakta çalışan hemşirelerin %77.5'inde varis yakınması geliştiği, çalışma biçiminin varis yakınması ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=1.935$ ,

SD=1,  $p>0.05$ ) (Tablo 3). Ergör ve ark.'nın (2003) araştırmasında, sağlık çalışanlarının sık karşılaştıkları riskler arasında uzun süre ayakta çalışma %51.7 ile beşinci sırada yer almıştır. Uzun süre ayakta durmayı veya aynı pozisyonda uzun süreli oturmayı gerektiren hemşirelik gibi mesleklerde, yerçekiminin de etkisiyle venlerin kanı iyi bir şekilde kalbe taşınması engellenir. Bu durumda basınca bağlı damar hasarı ve varis gelişme riski artar (London and Nash 2000). Bu sonuçlar, varis oluşumunda diğer etmenlerin de rol oynamasına bağlanabilir.

Haftada 40-49 saat çalışan hemşirelerin %61.1'inde, 50-58 saat çalışanların %78.4'ünde, 59-67 saat çalışanların %73.8'inde, 68 saat ve üstü çalışanların %74.6'sında varis şikayeti geliştiği, haftalık çalışma saatinin varis yakınması ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=3.218$ , SD=3,  $p>0.05$ ) (Tablo 3). Çalışkan ve Akdur'un (2001) araştırmasında, hemşirelerin çalışma ortamlarında sağlıklarını olumsuz etkilediğini belirttikleri riskler arasında aşırı-uzun çalışmaya bağlı sorunlar %44.2 ile üçüncü sırada yer aldığı saptanmıştır. Ülkemizde sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi 45 saattir. Dünyanın birçok ülkesinde haftalık çalışma süresi 35-50 saat arasında değişmekte, genelde 40 saat uygulanmaktadır (Çalışkan ve Akdur'un 2001). Bu sonuç, araştırmanın yapıldığı hastanede uzun çalışma saatlerinden dolayı hemşirelere dinlenebilecekleri bir oda bulunmasına ve hemşirelerin diğer koruyucu önlemleri almalarına bağlanabilir.

Literatürde hemşirelerin çalışma şekillerinin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını olumsuz etkilediğini belirttikleri saptanmıştır (Ergüney ve ark. 2001, Özabacı ve Pektekin 1990). Hemşirelerin çalışma biçiminin (gece ya da gündüz çalışmasının) ( $\chi^2=3.156$ , SD=2,  $p>0.05$ ) ve aylık nöbet sayısının varis yakınması ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=3.021$ , SD=2,  $p>0.05$ ) (Tablo 3).

Alkol kullanan hemşirelerin %78.4'ünde, kullanmayanların %70.9'unda varis yakınması geliştiği, alkol kullanımının varis şikayeti ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=1.107$ , SD=1,  $p>0.05$ ) (Tablo 3). Alkol kullanımı damar yapısını bozar ve damar hastalıklarına yol açabilir. Bunlardan biri de varis oluşumudur ([www.cemfarma.com](http://www.cemfarma.com)).

Sigara kullanımı variköz damar oluşumunu ve ilerlemesini kolaylaştırılmaktadır (Başar 2002). Sigara kullanan hemşirelerin %75.5'inde, kullanmayan hemşirelerin %69.7'sinde varis şikayeti geliştiği, sonuç olarak sigara kullanımının varis yakınması ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=0.871$ , SD=1,  $p>0.05$ ) (Tablo 3). Her iki sonuç, örnekleme alınan hemşirelerin çoğunlukla genç yaş grubunda olmalarına ve uzun süre sigara ve alkol kullanımının etkilerinin görülmemesine bağlanabilir.

Düzenli egzersiz yapmak, sağlıklı bir kan dolaşımını destekler ve yeni variköz damarların gelişmesini yavaşlatır. Egzersiz bacak kaslarını güçlendirerek, damarlara basınç yapmasını sağlar. Böylece damarlardaki kapakçıklar zayıflamış olsa bile, kanın pompalanması sağlanabilir. Özellikle sürekli ayakta çalışmak zorunda olan hemşirelerin bacak kaslarını güçlendiren jimnastik ve egzersiz yapmaları, sağlıklarını korumaya yardımcı olabilir (www.acibademhastanesi.com.tr, www.bethisraelny.org). Düzenli olarak egzersiz yapan hemşirelerin %82.4'ünde, yapmayanların %71.9'unda varis yakınması geliştiği ve düzenli olarak egzersiz yapmanın varis yakınması ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=0.864$ ,  $SD=1$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 3). Bu sonuç, iş yaşamında ayakta kalma sürelerinin yüksek olmasından dolayı tüm hemşirelerin kısmen düzenli egzersizin sağladığı etkinin sağlanmış olmasına bağlanabilir.

Yüksek topuklu ve dar ayakkabı kullananlarda daha fazla varis geliştiği görülmüştür. Bu tip ayakkabılar, ayak ve bacadaki kan dolaşımını güçleştirmekte ve kanın yeterince pompalanmasını engellemektedir. Bu da, kanın göllenmesine ve damar içindeki kapakçıkların fonksiyonlarının bozulmasına sebep olmaktadır (http://saglik.tr.net). Ortopedik ayakkabı kullanan hemşirelerin %69.7'sinde, yüksek topuklu dar ayakkabı kullananların %77.3'ünde, spor ayakkabı kullananların %73.9'unda varis yakınması geliştiği, sonuç olarak kullanılan ayakkabı türünün varis yakınması ortaya çıkmasını etkilemediği saptanmıştır ( $\chi^2=0.645$ ,  $SD=2$ ,  $p>0.05$ ). Bu sonuç, hemşirelerin büyük çoğunluğunun iş yaşamında genellikle hareketli olmasını gerektiren koşullarda çalışmasına bağlanabilir.

Ailesinde varis şikayeti olan bireyler bulunan hemşirelerin %88.3'ünde, ailesinde varis yakınması olmayanların %60'ında varis yakınması geliştiği, ailede varis yakınması olan birey bulunmanın varis yakınması ortaya çıkmasını etkilediği saptanmıştır ( $\chi^2=20.881$ ,  $SD=1$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 3). Varis hastalarının yaklaşık olarak %50'sinde hastalık aileseldir ve genellikle kalıtsal bir ven veya damar duvarı zayıflığı söz konusudur (www.hekimce.com). Çoğunlukla varisli anne ve babaların çocuklarında genç yaşta varis ortaya çıkmaya başladığı dikkati çekmektedir (Candar 1988). Araştırmanın sonucu literatür bilgilerini desteklemektedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sonuç olarak hemşirelerde varis belirti ve yakınmalarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelikte varis yakınması öyküsü bulunan

ve ailesinde varis yakınması olan hemşirelerde, varis belirti ve yakınması ortaya çıkma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda; hemşirelerin ailesinde varis öyküsü varsa daha erken dönemde varisten korunmaya yönelik önlemler almaları, gebelik döneminde uygun korunma yöntemleri kullanarak varis oluşumuna karşı önlem almaları, çok uzun sürelerle ayakta veya oturarak aynı pozisyonda kalmamaları, koruyucu amaçlı varis çorabı kullanmaları, kilo almamaları, düzenli egzersiz yapmaları, sigara ve alkol gibi dolaşım sistemine zarar veren alışkanlıklardan uzak durmaları, bacaklarını sık sık elevasyona almaları ve klinik uygulamalarda bu önlemleri alabilecekleri uygun eğitim ortamlarının oluşturulması önerilmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Abbade LPF, Lastória S (2004). Venous ulcer: epidemiology, physiopathology, diagnosis and treatment. International Journal of Dermatology, Online Early, doi: 10.1111/j. 1365-4632.2004.02456.x
2. Bahar Z, Bayık A, Tunça C (1996). Hemşirelerin mesleklerine ilişkin görüşleri ve sağlık sorunları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12: 1, 51-59.
3. Barlas O (1977) İç hastalıkları kitabı, İstanbul, İstanbul: Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, No: 49, 536-538.
4. Başar Y, (2002). Varis ve Tedavisi. (içinde), Kalaycı G (ed). Genel cerrahi. Cilt 2, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 899-900.
5. Bayık A, Erefe İ, Özsoy SA (1990). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin koruyucu sağlık davranışları, sağlık sorunları ve karşılaştıkları mesleki riskler. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası, 63-73
6. Birol L, Akdemir N, Bedük T (1991) İç hastalıkları hemşireliği kitabı. 3. Basım, Ankara: Sanem Matbaacılık, 253-254.
7. Black JM, Matassarini-Jacobs E (1993). Medical-surgical nursing, a psychophysiologic approach. Fourth Edition, Newyork: W.B. Saunders Company, 1309-1310.
8. Bozer AY, Günay İ (1984). Damar hastalıkları ve cerrahisi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları A-50, 249-258.
9. Bradbury A, Christine E, Allan P ve ark. (1999). What are the symptoms of varicose veins? Edinburgh vein study cross sectional population survey. British Medical Journal, 318, 353-356.
10. Bumin O (1985). Cerrahi muayene usulleri ve hastalıklardaki bulgular. 11. Basım, Ankara: İlk-San Matbaası, 316-323.
11. Candar Z (1988). Cerrahi. Cilt 2, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1535-1540.
12. Çalışkan D, Akdur (2001). Ankara üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde çalışan hemşirelerin kendi bildirimleri ile karşılaştıkları mesleki riskler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 54: 2, 135-142.
13. Çöl C (2000). Varis tedavisinde skleroterapinin yeri. Hemşirelik Forumu, 3: 3, 38-40.
14. Değerli Ü (1988). Cerrahi. 3.basım, İstanbul: Nobel Kitabevi, 442-445.



15. Demir J (1994). Çalışan hemşirelerde varis görülme sıklığının incelenmesi, Yayınlanmamış Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 38-44.
16. Dindar İ, İşsever H, Özen M, Tazeyurt Y (2001). Edirne merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerde iş ile ilgili rahatsızlıklar ve konulan tanılar. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı II. Ulusal Kongre Kitabı, Ankara, 137.
17. Ergör A, Kılıç B, Gürpınar E (2003). Sağlık Ocaklarında İş Riskleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 44-51
18. Ergüney S, Tan M, Sivrikaya S, Erdem N (2001). Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4: 1, 63-72.
19. Erkal S, Akşit H, Platin N (1999). Bir üniversite hastanesinde çalışanların sağlığı komitesinin çalışmaları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı I. Ulusal Kongresi Kitabı, Ankara, 157
20. Karasu D., (1996), Manisa'nın Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında (SSK-Devlet Hastanesi-Akıl Sağlığı ve Ruh Hastalıkları Hastanesi-Sağlık Ocakları) Çalışan Hemşirelerde Varis Görülme Sıklığının İncelenmesi, Yayınlanmamış Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 30-35
21. London N, Nash R (2000). Varicose-veins-ABC of arterial and venous disease. British Medical Journal, 320: 20, 1391-1394.
22. Okumuş H, Maltepe H (1992). Hemşirelerin işe devamsızlık nedeni olarak hastalık durumlarının incelenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 414-418.
23. Özabacı MN, Pektekin Ç (1990). Hemşirelerde çalışma koşullarına bağlı olarak oluşan fiziksel, ruhsal, sosyal sorunlar ve nedenleri. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası, 377-385.
24. Özkan Ö, Gökdoğan F (2001). Bolu il merkezindeki sağlık çalışanlarının birinci basamak sağlık hizmeti gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı II. Ulusal Kongre Kitabı, Ankara, 191.
25. Palfreyman SJ, Drewery-Carter K, Rigby K ve ark. (2004). Varicose veins: a qualitative study to explore expectations and reasons for seeking treatment. Journal of Clinical Nursing, 13: 3, 332-340.
26. Phay J, Rubin B. G, (2002). Venöz Hastalık ve Lenfödem. (Çev: Sucu N., Dikmengil M. (içinde) Doherty GM, Meko JB, Olson JA, Peplinski GR, Worrall NK Washington Cerrahi El Kitabı. 2. Basım, Adana: Nobel Tıp Kitabevi, 352-358.
27. Soylu T (1986). Hemşireliğe özgü meslek hastalıkları. Türk Hemşireler Dergisi, 36: 2, 40-41.
28. Zotto LM (2002). Treating varicose veins with transilluminated powered phlebectomy. AORN Journal, 76: 6, 980-984.
29. www.acibademhastanesi.com.tr (Varis ve Tedavisi).
30. www.bethisraelny.org/healthinfo/varicose (What Are Spider Veins? What Are Varicose Veins).
31. http://biriz.biz/doktor (Bacak Varislerinin Tedavisinde Yeni Lazer Uygulamaları).
32. www.cemfarma.com (Varis Nedir?).
33. www.hekimce.com (skleroterapi nedir?).
33. www.lawpublish.com/ftcvaric (What Are Varicose Veins?)
34. www.msnbc.com/news (What Causes Varicose Veins?)
35. http:// saglik.tr.net(Varisler)

**“ÖĞRENCİLERİN HEMŞİRE EĞİTİMCİLERDE ARADIĞI  
ÖZELLİKLER” DEĞERLENDİRME ARACININ GELİŞTİRİLMESİ  
ÇALIŞMASI**

*THE CHARACTERISTICS STUDENTS EXPECT FROM NURSE EDUCATOR:  
DEVELOPMENT OF THE INSTRUMENT*

**Emre YANIKKEREM\***      **Nihat AYCAN\*\***      **Gül KİTAPÇIOĞLU\*\*\***  
**Aysen KORKMAZ\***      **Cemile ÇALIK\***

\*Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

\*\*Celal Bayar Üniversitesi Uygulamalı Bilimler

\*\*\*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalı

**Anahtar Sözcükler:** hemşire eğitmeni, öğrencilerin görüşleri, hemşirelik eğitimi

**Key Words:** nurse educator, students' view, nursing education

**ÖZET**

Bu araştırma, üniversite eğitimi alan hemşirelik ve ebelik bölümlerinde okuyan öğrencilerin, mesleki eğitimlerini veren eğitimcilerde olması gereken niteliklere ilişkin görüşlerini belirlemek, “öğrencilerinin hemşire eğitimcilerde aradığı özellikler” değerlendirme aracını geliştirmek amacıyla yapılmıştır. Değerlendirme aracı likert tipinde, öğrencilerin eğitimcilerden beklentilerini belirlemek için kullanılabilir. Bu makalede değerlendirme aracının geliştirilme aşamaları ve sonuçları verilmiştir. Bu çalışma, Şubat 2004 de, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulunda yapılmıştır. Çalışmaya 572 ebe ve hemşirelik öğrencisi çalışmaya katılmıştır. İçerik geçerliliği(çoğul uzman görüşü) ve yapı geçerliliği(faktör analizi) uygulanmıştır. Değerlendirme aracının güvenilirliği Cronbach alpha ve Split half yöntemiyle sınınanmıştır. Değerlendirme aracı 59 maddeden ve 6 faktörden oluşmaktadır. Faktörler, eğitimciden danışmanlık ve rehberlik yönünde beklenen nitelikler, öğretme ve akademik donanımını sergileme yönünde beklenen nitelikler, kuramsal ders anlatımında beklenen nitelikler, uygulama alanında beklenen nitelikler, objektif ve profesyonel davranabilmeye yönelik beklenen nitelikler, iletişim becerisine yönelik beklenen niteliklerden oluşmaktadır. En çok beklenen nitelikler, uygulama alanında beklenen nitelikler ve kuramsal ders anlatımında beklenen niteliklerdir. Değerlendirme aracının Cronbach alpha değeri 0.956 bulunmuştur. Güvenilirlik yarıya bölme(Split half) yöntemi ile hesaplandığında, ilk yarı için 0.956 ikinci yarı için 0.935 bulunmuştur.

## SUMMARY

*The aim of the study is to determine the opinions of nursing and midwifery university students about required characteristics in an educator and to develop an evaluation implement of 'the characteristics students expect from nurse educationalist' by using the empirical results of this study. This tool, is Likert type scale, could be used to determine students expectations nursing educators. In this article, the main results of the study and the instrument development process will be described. This study was made in February, 2004 in the Ege University School of Nursing, Atatürk School of Health, Celal Bayar University Manisa School of Health. 572 nursing and midwifery students were participated in this study. Face content (multiple expert opinion) and construct validity (Factor analysis) of the questionnaire had been tested. The reability of instrument was analysed using Cronbach's alpha coefficient and Split half methods. The instrument consists of 59 items and it is sub-divided into 6 factors. These factors are; the characteristics expected from the educationalist about counselling and guidance, about teaching and presentation of academic aggregation, about the expression of theoretical subjects, clinical practice areas, about being an ideal role model and behaving professionally, and about communication skill. The characteristic mostly expected from an educator is about practicing and then about teaching theoretical subjects. The instrument's Cronbach alpha value is found 0.956. When it is calculated by Split half, for the first half it is 0.956 and for the second half it is 0.935.*

## GİRİŞ

Hemşirelik ve ebelik eğitimcilerinin temel sorumluluğu, hemşireliğin bilim ve sanat yönünü bütünleştirerek, öğrencilerde profesyonel kimlik geliştirmektir. Öğrencilerin profesyonel kimlik geliştirmelerinde, öğretim elemanları ile etkileşimleri önemli yer tutar. Etkileşim, sınıf ortamında bakımın temelini oluşturan bilgilerin kazanılması ile başlar, edinilen bu bilgilerin klinik ortamda uygulamaya aktarılması ile devam eder. Hemşirelik bakımı vermenin kolay öğrenilmeyen bir olgu olduğu bilinmektedir. Öğrencinin hümanist ve holistik yaklaşımla bireye özgü bakım verme becerileri geliştirilmesinde, sosyal öğrenme de denilen, konunun uzmanlarının gözlenmesi, uzmanın olumlu davranış örneklerinin öğrenci zihninde depolanması ve gerekli durumlarda bunların kullanılması önemli yer tutar. Gerek teorik dersler, gerekse uygulama alanlarında öğretim elemanlarının özellikle rol modelliği ve öğrenciye sağladığı destek; öğrencinin bakım davranışını öğrenmesini ve mesleğine saygı duymasını olumlu yönde pekiştirir(Çimete 1998, Wiesman 1994).

Öğretim, başkalarının öğrenimine yardım etmektir. Öğrenim ise, istendik davranışların gelişimini sağlayacak temel faktördür. Bu nedenle öğretim, istendik öğrenimi sağlarsa etkili olur. Hemşirelik ve ebelik eğitiminde temel ilke, öğrencilerin etkili ve uygun bakımı sağlamak

üzere gerçek yaşama hazırlanmalarındır (Yetkin 1999, Rotem 1998). Gilbert'a göre öğretim, öğrencileri davranışlarında beklendik değişimler meydana getirmek için öğretmen öğrenci arasındaki etkileşimi içerir. Çoğu kez iyi bir öğretmenin alanında engin konu bilgisine sahip olması en önemli niteliği olarak kabul edilse de, ebe ve hemşire yetiştiren eğitimcilerin fizik, entelektüel, sosyal ve mesleki akademik ve mesleki tutuma ilişkin pek çok niteliğe sahip olması beklenmektedir (Bayık 1993).

Öğrenci eğitiminde önemli olan etmenlerden biri de, öğrencinin gereksinimlerine yanıt almasıdır. Bir çok çalışmada, hemşire öğrencilerin eğitimcilerde önemsedikleri öğretmenlik özellikleri incelenmiş ve değişik kişiliğe sahip olan öğretmenlerin öğrencileri değişik biçimlerde etkiledikleri saptanmıştır (Bayık 1993, Eason&Carbett 1991, Çimete 1998, Yetkin 1999). Her öğrencinin eğitimciden farklı beklentilerinin olması, eğitimci davranışlarının saptanmasında farklı bulgular getirmektedir. Bayık (1993) makalesinde, öğrencilerin daha çok eğitimcinin kişisel ve sosyal açıdan öğretim davranışları üzerinde durdukları, entelektüel davranışları önemsedikleri belirlenmiştir.

Hemşirelik ve ebelik bölümünde okuyan öğrencilere eğitimcilerin iyi bir rol modeli olması, bilgi birikimini, holistik görüşünü yansıtması iyi bir eğitimcide aranılan diğer bir özelliktir. Çünkü ergenlik dönemindeki gençler, aile ortamından ayrılıp üniversite eğitimine başladıklarında çevresindeki bireylerin davranışlarını taklit ederek öğrenir ve dolaysız fakat uzun süreli ilişkisi ile ergenin dünyasında yer alan eğitimci özellikle özdeşim arayışı içinde olan gencin psikososyal olarak kendini yeniden düzenlemesinde rol modelidir. Konusunda yeterli bilgiye sahip, analiz edebilen, problem çözme becerisi gelişmiş, çevreyle iletişimi iyi olan, lider, mesleki değerleri en üst düzeyde tutan, gerektiğinde esnek, gerektiğinde ise öğrencilerin eksikliklerini öğrenciyle paylaşan, öğrencilerin çalışmalarına karşı yapıcı, takdir edici bir tutum sergileyen, öğrencileri öğretilmeye değer gören, öğrenci problemleri ile ilgili olan öğrenciler ile bilimsel ve sosyal platformda yer alabilen eğitimciler, bu olumlu nitelikleriyle gencin ileriki yaşantısında onlara iyi bir rol modeli olabileceklerdir (Başer 1994). Rol modeli olma, öğrenci ile eğitimci arasında doğal olarak gelişmektedir. Ancak eğitimcinin bu özelliklerini davranışa dönüştürmesi, etkinlik ve rol modeli olma açısından son derece önemlidir.

Bazı araştırmacılar eğitimcide olması gereken nitelikleri tanımlamışlar, uluslararası literatüre göre, yargılayıcı olmayan bir yaklaşım, sabırlı, destekleyici olma ve olumlu bir yaklaşım sergilemenin önemli olduğunu belirtmişlerdir (Darling 1984, Goldberg 1987, Donovan 1990, Ashton&Richarson 1992). Darling (1984)'de eğitimcide üç özelliğin olması

gerektiğini belirtmiştir. Bunlar öğrenciler için ilham kaynağı olmak, araştırmacı ve destekleyici olmaktır. Neary ve arkadaşları (1994)'de iyi bir eğitiminin profesyonel yaklaşım, bilgi, iyi iletişim yeteneği olan, öğrencilerini öğrenmeye teşvik edip destekleyen kişiler olarak tanımlamıştır. Eğitimcilerin rollerinde üç ögenin (öğrencilerin performansını arttırmak, desteklemek ve öğretmek) önemli olduğunu bulunmuştur. Wills (1997)'de öğrencilerin öğretim elemanlarının kişilerarası iletişim ve öğretme yeteneklerine önem verdiklerini saptamıştır. Newton ve Smith (1998)'de öğrencilerin öğretim elemanında öğretme yeteneği kadar sosyal yönünün de kuvvetli olması gerektiğini saptamıştır.

Ebelik ve hemşirelik eğitimi, temel bilimsel bilgilerin yanı sıra yeterli klinik becerilerde geliştirmeyi gerektirir. Öğrenciden geribildirim almak, hem öğrencinin fikirlerine değer verildiğini hem de eğitimcilerin kendini tanınması ve geliştirmesi için gereklidir. Bu nedenle öğrencilerin bakış açısıyla eğitimcilerin sahip olması gereken özelliklerin bilinmesi önemlidir. Bu araştırma, üniversite eğitimi alan hemşirelik ve ebelik bölümlerinde okuyan öğrencilerin, mesleki eğitimlerini veren eğitimcilerde olması gereken niteliklere ilişkin görüşlerini belirlemek, **“öğrencilerinin hemşire eğitimcilerde aradığı özellikler”** değerlendirmeye aracını geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

## YÖNTEM

**Evren:** Araştırma kapsamına Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulunda 2003-2004 birinci yarıyılıda kayıtlı olan 2-3-4. sınıf öğrenciler alınmıştır. Birinci sınıfların araştırmaya dahil edilmemesinin nedeni, birinci sınıfın ilk yarıyılında uygulamalı derslerinin olmaması ve hazırlanan soru formunda klinik uygulamaya yönelik eğitimciden beklenen niteliklerin bulunmasıdır. Araştırmanın evrenini 928 öğrenci oluşturmaktadır. Evrenin okullar göre dağılımı incelendiğinde; Atatürk Sağlık Yüksekokulunda 304, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan 430, Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulundan 194 öğrenci 2003-2004 güz döneminde kayıtlı bulunmaktadır.

**Örneklem:** Örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya gönüllü olan ve o gün sınıfta bulunan öğrenciler katılmıştır. Eksik doldurulan 50 anket formu araştırmaya dahil edilmemiştir. Toplam 572 öğrenciye ulaşılmıştır.

**Araştırmanın yapıldığı zaman:** Araştırma, Şubat 2004'de yapılmıştır.

**Araştırmanın etiği:** Araştırmaya başlamadan önce okul yönetimleri ile görüşülmüş ve resmi izinler alınmış, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Komitesi tarafından çalışma onaylanmıştır. Anket formu uygulanmadan önce sınıflarda öğrencilere araştırmanın amacı açıklanmış, öğrencilerin isimlerini yazmamaları ve soru formunu eksiksiz ve dikkatlice yanıtlamaları istenmiştir.

**Soru formunun hazırlanması:** Çalışmamızda soru formu literatür incelemesi sonucunda geliştirilmiştir(Çimete 1998, Bayık 1993, Fadiloğlu et al 1996, Aştı 1990, Rotem&Abbantt 1998, Başer 1994, Durna 1993, Yetkin 1999, Orchard 1994, Eason&Carbett 1991) ve öğrenciler ile görüşülerek hazırlanmıştır. Araştırmacılar öğrencilerin eğitimcide olması gereken fiziksel, entelektüel, mesleki, akademik ve sosyal tutuma ilişkin özellikleri belirleyebilmek amacıyla son sınıfta okuyan 10 öğrenci ile bir araya gelmişler, grup tartışması ve literatür taramasının sonucunda eğitimcide olması gereken nitelikleri 106 madde olarak belirlemişlerdir.

**Değerlendirme aracının tipi:** Değerlendirme aracında seçenekler 5 puanlı Likert tipi ölçekle 0-4 arası puanlanmış ancak puan değerleri ankette belirtilmemiştir. Her önerme için; Tamamen katılıyorum(4), katılıyorum(3), orta derecede katılıyorum(2), az katılıyorum(1), hiç katılmıyorum(0) seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir.

Soru formu öğrencilerin yaşı, sınıfı gibi özellikleri ile hemşire eğitimcilerden memnun olma durumunu da içermektedir.

**Verilerin değerlendirilmesi:** Verilerin önce tanımlayıcı analizleri yapılmıştır. İçerik ve yapı geçerliliği test edilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach's alpha ve Split half analizi yapılmıştır. Faktörler arasındaki korelasyon Pearson's korelasyon analizi ile test edilmiştir.

## **BULGULAR**

Öğrencilerin yaşları 17 ile 29 arasında değişmekte, yaş ortalaması 21.8(Sd=1.7)'dir. Öğrencilerin %78.5'i hemşirelik, %21.5'i ebelik bölümünde okumaktadır. %54'ü Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, %24.3'ü Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, %21.7'si Atatürk Sağlık Yüksekokulunda öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %35.3'ü ikinci sınıfta, %35.2'si üçüncü sınıfta, %29.5'i dördüncü sınıfta

okumaktadır. Öğrencilerin çoğu(%87.6) okullarında en az bir hemşire eğitimciden memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

## **VERİ TOPLAMA ARACININ GEÇERLİLİĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR**

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı, değişkeni ölçme derecesidir. Bir ölçeğin neyi, ne denli “isabetli, doğru” olarak ölçtüğü ile ilgilidir (Gözüm&Aksayan 2003). Araştırmamızda hazırlanan soru formunun geçerlilik analizinde, çoğul uzman görüşü ve yapı geçerliliğini sınamak için faktör analizi yapılmıştır.

### **1.İçerik Geçerliliği**

Araştırmacılar tarafından geliştirilen “öğrencilerin hemşire eğitimcilerde aradığı nitelikler” değerlendirme aracı “çoğul uzman görüşüne dayalı içerik geçerliliği” sağlanmıştır. Soru formu, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulundan 1 Halk Sağlığı Hemşireliği Profesör öğretim üyesi, 1 Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doçent öğretim üyesi, 1 Dahiliye Hastalıkları Hemşireliği Profesör öğretim üyesi, Celal Bayar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi 1 Doçent öğretim üyesinin görüşüne sunulmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçme aracında gerekli değişiklikler yapılarak yeniden düzenlenmiştir. Uzman görüşü sonrasında da bazı maddeler soru formundan atılmıştır (Çıkarılan soru sayısı 16 soru). Soru formu, son hali ile 90 maddeden oluşmaktadır. Araştırmanın ön denemesi 15 öğrencide yapılmış, tam olarak anlaşılamayan sorular soru formundan çıkarılmıştır(Çıkarılan soru sayısı 15'dir).

### **2. Faktör analizi**

Faktör analizi, ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Faktör analizi değişkenler arasında var olan doğrusal bağıntıların gücüne dayanarak, benzer değişkenleri daha küçük değişken setleri (faktör) olarak gruplar ve değişken azaltmada kullanılan bir yöntemdir. Temel bileşenler analizi her faktörün tüm veri matrisinde rotasyonu ile hangi değişkene daha güçlü doğrusal bağıntıda olduğunu saptar. Bu yöntemle faktörü oluşturan değişkenlerin de dengeli dağılımı sağlanmış olur (Kitapçoğlu 2000, Gözüm&Aksayan 2003).

“Öğrencilerinin hemşire eğitimcilerde aradığı nitelikler” değerlendirme aracının faktör modeline uygun olup olmadığı konusunda karar verebilmek için önce, değişkenler (itemler) arası korelasyon matrisi elde edilmiş ve bu matriste yer alan her bir değişkenin “en az” bir değişken ile  $r=0.35$ 'den daha büyük anlamlı ( $P<0.05$ ) korelasyon katsayısı ile

ilişkili olması koşulu aranmıştır. 16 maddenin bu koşula uymadığı görülmüştür ve bu maddeler soru formundan çıkarılmıştır. İkinci olarak, Kaiser-Meyer-Olkin'in örnekleme yeterliliği ölçüsü (Measure Of Sampling Adequacy) ne bakılmıştır (Kitapçioğlu, 2000; Akgül, 1997; Hayran and Özdemir, 1995). Kaiser-Meyer-Olkin'in örnekleme yeterliliği ölçüsü=0.943 ve Bartlett'in Küresellik Testi (Bartlett's Test of Sphericity) Ki Kare=16553.609; serbestlik derecesi DF=1711 (p=0.000) bulunmuştur. Gözlenen korelasyon katsayılarının kısmi korelasyon katsayıları ile kıyaslanmasında kullanılan bir indeks olan KMO ölçüsü 0.5 ve altına düştüğünde değişkenlere faktör analizi uygulanması önerilmektedir. ("öğrencilerinin hemşire eğitimcilerde aradığı nitelikler" ölçeğinin KMO ölçüsü=0.943). Üçüncü olarak, örneklem büyüklüğünün analize uygun olup olmadığı araştırılmıştır. Örneklem büyüklüğü faktör analizi için önemlidir. Olgu sayısı değişken sayısından fazla olmalıdır (Araştırma-mızda değişken sayısı 75, olgu sayısı 572'dir) ( Kitapçioğlu 2000). Faktör analizinin uygulanabilmesi için dördüncü olarak kısmi korelasyonun negatifi olan Anti-Image korelasyon matrisinde yüksek katsayıların oranının düşük olması (yüksek olduğu takdirde faktör modeli uygun olmaz) gerekmektedir. "Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin eğitimcilerde aradığı nitelikler" ölçeğinin verilerinin anti image korelasyon matrisinde yüksek katsayı oranı oldukça düşük olduğundan bu ölçeğe faktör analizinin uygulanabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Faktör analizi için Principle Component Analysis (Ana Bileşenler Analizi) ve tüm maddelerin Faktör 1 altında toplanması nedeni ile Varimax Rotasyonu uygulanmıştır. Kaiser Normalleştirilmesine göre yoruma esas alınan 1.000 özdeğerinin (Eigen Value) üzerinde olan 13 faktör yapısı olduğu görülmüştür, 13 faktörün özdeğerleri 0.334 ile 0.786 arasında değişmektedir, 13 faktör varyansları %1.735 ile %30.699 arasında değişmekte ve toplam varyansın %61.176'sını açıklamaktadır. Faktör analizi sonunda 59 madde üzerinden 13 Faktör elde edilmiştir (Tablo 1).

### ***Faktör analizi sonucu oluşan faktörler***

Tablo 1'de faktör analizi sonuçlarında görüldüğü gibi, bazı faktörler çok az madde içermektedir. Bu nedenle, birbirine benzer faktörler birleştirilmiştir. Sonuç olarak, değerlendirme aracı 59 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Faktörler ve güvenilirlik sonuçları Tablo 2'e sunulmuştur. Faktör 1 Toplam varyansın %30.699'unu açıklamıştır. Bu faktör altında toplanan değişkenlerin ortak özelliğinden yararlanarak bu faktör "Eğitimciden danışmanlık ve rehberlik yönünde beklenen nitelikler" olarak tanımlanmıştır. 2. Faktör "Eğitimciden öğretme ve akademik donanımını sergileme yönünde beklenen nitelikler" olarak tanımlanmış olup, toplam varyansın %4.998'ini açıklamaktadır.



**Tablo 1.** Öğrencilerin hemşire eğitimciden beklediği nitelikler değerlendirme aracının faktör analizi sonuçları(n=572)

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
34	,671												
33	,652												
32	,627												
30	,565												
31	,528												
35	,431												
29	,349												
57		,786											
56		,743											
58		,698											
59		,696											
55		,636											
54		,417											
19			,637										
17			,601										
14			,597										
13			,589										
20			,547										
18			,496										
16			,471										
11			,453										
15			,443										
39				,779									
41				,759									
40				,688									
38				,530									
36				,560									
37				,525									
49					,699								
48					,567								
50					,516								
45					,476								
51					,463								
47					,438								
46					,334								
4						,731							
6						,730							
5						,696							
3						,577							
7							,645						
8							,541						
9							,502						
10							,466						



tutarlılık açısından güvenilirliği çok yüksek bulunmuştur. Her faktör için Cronbach alpha değerleri ayrı ayrı hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 2’de sunulmuştur.

**Tablo 2.** “Öğrencilerin Hemşire Eğitimcilerde Aradığı Nitelikler” Değerlendirme Aracını Oluşturan 6 Faktörden Elde Edilen Standardize Puanların Ortalamaları ve Cronbach alpha değerleri

Öğrencilerinin hemşire eğitimcilerde aradığı nitelikler Değerlendirme aracını oluşturan 6 Faktör	Cronbach alpha değerleri	Ortalama ± S.D	Min	Max	N
Faktör 1: Eğitimciden danışmanlık ve rehberlik yönünde beklenen nitelikler	0.827	9.08±1.18	1.43	10.0	572
Faktör 2: Eğitimciden öğretme ve akademik donanımını sergileme yönünde beklenen nitelikler	0.864	9.20±1.13	1.67	10.0	572
Faktör 3: Eğitimciden kuramsal ders anlatımında beklenen nitelikler	0.878	9.25±0.86	3.75	10.0	572
Faktör 4: Eğitimciden uygulama alanında beklenen nitelikler	0.888	9.33±1.07	1.25	10.0	572
Faktör 5: Eğitimciden objektif ve profesyonel davranabilmeye yönelik beklenen nitelikler	0.807	8.98±1.01	2.29	10.0	572
Faktör 6: Eğitimciden iletişim becerisine yönelik beklenen nitelikler	0.777	9.10±0.98	5.50	10.0	572
Öğrencilerin Hemşire Eğitimcilerde Aradığı Nitelikler değerlendirme aracı	0.956	9.15±0.85	3.35	10.0	572

### **Ölçüm aracından elde edilen puanların değerlendirilmesi ve Standardizasyonu**

“Öğrencilerinin hemşire eğitimcilerde aradığı nitelikler” değerlendirme aracından belirlenen 6 faktör puanları toplanarak ortalamaları alınmış ve ortalama toplam ölçek puanı elde edilmiştir. Ölçeği oluşturan faktörlerin her alt başlığına ait soru sayısı farklı olduğundan karşılaştırılabilmesi için standardizasyon uygulanmıştır. Bu amaçla, her boyut-

tan elde edilen toplam ham puan, o boyuttan alınabilecek en yüksek tavan puana bölünüp, 10 ile çarpılmıştır. Standartlaştırma sonrası elde edilen puanlar 1-10 puan arasında değişmektedir. Bölümlerin puanları tek tek standardize edildikten sonra toplanarak, bölüm sayısına bölünüp aritmetik ortalamaları hesaplanmış ve ortalama toplam puan olarak adlandırılmıştır (Kitapçıoğlu 2000).

Standardizasyon sonrası puanlar; 0.00-2.00: Çok düşük, 2.01-4.00: Düşük, 4.01-6.00: Orta 6.01-8.00: Yüksek, 8.01-10.00: Çok yüksek olarak değerlendirilmiştir. Faktörlerin standardize edilmiş puanları Tablo 2’de gösterilmiştir. Çalışmamız sonucunda, öğrencilerin eğitimcilerden çok yüksek derecede nitelikler beklenmekte olduğu belirlenmiştir. Eğitimciden en fazla beklenen nitelik uygulama alanlarında, daha sonra kuramsal ders anlatımındadır. Faktör 4’ün “Eğitimciden uygulama alanında beklenen nitelikler” yüksek puan ( $9.33 \pm 1.07$ ) aldığı görülmüştür. Ve bu faktörün standart deviasyonu düşük ve Cronbach alpha değeri yüksek bulunmuştur (0.888) (Tablo 2). Alt boyutlar (faktörler) arasında yüksek korelasyon olduğu saptanmış ve bu durum ölçme aracının özelliklerinin birbirini etkilediğini göstermektedir (Tablo 3).

**Table 3.** Faktörler arasındaki korelasyon sonuçları

Korelasyon	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Factor 1					
Factor 2	0.595				
Factor 3	0.716	0.606			
Factor 4	0.719	0.578	0.654		
Factor 5	0.640	0.656	0.743	0.588	
Factor 6	0.644	0.574	0.752	0.567	0.704

\*Correlation is significant at the 0.01 level

## TARTIŞMA

Hemşire öğretmenlerin klinik ortamda rolleri bir çok çalışmada incelenmiştir. Uygulamalı öğretim ebelik ve hemşirelik programlarında oldukça önemli olmakla birlikte eğitimin yaklaşık olarak %50’sini kapsamaktadır (Craddock 1993, Neville & French 1991, Bayık 1993, Durna 1993, Başer 1994, Atalay et al 1994, Wilson-Barnett et al 1995, Çimete 1998, Yetkin 1999 Duffy & Watson 2001, Saarikoski & Leino-Kilpi 2002, Andrews & Roberts 2003). Çalışmada da öğrencilerin klinik ortamda beklediği nitelikler oldukça yüksek bulunmuştur. Hiyerarşik olmayan, ekip ilişkisi içinde ve iyi bir iletişim uygulama alanlarında klinik öğrenimi kolaylaştırmaktadır (Fretwell, 1983; Orton, 1983). Çalışmalar

olumlu bir atmosfer ortamının ve ekip ilişkisinin klinik uygulamalarda önemli olduğunu bulmuştur (Levec and Jones, 1996). Diğer önemli bir nokta ise, hemşire eğitimcilerin klinik uygulama yerlerinde çalışan kişilerle iyi bir iletişim ortamı geliştirmeleridir. Çünkü bu tip işbirliği ve iletişim hemşire eğitimcilere klinik uygulamalar hakkında konuşabilme ve bilgi alışverişi sağlayabilme şansı yaratacaktır. Bu durum eğitimcilere öğrendiği bilgileri öğrencilere aktarabilmesini sağlayacaktır. Bununla birlikte Wilson-Barnett ve ark. (1995) çalışma ortamında öğrencilerin motive edilmesi ile öğrencilerin kendilerini daha iyi hissettiklerini ve desteklendikleri saptamıştır. Durna(1993), öğrencilerin uygulama alanlarında öğretim elemanları ile öğrencilerin %39.8'inin iletişim ile ilgili sorunlar yaşadığını tespit etmiş, öğrenci ve öğretim elemanı arasındaki iletişimin önemini belirtmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise, öğrenciler uygulama alanlarında öğretim elemanının denetim yapmamasını istemektedir (Andrews&Roberts 2003). Bu durum öğrencilerin denetimden çok öğrenme yönünden desteklenmeye ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin çoğu klinik ortamda stres ve anksiyete yaşamaktadır. Öğrencilerin ilgili öğretim elemanı tarafından klinik uygulama alanında desteklenmesi çok önemlidir. Yapılan bir çalışmada, iki öğrenciden biri, uygulama amaçlarına uygun hasta seçimine özen gösterilmesini istemiştir(Fadıloğlu ve ark 1996). Uygulama rotasyonlarının yapıldığı kliniğin o dersin uygulamasına ve öğrenci düzeyine uygun olması, dersin ve uygulamanın etkinliğini arttırması açısından son derece önemlidir.

Öğrenciler uygulama alanlarında, öğretim elemanlarının yardımına gereksinim duymaktadır. Öğrencilerin klinikte yalnız bırakılması, onların profesyonel beceriler kazanarak kendilerine güven duyma duygusunun gelişimini engellemekte, öğrenciler hata yapmaktan korkarak hastaya zarar verme endişesi yaşamaktadırlar. Öğrencilerin öğrenmesinde bir diğer önemli nokta öğrencilerin gözlemidir. Yapılan bir çalışmada, öğrencilere sınıf ortamında klinik uygulamaya yönelik bilgiler anlatılması ve demonstrasyon yapılmasına rağmen, öğrencilerin klinik ortamda bu bilgileri unuttuğu ve gerçeklerle yüzyüze geldiği bulunmuştur(Spouse 2001). Öğretim elemanlarının klinik uygulama alanlarında öğrenci ile birlikte olması, hastayı tanıma, hastanın problemlerinin belirlenmesi, uygun bakıma karar verilmesi konularında öğrencilere yardımda bulunulması, bu etkinlikleri öğrenciyle birlikte geliştirmesi, öğrencinin sorduğu soruları yanıtlaması, öğrencinin eksikliklerini bire bir öğrenciyle uygun dilde paylaşması, gelecekte toplum beklentilerini karşılayacak ebe ve hemşirelerin yetiştirilmesi açısından son derece önemli iken ülkemizde sağlık yükseköğretim alanlarında öğretim elemanlarının sayısının azlığı, uygulama alanlarında öğretim elemanlarının öğrencilerle birebir ilgilenmesini olanaksız kılmaktadır.

Uygulama alanlarında demokratik bir yaklaşım ve öğrencilerin fiziksel ve duygusal açıdan ihtiyaçlarını bilmek önemlidir(Fretwell 1983; Orton, 1983; Neville and French, 1991). Çalışmalar öğrenci ile klinik öğretimde bire bir ilişki kurmanın, öğrencinin yanında olmanın önemini savunmaktadırlar (Myrick, 1988; Vance&Olson, 1992, Saarikoski & Leino-Kilpi 2002). Çalışmamızda öğrenciler öğretim elemanı ile uygulama alanında düzenli iletişim kurmak istediklerini söylemişlerdir. Bu durum öğrenci öğretim elemanı arasındaki ilişkinin gelişimi için önemlidir. Bu bulgular Day ve ark(1997), Kinsella ve ark(1999) ve Koh 2002 çalışmalarıyla benzerdir. Öğrenciye refakat etme öğrenci ile öğretmen arasında yakınlığı sağlayabilmekte bu durumda öğrencinin öğrenmesini kolaylaştırmakta, öğrenciye bireysel destek sağlamakta ve klinik çalışma ortamında yardım sağlayacaktır (Hsieh and Knowles, 1990). Bazı çalışmalar bu durumun öğretim elemanlarına kendi kişisel gelişimlerine katkı sağlaması yönünden de önemli olduğunu vurgulamaktadır (Craddock, 1993; Dibert and Goldenberg, 1995). Öğretim elemanları öğrenci performansına yönelik beklentilerini, öğrencinin gereksinim duyduğu denetim düzeyini, teorik bilgilerini uygulamaya aktarabilme düzeylerini belirlemeli, hastaya zarar verebilecek uygulamalardan kaçınmalarını sağlamalıdır (Orchard 1994).

Çalışmada eğitimcilerde aranan ilk 10 özellik; eğitimcinin öğrenciye önyargılı davranmaması, eğitimcinin dili iyi kullanması(ses tonu, konuşması ve diksiyonunun etkili olması), eğitimcinin davranışlarında tutarlı ve dengeli olması, ders anlatırken konuya hakim olması, eğitimcinin iletişim tekniklerini bilmesi ve öğrencilerle iyi iletişim kurabilmesi, öğrencinin psikolojisini bilmesi, öğrencilerin sınıfta kendini ifade edebilmelerine imkan sağlayacak demokratik bir ortam oluşturması, eğitimci öğrencilerine dürüst ve samimi olması, uygulama sırasında öğrenciye destek ve yardımcı olması, ve eleştiriye açık olmasıdır.Yapılan bir çok araştırmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bayık çalışmasında, öğrencilerin eğitimcide önemsedığı ilk 10 özelliğin öğretmenin olumsuz eleştirilerden sakınması, öğretimde görsel işitsel araçları kullanması, öğrencinin haklarını savunması, öğrencinin değerlendirilmesinde ön yargılı olmaması, danışmanlık, rehberlik hizmetleri, açık anlaşılır dil kullanma, öğrenciyi ilgi ile dinleme, uygulamaları yaparak gösterme, genel kültür ve derse hazırlıklı gelme, etkili sunuş özelliği olarak belirlemiştir(Bayık 1993).

Eason ve Carbertt çalışmasında, öğretmenin içerik bilgisi, bireysel özellikleri ve öğretim yöntemlerine yönelik en fazla önemsedikleri nitelikler; öğretmenin sorulara açık yanıt vermesi, ders materyali dağıtması, dinamik, eğlenceli, neşeli, coşkulu, ilginç, ilgiyi tutabilen, bilgili, deneyimlerini paylaşan, öğrencinin seviyesine inebilen, derse

hazırlıklı gelen ve görsel işitsel araçları kullanan kişi olmasıdır (Eason&Carbett 1991). Çimete çalışmasında, öğrencilerin teorik derslerin öğretim elemanlarınca aktarılma şeklinden yakındıklarını, etkili öğretim tekniklerinin kullanılmadığını öğretim elemanlarının öğrencileri objektif değerlendiremediklerini yada olumlu geri bildirim vermediklerini belirtmiştir (Çimete 1998). Öğrencinin motivasyonunu sağlama ve arttırmada öğrenciye olumlu geri bildirim vermek son derece önemlidir.

Araştırmacılar uygulama alanında ya da sınıf ortamında öğrenci öğretim elemanı arasındaki ilişkinin başarısının öğretmenin öğrenciye arkadaşça olmasına ve yaklaşımına göre değişeceğini vurgulamışlardır. Uygulamaya yönelik öneriler verme, öğrenci ile öğretmen arasında kurulacak ilişkide ilk adımdır (Duffy&Watson 2001, Wills 1997). Duffy&Watsonun çalışmasının bulgularına göre, eğitimciye ulaşabilme eğitimci öğrenci ilişkisinde önemlidir. Öğretmenler öğrenciye teorik bilgi vermekle sorumlu oldukları gibi, klinik becerilerin gelişmesinden de sorumludur. Yetkin 1998 yılında yaptığı çalışmada, öğrencilerin çoğunun öğretmenlerinin çoğunun kişiler arası ilişkiler ve iletişim tecrübesine sahip olmasını, rol modeli olmasını, kaynak kişi olmasını, kavramsal çatıya sahip olmasını, profesyonel davranış sergilemesini, öğrencinin kendi düşüncelerini açıklamasına izin vermesini, öğrencilere uygun açıklama yapabilmesini ve öğretme methodlarından yararlanmasını önemsediklerini belirlerken (Yetkin 1999), Fadiloğlu ve arkadaşları 1996 yılında yaptığı çalışmada, öğrencilerin hemşire öğretiminde aradığı özellikleri 45 madde olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmada, öğrencilerin %66.27'sinin eğitimcilerin dürüst olmasını istemeleri, eğitimcileri rol modeli olarak görmek istemeleri önemli bulgulardır (Fadiloğlu 1996). Fadiloğlu ve ark, Atalay ve Yetkin çalışmalarında, öğrencilerin büyük çoğunluğunun öğretim elemanlarının iletişim becerilerine çok önem verdiklerini bulmuşlardır (Yetkin 1999, Atalay 1994, Fadiloğlu 1996). Öğretim elemanlarının profesyonel iletişim becerilerine sahip olması ve bu becerileri ustaca kullanabilmesi ve iletişimde açıklık, dürüstlük çok önemlidir. Çünkü hemşirelik ve ebelik mesleği, insanlarla direkt iletişim gerektiren bir meslektir. Öğrencilerin hasta yanında veya diğer arkadaşlarının yanında küçük düşürülmesi ya da azarlanması öğrencilerin benlik saygılarını düşürmekte, onurlarını zedelemekte, motivasyonlarını kırmakta ve meslekten soğumalarına yol açabilmektedir. Aştı 1990'da ders dışında da öğrenci ile iletişimin sürdürülmesinin öğrencinin istedik davranış gelişimine katkıda bulunduğunu vurgulamıştır (Aştı 1990).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Ebelik ve hemşirelik okullarına girişte öğrencilerin çoğunun aileden uzak olması, mesleğin bilinçli ve isteyerek seçilmemesi, mesleğin çalışma alanında zorlukları, üniversite yaşamının getirdiği zorluklar öğrencilerin rehberlik ve danışmanlık gereksinimlerini arttırmaktadır. Bu nedenle öğrenciler eğitimcilerden ilgili olma, dinleme, empati, esnek olma, danışmanlık beklentisi içindedirler. Bir çok üniversitede rehberlik ve psikolojik danışma hizmetleri verilmemektedir. Bu nedenle eğitimcilerin bu konuya ilişkin becerilerin kazandırılması zorunludur. Hemşirelik Yüksekokulları ve Sağlık Yüksekokullarında öğrenciler ile sık sık toplantıların düzenlenmesi, öğrencilerin sorunlarının ve isteklerinin belirlenmesi önemli olmakla birlikte; bu sorunların giderilmesinde okul yönetiminin de eğitimcilere her konuda destek olması, ekip ruhu ile çalışması ile sorunların ve eksikliklerin belirlenip, en aza indirgenmesi eğitimde kaliteyi her geçen gün daha ileriye taşıyabilmek açısından zorunlu, önemli ve gereklidir.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre öğrencilerin hemşire eğitimcilerden bekledikleri nitelikler eğitimciler ve okul yönetimleri tarafından göz önünde bulundurulmalıdır.

## KAYNAKLAR

- 1.Akgül A (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "Spss Uygulamaları" Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası.
- 2.Andrews M, Roberts D(2003). Supporting student nurses learning in and through clinical practice: the role of clinical guide. Nurse Education Today, 23: 474-481.
- 3.Ashton P, Richardson G (1992). Preceptorship and PREPP. British Journal of Nursing 3: 143-145.
- 4.Aştı N (1990). Hemşirelik eğitiminde öğrenci öğretmen ilişkileri, Hemşirelik Bülteni, 4 (17): 51-55.
- 5.Atalay M ve ark(1994). Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamada yaşadıkları güçlükler ve yardım beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1 (1): 19-25.
- 6.Başer G (1994). Hemşireliğin öğretiminde rol modeli olma. III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu(8-10 Eylül 1993), İş. Basımevi Ve Film Merkezi, İstanbul, 292-294.
- 7.Bayık A (1993). Öğrencilerin hemşire eğitimcilerde etkili eğitimlik niteliklerini değerlendirmeleri üzerine bir çalışma. Uluslar Arası Katılımlı III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, 8-10 Eylül 1993. 47-50.
- 8.Çimete G (1998). Öğrenci-Öğretim elemanı etkileşimine yönelik kantitatif bir çalışma. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (1): 9-17.
- 9.Craddock E (1993). Developing the facilitator role in the clinical areas. Nurse Education Today, 13: 217-224.



10. Darling LA (1984). What do nurses want in a mentor?. The Journal of Nursing Administration, Oct: 42-44.
11. Day C, Frase D, Manifold L et al (1997). The role of teacher/lecturer in practice final report to the ENB Research and Development Group; ENB, London.
12. Dibert C, Goldenberg D (1995). Preceptors' perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. Journal of Advanced Nursing, 21: 1144-1151.
13. Donovan J (1990). The concept and role of mentor. Nurse Education Today, 10 (4): 294-298.
14. Duffy K, Watson HE (2001). An interpretive study of the nurse teacher's role in practice placement areas. Nurse Education Today, 21: 551-558.
15. Durna Z (1993). Uygulamalı eğitimin başarısını etkileyen faktörlerin öğrenci açısından değerlendirilmesi. Uluslar Arası Katılımlı III. Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, 8-10 Eylül 1993. 320-331.
16. Eason FR, Carbett PW (1991). Effective teacher characteristics identified by adult learners in nursing. The Journal of Continuing Education in Nursing, 22: 1.
17. Fadiloğlu F, Durmaz A, Şenuzun F (1996). Klinik eğitimde etkin eğitim ve uygulama için eğitimciler hangi özelliklere sahip olmalıdır? Türk Hemşireliğinde Yüksek Öğrenimin 40.Yılı Sempozyumu(1995), Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 163-171.
18. Fretwell JE (1983). Creating a ward learning environment: the sisters role. Nursing Times 79, Occasional papers (21): 37-39; (22): 42-44.
19. Goldberg D (1987). Preceptorship: a one to one relationship with a triple. Practising. Nursing Forum, 1: 10-15.
20. Gözüm S, Aksayan S (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5 (1):3-7.
21. Hayran M, Özdemir O(1995) Bilgisayar İstatistik ve Tıp. Hekimler Yayın Birliği Medikal Araştırma Grubu.
22. Hsieh NL, Knowles DW (1990). Instructor facilitation of the preceptorship relationship in nursing education. Journal of Nursing Education, 29: 262-268.
23. Kinsella FE, Willams WR, Green BF (1999). Student nurse satisfaction: implications for Common Foundadition Programme, Nurse Education Today, 19(4): 323-333.
24. Kitapçioğlu G (2000). Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Görev Yapan Ebelerin İş Güçlüğü Faktörlerinin Belirlenmesi ve İş Doyumu, Tükenmişlik, Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, İzmir.
25. Koh LC (2002). The perception of nursing students of practice-based teaching. Nurse Education in Practice, 2: 35-43.
26. Levec ML, Jones CB(1996). The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. Research in Nursing and Health, 19: 331-343.
27. Myrick F (1988). Preceptorship: a viable alternative clinical teaching strategy?. Journal of Advanced Nursing, 13: 588-591.
28. Neary M, Phillips R, Davies B (1994). The practitioner-teacher: a study in the Introduction of Mentors in the Pre-registration. Nurse Education Programme in Wales, School of Education, University of Wales, Cardiff.

29. Neville S, French S (1991). Clinical education: students' and clinical tutors' views. *Physiotherapy*, 77: 351-354.
30. Newton A, Smith L (1998). Practice placement supervision; the role of the personal tutor. *Nurse Education Today*, 18: 496-504.
31. Orchard C (1994). The nurse educator and the nursing student : a review of the issues of clinical evaluation procedures. *Journal of Nursing Education*, 33 (6): 245-251.
32. Orton HD (1983). Ward learning climate and student nurse response. In: Davis, B.D., (Eds.), *Research into Nurse Education*, Croom Helm, London. 90-105.
33. Rotem A, Abbantt FR (1998). Sağlık Personeli Yetiştiren Eğitimciler İçin Öz-Değerlendirme Rehberi: Nasıl Daha İyi Öğretmen Olunur? Çev. Ayla Bayık, Ege Üniversitesi Basım Evi, İzmir.
34. Saarikoski M, Leino-Kilpi H (2002). The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*, March 39 (3): 259-267.
35. Spouse J (2001). Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perceptive. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4): 512-522.
36. Vance CN, Olson RK (1992). Mentorship. *Annual review of nursing research* 10, 175-200.
37. Wiesman RF (1994). Role model behaviours in the clinical setting. *Journal Of Nursing Education*, 33 (9): 405-409.
38. Wills ME (1997). Link teacher behaviours: student nurses' perceptions. *Nurse Education Today*, 17: 232-246.
39. Wilson-Barnett J, Butterworth T, White E et al. (1995). Clinical support and the project 2000 nursing student: factors influencing this process. *Journal of Advanced Nursing*, 21: 1152-1158.
40. Yetkin A (1999). Öğrencilerin hemşire öğretmende aradığı özelliklerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1):11-1

## HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİSAYAR KULLANMAYA YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ

### THE INVESTIGATION OF THE NURSING STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS USE OF COMPUTER

Özlem AKIN      Leyla KHORSHID

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bornova İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Öğrenci hemşireler, bilgisayar, internet, tutum

**Key Words:** Nursing students, computer, internet, attitude

#### ÖZET

Günümüzde dünyanın birçok bölümlerinde bilgisayar ve internetin kullanımını hızlı bir şekilde hemşirelik eğitiminin anahtar bir bölümü olmaya başlamıştır. Çeşitli ülkelerde sağlık bilimleri öğrencilerinin bilgisayar ve interneti ne derece kullandığına ilişkin birkaç çalışma bulunmasına rağmen, ülkemizde hemşirelik öğrencilerinin bilgisayara karşı tutumuna ilişkin bir çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin bilgisayara yönelik tutumlarını ve bunu etkileyen etmenleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda okuyan 202 öğrenci oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında soru formu ve Aşkar ve Orçan (1987) tarafından geliştirilen Bilgisayara Yönelik Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tek yönlü varyans analizi, t-testi kullanılmıştır.

Öğrenci hemşirelerin bilgisayara ilişkin tutum puan ortalamaları  $98.56 + 11.52$  olarak bulunmuştur. Gelir düzeyi, bilgisayara sahip olma, yabancı dil bilme düzeyi, daha önce bilgisayar kursuna gitme ve bilgisayarı kullanma sıklığı ile öğrencinin bilgisayara ilişkin tutumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bilgisayar dersinden geçme notu yüksek olan, daha önceden bilgisayar dersi alan, bilgisayarı rahatça kullanabilen, bilgisayar kullanmaya yönlendirilen ve interneti daha sık kullanan öğrencilerin bilgisayara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, hemşirelik öğrencilerin bilgisayara yönelik tutumlarının oldukça olumlu olduğu saptanmıştır.

#### SUMMARY

*The use of the computer and internet is rapidly becoming a key component of nursing education in many parts of the world. Although several studies in different countries have explored the extent to which health science students use*

*the computer and internet, there isn't any study about attitudes toward computer of nursing students in our country. The aim of this descriptive study was to assess the attitudes of nursing students' toward computer and factors that effect their attitudes.*

*The sample population consisted of 202 nursing students enrolled in Ege University School of Nursing. The data was collected by a questionnaire and computer attitude scale developed by Aşkar and Orçan (1988). Data were analyzed by using t test and variance analyzing.*

*The mean attitudes score toward computer of the nursing students was 98.56 + 11.52. There was no significant relationship between the attitudes score of nursing students toward computer and income level, level of foreign language knowledge, possessing a computer, taking lesson from private computer course previously, frequency of computer usage. It was found that the attitudes toward computer of nursing students who uses internet more frequently, had higher marks in computer lesson, directed toward using computer and used computer easily was more positive. As a result, it was determined that the attitudes of nursing students towards computer is fairly positive.*

## **GİRİŞ**

Günümüzde iletişim ve bilgi teknolojilerinin hızla gelişmesi, bilgi toplumlarının oluşmasına neden olmuş ve geniş ölçüde bilgi ve hizmetten faydalanma imkanı yaratmıştır İletişim ve bilgi teknolojisindeki hızlı ilerleme sonucu birçok sağlık okulu kendi öğrencileri için kapsamlı bilgisayar ağını oluşturmuş ve bu öğrenim-öğretim çevresinde gittikçe önem kazanan bir unsur olmuştur (Arıkan 2002, Çongur ve ark. 2002, Saracaloğlu ve Kaşlı 2001, Ward et al. 2001). Gelecekte bilgisayar ve internet ağı sağlık alanında daha da önem kazanacak, internet aracılığıyla bilimsel ve biomedikal bilgilere daha geniş biçimde erişim olanağı sağlanacaktır. Böylece sağlık okullarının eğitimi için yeni fırsatlar ve avantajları yakalamak kaçınılmaz olacaktır (Główniak 1995, Ward et al. 2001). Bilgisayarın geleneksel öğretim yöntemlerini etkili hale getirme, bilgi aktarma, ölçme, değerlendirme, öğrencileri motive etme ve etkin katılımı sağlama, benlik ve özgüveni geliştirme, problem çözme becerisini ve yaratıcılığı geliştirme, zengin bir materyal sunma gibi eğitsel işlevleri yerine getirmede önemli bir role sahiptir (Altun ve Altun 2002).

Dünyada ve ülkemizde bilgisayarların her alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında kullanımı giderek artmaktadır. Bilgisayarda ve bununla ilgili teknolojilerdeki artma, sağlık bakımını, hemşirelik eğitimi ve hemşirelik uygulamasını büyük ölçüde etkileyecektir (Görgülü ve ark.1999). Çağımızda sürekli öğrenen, gelişen ve değişen koşullara uyum sağlayan hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşirelik eğitimi bildiğimiz gibi teorik ve uygulamadan oluşan bir sağlık disiplini olmakla beraber, aynı zamanda değişime açık, gelişmekte ve gelişmesi zorunlu olan bir meslek dalıdır. Hemşire öğrencilerin çağın gerektirdiği

yenikleri yakalayıp, uluslararası mesleki standartları yakalamaları için, teknoloji aracılığıyla geliştirmeleri, sosyal ve mesleki başarılarını arttırmada teknolojiyi kendi eğitim politikalarına uygun bir biçimde kullanabilmeyi başarmaları gerekmektedir. Çağımız bilgisayar çağıdır. Doğal olarak çağımızın bu niteliklerinden hemşirelerin de yararlanması ve bilgisayar kullanma bilgisi ve becerisine sahip olmaları beklenilmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin en yeni bilgilere ulaşabilmeleri ve hemşirelik bakımında daha profesyonel olabilmeleri için bilgisayarı ve interneti kullanabilmelidirler (Bayık ve ark. 2002, Yavuz 2002). Günümüzde dünyanın birçok bölümlerinde bilgisayar ve internetin kullanımı hızlı bir şekilde hemşirelik eğitiminin anahtar bir bölümü olmaya başlamıştır. Çeşitli ülkelerde sağlık bilimleri öğrencilerinin bilgisayarı ve interneti ne derece kullandığına ilişkin birkaç çalışma bulunmasına rağmen, ülkemizde hemşirelik öğrencilerinin bilgisayara karşı tutumuna ilişkin bir çalışma bulunmadığından bu çalışmanın yapılmasına gereksinim duyulmuştur.

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin bilgisayara yönelik tutumlarını ve bunu etkileyen etmenleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda 2003-2004 öğretim yılında eğitim gören öğrenciler (n=654) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini bu evrenden olasılıksız örneklem tekniğiyle seçilen lisans eğitiminde bilgisayar dersini almış 202 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü okulda 1.sınıfın 1. ve 2. yarıyılında haftada 4 saatlik zorunlu uygulamalı bilgisayar dersi mevcuttur. Veriler 14-18.Haziran 2004 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Aşkar ve Orçan (1987) tarafından geliştirilen "Bilgisayara Yönelik Tutum Ölçeği" (BYTÖ) kullanılmıştır (Aşkar 1992). Araştırmacılar bu ölçeği üniversite öğrencilerine uygulamışlardır. Ölçeği geliştiren araştırmacılardan kullanım izni alınmıştır. Güvenilirlik katsayısı 0.82 olan ölçek 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek likert tipi beş dereceli bir ölçektir. Maddelerin 14'ü olumlu, 10'u olumsuz ifade taşımaktadır. Olumlu maddeler 5'ten 1'e, olumsuz maddeler 1'den 5'e doğru puanlanacaktır. Ölçekten alınan puan en az 24, en fazla 120 'dir. Toplam puanın yüksek olması, bilgisayar ve internete yönelik tutumun olumlu olduğunu ifade etmektedir. Öğrencilere ilişkin bilgiler BYTÖ'ne eklenen ve 25 sorudan oluşan anket kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) For Windows 10.0 Programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, tek yönlü varyans analizi, t-testi testi kullanılmıştır.

Araştırmanın yapılacağı kurumdan ve etik kuruldan yazılı izin alınmış, araştırmada veriler etik ilkelere uyularak toplanmıştır.

### BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 20.3'ünün yaş grubunun 18-20, % 59.9'unun 21-23 ve % 19.8'ünün 24-26 olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 31.7'si 1. sınıfta, % 30.2'si 2. sınıfta, % 20.8'i 3. sınıfta ve % 17.3'ü 4. sınıfta okumaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 31.2'sinin bilgisayar dersinden geçme notunun 70-79, % 29.7'sinin 80-90, % 25.7'sinin 90 ve üstü ve % 13.4'ünün 60-69 olduğu saptanmıştır.

**Tablo 1.** Öğrencilerin Bilgisayara İlişkin Tutumunu Etkileyen Etmenlere Göre Bilgisayara İlişkin Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n:202)

<b>Etmenler</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>F</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Sınıf</b>			0.86	-	0.46>0.05
1. sınıf	64	96.70			
2. sınıf	61	99.65			
3. sınıf	42	99.76			
4. sınıf	35	98.54			
<b>Yaş Grubu</b>		96.29	2.26	-	0.107>0.05
18-20 yaş	41				
21-23 yaş	121	98.32			
24-26 yaş	40	101.62			
<b>Mezun Olunan Lise</b>		97.83	1.1		0.35>0.05
Genel Lise	123				
Sağlık meslek lisesi	32	97.62			
Anadolu-fen lisesi	7	98.87			
Süper lise	40	101.5			
<b>Anne mesleği</b>		98.8	1.08	-	0.37>0.05
Ev hanımı	153				
Memur	5	96.2			
İşçi	16	94.0			
Çiftçi	6	95.5			
Serbest meslek	3	106.6			
Emekli	19	100.88			
<b>Baba mesleği</b>		95.84	1.79		0.11>0.05
Memur	32				
İşçi olanların	27	96.45			
Çiftçi olanların	19	98.05			
Serbest meslek	43	101.86			
Emekli	64	99.68			
Diğer meslekler	7	93			
<b>Barınma yeri</b>		99.31,	1.1		0.34>0.05
Ailesiyle birlikte	63				
Arkadaşla birlikte evde	46	100.15			
Yurtta	73	96.64			
Diğer (akraba yanında)	20	9.55			

<b>Evinde bilgisayarı</b>					
Olan	67	100.46		1,65	
Olmayan	135	97.62			
<b>İnterneti kullanma sıklığı</b>					
Çok sık kullanan	12				
Düzenli kullanan	27	103.14			
Ara sıra kullanan	161	97.37			
Hiç kullanmayanlar	2	80.00			
<b>İngilizce bilgisi</b>					
Düşük	52				
Orta	101	99.98			
İyi	47	98.10			
Çok iyi	2	98.00			
<b>Bilg.ders. geçme notu</b>					
60-69	27	93.22		-	
70-79	63	96.11	5.211		0.002 <0.05
80-89	60	101.48			
90 ve üstü	52	100.94			
<b>İnterneti Kullanma Sıklığı</b>					
Çok sık					
Düzenli	27	103.14		-	0.000<0.05
Ara sıra	161	97.37	6.478		
Hiç	2	80.00			
<b>Bil. Edin. en sık kul. kay.</b>					
Ders kitabı	153	97.92			p>0.05
Dergi-gazeteden	70	100.04			
İnternet	162	99.41			
Diğer kaynaklar	5	105.6			
<b>Bilgisayar kursuna</b>					
Giden	27	98.88		-	0.497 0.49>0.05
Gitmeyen	175	98.51.			
<b>Bilgisayar Dersi</b>					
Alan	73	100.76			0.04<0.05
Almayan	129	97.31		2.059	
<b>Bilgisayarı Rahatça</b>					
Kullanabilen	186	99.25			0.003<0.05
Kullanamayan			2.454	-	
<b>Bilgisayar Kullanmaya</b>	16	90.50			
Yönlendirilen	72	101.83			0.003<0.05
Yönlendirilmeyen	130	96.75		3.061	-
<b>Bilg.en çok kullanma amacı</b>					
Oyun-eğlence	83	100.02			
e-mail (haberleşme)	148	99.26			
Araştırma yapmak	151	99.54		0,58	
Yazı yazmak	140	100.05			
Diğer işlemler	9	97.22			p>0.05

Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan öğrencilerin bilgisayar dersinden geçme notunun, internet kullanma sıklığının, daha önce bilgisayar dersi almalarının, bilgisayarı rahatça kullanmanın, aileleri

veya yakınları tarafından bilgisayar kullanmaya yönlendirilmenin bilgisayara ilişkin tutumunu etkilediği saptanmıştır (Tablo 1).

## TARTIŞMA

**Öğrencilerin bilgisayar ve internet kullanımı:** Öğrencilerin % 87.6'sının bilgisayar dersinden geçme notunun 70 ve üstü olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin bilgisayar dersi başarılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 79.7'sinin ara sıra, % 13.4'ünün sık olarak, % 5.9'unun çok sık internet kullandığı ve % 1'inin hiç internet kullanmadığı saptanmıştır. Ajuwon'un araştırmasında öğrenci hemşirelerin % 12.4'ünün sıkça, %46.9'unun ara sıra ve % 18.8'inin nadiren internet kullandığı saptanmıştır (Ajuwon 2003). Çalışmanın sonuçları Ajuwon'un çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 36.1'i orta öğretimde bilgisayar dersi aldığını belirtmiştir. Öğrencilerin % 63.9'luk bölümü lisanstan önce bilgisayar dersi almadığı görülmektedir. Bu sonuç, öğrencilerin bilgisayar kullanmayı özel kurs veya mezun oldukları okul yoluyla öğrendiklerini ve günümüzde bilgisayarla eğitimin giderek arttığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 95'inin bilgisayarı rahat kullandıkları, ancak % 5'lik bir kısmının bilgisayarı rahat kullanamadıkları saptanmıştır. Görgülü ve ark.'nın (1999) yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin bilgisayar okur-yazarlığı oranının (%8.8) düşük olduğu saptanmıştır. Aştı'nın (2001) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin %58.4'ünün bilgisayar kullandığı saptanmıştır. Yavuz'un araştırmasında, hemşire öğrencilerin %78'inin bilgisayarı farklı düzeyde ve % 26.5'inin rahatça kullanabildikleri bulunmuştur (Yavuz 2002). Bu sonuç araştırma sonucu ile paralellik göstermekte, bilgisayarı rahatça kullanabilen öğrencilerin oranının artması, bilgisayarın günümüzde birçok alanda yaygın biçimde kullanılmaya başlamasına veya öğrencilerin bilgisayar kullanımını giderek önemsemesine bağlanabilir. Öğrencilerin % 64.9'unun aileleri veya yakınları tarafından bilgisayar kullanmaya yönlendirilmedikleri görülmektedir. Bu sonucun öğrencilerin ailelerinin bilgisayar kullanmayı bilmemelerinin ve yeniliklere çekinerek yaklaşmaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin % 60.9'unun genel liseden, % 19.8'inin yabancı dil hazırlık sınıfı okutulan süper liseden, % 15.8'inin sağlık meslek lisesinden ve %3.5'inin anadolu-fen lisesinden mezun oldukları saptanmıştır. Öğrencilerin 1/5'inin yabancı dil hazırlık sınıfı okutulan süper



liselerden mezun olması, onların yabancı dildeki yayınları internetten izleyebilme ve gelişmeleri takip edebilme olasılığını yükseltmektedir.

Öğrencilerin % 63.9'unun orta öğretimde bilgisayar dersi almadığı saptanmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun lisans eğitiminden önce bilgisayar dersi almadığı halde, bilgisayarı rahatça kullanabilmesi, bilgisayar kullanmayı özel kursta veya lisans eğitiminde öğrendiklerini göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %86.6'sının bilgisayar kursuna gitmediği saptanmıştır. Öğrencilerin % 13.4'ünün bilgisayar kursuna gittiği görülmektedir. Bu sonuç, okulda bilgisayar dersi alan öğrencilerin özel kursa gitme gereksinimi duymamalarına, ya da maddi olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle kursa gidememelerine bağlanabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 66.8'inin evinde bilgisayar bulunmadığı ve % 33.2'sinin ise evinde bilgisayar bulunduğu saptanmıştır. Öğrencilerin çoğunun evinde bilgisayar olmaması, hemşirelik öğrencilerinin ailelerinin çoğunlukla düşük ekonomik gelir düzeyinde olmasına ve alım güçlerinin düşük olmasına bağlanabilir. Yavuz'un araştırmasında öğrencilerin % 90'ının bilgisayar sahibi olmadığı saptanmıştır (Yavuz 2002). Bulgular araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 19.7'sinin Word, % 75'inin Word+Excel+Power Point, % 27.5'inin Word+Excel, % 7.8'inin Word+Excel+Microsoft Outlook+ Power Point, % 7.4'ünün Word+Power Point ve % 0.5'inin yalnız Excel ve % 0.05'inin Word+ Excel+Microsoft Outlook bilgisayar programlarını kullanmayı bildikleri saptanmıştır. Öğrencilerin % 99.5'inin Word, % 74.7'sinin Excel ve % 52.4'ünün Power Point bilgisayar programlarını kullanabildikleri saptanmıştır. Yavuz'un araştırmasında öğrencilerin % 21'inin Word, ve % 6'sının ME bilgisayar programlarını kullanabildikleri saptanmıştır (Yavuz 2002). Ajuwon'un (2003) "Nijerya Eğitim Hastanesinde Birinci Sınıf Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgisayar ve İnternet Kullanımı" konulu araştırmasında öğrenci hemşirelerin % 55'sinin MW, % 20'sinin Word ve % 5'inin MS DOS programını kullanabildiği saptanmıştır (Ajuwon 2003). Bu çalışmaların sonuçları bizim araştırmamızla paralellik göstermemektedir. Sonuç olarak öğrencilerin bilgisayar programlarını kullanma oranlarının son yıllarda büyük oranda arttığı, ayrıca Word ve Excel bilgisayar programları dışında da yeni programlar öğrendikleri görülmektedir. Halen devam ettikleri okulda bilgisayar dersi müfredatının genişletildiği ve daha iyi öğrenme imkanlarının yaratıldığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 18.8'inin e-mail+araştırma+yazı yazma, % 18.3'ünün oyun-eğlence+e-mail+araştırma+yazı yazma, % 10.4'ünün araştırma+yazı yazma, % 9.9'unun e-mail+araştırma, % 5.4'ünün oyun eğlence+e-mail+araştırma yapmak amacıyla bilgisayarı kullandıkları saptanmıştır. Öğrencilerin % 74.7'sinin araştırma yapma, %73.2'sinin e-mail yazma, % 70'inin yazı yazma ve % 41'inin oyun oynama amacıyla bilgisayarı kullandıkları saptanmıştır. Yavuz'un araştırmasında öğrencilerin % 38.4'ünün e-mail yazma, %27.7'sinin araştırma yapma ve % 25.4'ünün oyun oynamak amacıyla bilgisayarı kullandıkları saptanmıştır (Yavuz 2002). Ajuwon'un araştırmasında öğrenci hemşirelerin % 81.3'ünün e-mail, % 12.5'inin araştırma yapmak için ve % 1'inin oyun ve diğer amaçlarla bilgisayarı kullandığı saptanmıştır (Ajuwon 2003). Sonuç olarak öğrencilerin bilgisayar ve interneti nasıl kullanacaklarını fark ettiklerinde, bilgisayarı kullanma alanlarında genişleme olduğu izlenimi uyanmaktadır. Öğrencilerin bilgisayar ve interneti özellikle yeni bilgilere ulaşmak amacıyla kullanmaları, bilgisayarı hemşirelik eğitiminde profesyonel bir araç olarak gördüklerini göstermektedir. Ayrıca derslerden öğrendikleri bilgilerle yetinmeyerek bilgi dağarcıklarını genişletmek amacıyla bilgisayardan faydalandıkları ve araştırma yapmak dışında da farklı amaçlarla da bilgisayar kullanmaya özen gösterdikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 31.7'sinin ders kitabı+ interneti, % 24.8'inin ders kitabı+dergi-gazete+interneti kullandıkları saptanmış; ayrıca % 15.8'inin sadece internetten, % 18.8'inin ders kitabından, % 6.4'ünün dergi-gazete+internette ve % 2'sinin ders kitabı+dergi-gazeteden bilgi edinmek amacıyla yararlandıkları tespit edilmiştir. Öğrencilerin % 62.3'ü interneti, %58.8'i ders kitabını ve %26.9'u dergi-gazeteyi bilgi edinme amacıyla kullandıklarını belirtmiştir. Sonuç olarak günümüzde öğrencilerin derste öğrendikleri bilgilerle yetinmeyerek daha fazla ya da daha ayrıntılı bilgi edinmek amacıyla konuyla ilgili dergi-gazete ve internet sayfalarını araştırdıkları görülmektedir. Öğrencilerin sağlık sektöründe meydana gelen değişimleri yakından takip etmeye ve kendi bilgilerini arttırmaya çalıştıkları düşünülebilir. Ajuwon'un araştırmasında öğrenci hemşirelerin % 16.9'unun ders kitabını, % 12'sinin dergi ve gazete, % 28.9'unun interneti bilgi edinmek için kullandığı saptanmıştır (Ajuwon 2003). Çalışmanın sonuçları Ajuwon'un çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin % 30.7'sinin okuldan, % 23.8'inin internet kafeden, % 15.3'ünün internet kafe+okuldan, % 7.4'ünün evden ve % 5.4'ünün ev+okuldan internet'e ulaşabildikleri saptanmıştır. Öğrencilerin % 63.8'inin okuldan ve % 51.9'unun internet kafeden internete girebildiği tespit edilmiştir. Yavuz'un araştırmasında öğrencilerin % 51.9'unun okuldan ve % 11.9'unun internet kafeden internete girdikleri saptan-

mıştır (Yavuz 2002). Ajuwon'un (2003) araştırmasında öğrenci hemşirelerin % 87.5'inin internet kafeden, % 1.3'ünün kütüphaneden ve % 9.4'ünün başka bir yerden internete girdiği saptanmıştır. Araştırma sonuçları birbiriyle paralellik göstermektedir. Sonuç olarak okul laboratuvarlarının ücretsiz olması nedeniyle öğrenciler tarafından daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Ayrıca günümüzde internet kafelerin artmasıyla birlikte internet kullanım alanları çoğalmış ve internet kafeler tercih edilen yerlerden biri olmuştur.

Öğrencilerin % 50'sinin orta seviyede, % 25.7'sinin düşük seviyede, % 23.3'ünün iyi seviyede ve % 1'inin çok iyi seviyede İngilizce bildiği saptanmıştır. Öğrencilerin yabancı dil bilmesi, yabancı dildeki yayınları internetten izleyebilme ve gelişmeleri takip edebilme olasılığını yükseltmektedir.

### **Öğrencilerin bilgisayara ilişkin tutumlarını etkileyen etmenler:**

Öğrencilerin bilgisayara ilişkin tutum puan ortalamaları  $98.56 \pm 11.52$  olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puan en az 24, en fazla 120'dir. Öğrencilerin bilgisayara yönelik tutumlarının oldukça olumlu olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin sınıfları ile BYTÖ'den alınan puan arasında ilişki bulunmadığı saptanmıştır ( $F=0.86$ ,  $p=0.46$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 1). Farklı sınıflardaki öğrencilerin bilgisayara yönelik tutumlarının benzer olması, okuldaki bilgisayar laboratuvarının kapasitesinin artırılmasına ve her öğrencinin bu laboratuardan yeterli süre yararlanabilmesine bağlanabilir.

Bilgisayar dersi geçme notu 80 ve üstü olan öğrencilerin Bilgisayara Yönelik Tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır ( $F=5.21$ ,  $p=0.00$ ,  $p<0.01$ ) (Tablo 1). Öğrencilerin bilgisayar dersinden geçme notları yükseldikçe tutumlarının olumlu yönde değişmesi beklenen bir sonuçtur.

Yapılan analizde öğrencilerin annelerinin meslekleriyle ilgili BYTÖ'den alınan puanla arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ( $F=1.08$ ,  $p=0.37$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 1). Bu sonuç annelerin büyük bir bölümünün ev hanımı ve daha önce bilgisayar kullanma deneyimlerinin olmamasıyla açıklanabilir. Öğrencilerin babalarının mesleklerinin ( $F=1.79$ ,  $p=0.11$ ,  $p>0.05$ ) bilgisayara ilişkin tutumlarını etkilemediği saptanmıştır.

Öğrencilerin barınma yerinin bilgisayara ilişkin tutumlarını etkilemediği saptanmıştır ( $F=1.1$ ,  $p=0.34$ ,  $p>0.05$ ). Bu sonuç günümüzde bilgisayara ulaşılan yerlerin çoğalmasına ve birçok yerleşim biriminde bilgisayarın bulunmasına bağlanabilir.

Daha önceden bilgisayar dersi alan öğrencilerin Bilgisayara Yönelik Tutum Ölçeği'nde 100.76 ve almayanların ise 97.31 puan aldıkları saptanmıştır. Yapılan analizde bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $t=2.059$ ,  $p=0.04$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 1). Bu sonucun öğrencilerin bilgisayarla erken tanışıp deneyimlerini arttırmalarıyla ve bu yolla bilgisayara yönelik daha olumlu tutum geliştirmeleriyle bağlantılı olduğu söylenebilir.

Bilgisayar kursuna giden öğrencilerin Bilgisayara Yönelik Tutum Ölçeği'nde 98.88 ve gitmeyen öğrencilerin 98.51 puan aldıkları saptanmıştır. Yapılan analizde bu farkın anlamlı olmadığı ve öğrencilerin bilgisayar kursuna gitmeleriyle BYTÖ'den alınan puan arasında ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Ayrıca bilgisayar dersi aldıkları yer ile BYTÖ'den alınan puan arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ( $t=0.497$ ,  $F=0.46$ ,  $p=0.49$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 1). Bu sonuç, lisans eğitimi sürecinde verilen bilgisayar dersinin özel kurslarda verilen derslerle benzer nitelikte olmasına bağlanabilir.

Bilgisayarı rahatça kullanabilen öğrencilerin Bilgisayara Yönelik Tutum Ölçeği'nde 99.25 ve kullanmayan öğrencilerin 90.50 puan aldıkları saptanmıştır. Yapılan analizde bu farkın anlamlı olduğu ve öğrencilerin bilgisayar kullanma durumuyla BYTÖ'den alınan puan arasında ilişki anlamlı bulunmuştur ( $t=2.454$ ,  $F=2.587$ ,  $p=0.00$ ,  $p<0.01$ ) (Tablo 1). Sonuç olarak bilgisayarı rahatça kullanabilen öğrencilerin tutumlarının olumlu yönde olması beklenen bir sonuçtur. Teknolojik gelişmelerle birlikte eğitim sisteminde bilgisayarın önemi gittikçe artmaktadır. Bu nedenle bilgisayarın eğitim kurumlarında yaygınlaştırılması sürecinin iyi yönlendirilmesi, bilgisayar kullanma becerisini arttıracak ve bilgisayar+internet kullanımında amaçlanan etkili ve ucuz öğretim ortamı geliştirilmiş olacaktır (Arıkan 2002).

Bilgisayar kullanmaya yönlendirilen öğrencilerin Bilgisayara Yönelik Tutum Ölçeği'nden 101.83 ve yönlendirilmeyen öğrencilerin 96.75 puan aldıkları saptanmıştır. Yapılan analizde bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.061$ ,  $F=0.178$ ,  $p=0.00$ ,  $p<0.01$ ) (Tablo 1). Sonuç olarak bilgisayar kullanmaya yönlendirilen öğrencilerin bilgisayara yönelik tutumlarının olumlu olduğu söylenebilir. Bu sonuç doğru yönlendirmenin öğrencilerin hedefini belirlemesine katkı sağladığını ve bilgisayar kullanımını teşvik ettiğini düşündürmektedir. Öğrencilerin evinde bilgisayar bulunmasıyla BYTÖ'den alınan puanlar arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ( $t=1.65$ ,  $F=1.683$ ,  $p=0.19$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 1). Bu sonuç, evinde bilgisayarı olmayan öğrencilerin de internet kafe gibi bilgisayar kullanabilecekleri yerlerin sayıca fazla olmasına bağlanabilir.

Öğrencilerin bilgisayar kullanma amaçlarıyla BYTÖ'den alınan puan arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ , Tablo 1). Öğrencilerin farklı amaçlarla da olsa bilgisayar kullanmaları, bağımsız ve öz yönelimli öğrenme becerilerini geliştirdiği ve zengin bir öğrenme ortamının yaratılmasına zemin hazırladığı bilinmektedir. Örneğin bilgi arama, bulma, seçme, sınıflama ve bu bilgilerden yenilerini üreterek bunları yaşama aktarma becerileri bilgisayar kullanılarak internet aracılığıyla öğrenilebilir. Bilgi kaynaklarını etkin bir biçimde kullanmak ve bilgiyi araştırabilme yeteneğine sahip olmak, depolanmış bilgi kaynaklarının ve bilgi teknolojilerinin nasıl kullanılacağına bilinmesiyle gerçekleştirilebilir (Karahan ve İzci, 2001).

Öğrencilerin bilgi edinmek için kullandıkları kaynaklarla BYTÖ'den alınan puan arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ , Tablo 1). Bu sonuç öğrencilerin öğrendikleri bilgilerle yetinmeyerek daha fazla ya da daha ayrıntılı bilgi edinmek amacıyla farklı kaynaklardan yararlandıklarını göstermektedir. Öğrencilerin böylece bilgiye farklı yollarla ulaşma ve bilgi teknolojilerini kullanma becerisi gelişir. Ders kitabını ana kaynak kabul eden anlayış görsel-işitsel ve yazılı olan çok çeşitli kaynaklarla yer değiştirirken, seçkin ve okulla sınırlı olan eğitim anlayışı yerini herkes için yaşam boyu bir eğitim anlayışına terk etmektedir. Böyle bir değişim sonucu geleneksel okur yazarlığın yerini bilgi okur-yazarlığına bıraktığı görülmektedir (Akpınar 1997, Karahan ve İzci 2001).

İnternet'i kullanma sıklığı arttıkça öğrencilerin Bilgisayara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır ( $F=6.478$ ,  $p=0.00$ ,  $p<0.01$ ) (Tablo 1). Bu sonuç bilgisayar ve internet'in etkili ve ucuz bir öğretim gerçekleştirme ortam sağlamasıyla bağlantılıdır ve öğrencilerin bilgisayar kullanma sıklığının artması onların bilgisayara yönelik tutumlarının da olumlu yönde gelişmesine imkan sağlamıştır. Öğrencilerin İngilizce bilme durumuyla BYTÖ'den alınan puan arasında ilişki olmadığı bulunmuştur ( $F=1.237$ ,  $p=0.29$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 1). Öğrencilerin İngilizceyi iyi bilmesi WEB aracılığıyla yabancı dildeki yayınları izleyebilme ve yenilikleri takip edebilme olasılıklarını arttırabilir. Bu durum da onların bilgisayara karşı daha olumlu tutum sergilemelerini ve bilgisayar kullanmalarına yönelik isteklerini güdülediği düşünülmektedir.

## SONUÇLAR

Bu araştırmada hemşirelik öğrencilerinin bilgisayar ve interneti kullanmalarına yönelik tutumları incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Öğrencilerin bilgisayar ve internet kullanımına ilişkin tutumlarının olumlu olduğu

- Öğrencilerin sınıfları, ailelerinin oturduğu yerleşim birimi, mezun oldukları lise türü, kardeş sayısı, annelerinin eğitim durumu, babalarının eğitim durumu, annelerinin meslekleri, babalarının meslekleri, öğrencilerin internette kullandıkları arama servisleri, İngilizce bilme düzeyi, öğrencilerin internete girmek için kullandıkları yerler ile bilgisayara yönelik tutumları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.
- Bilgisayar dersinden geçme notu daha yüksek olan, daha önce bilgisayar dersi alan, bilgisayarı rahatça kullanabilen, bilgisayar kullanmaya yönlendirilen, interneti daha sık kullanan öğrencilerin tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır.

### ÖNERİLER

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda ;

- Bilgisayar dersinde öğrencilere internet üzerinde arama motorlarının nasıl kullanılması gerektiği, bilgiye hızlı ve doğru bir şekilde nasıl ulaşılabileceği öğretilmelidir,
- Bilgisayar ve internet kullanımı sırasında dikkat edilmesi gereken etik ilkeler öğrenciye açıklanmalıdır,
- İnternet üzerinde istenilen bilgiye daha çabuk ve doğrudan ulaşabilmek için aramada kolaylaştırıcı yöntemlerin öğrencilere öğretilmeli, laboratuvardaki bilgisayarların donanımları iyileştirilmelidir, laboratuvarların öğrencilerin kullanımına daha uzun süre bırakılması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır,
- Yurt dışındaki hemşirelik okullarıyla internet üzerinden buluşma imkanları sağlanmalıdır, öğrencileri bilgisayar ve internet kullanmaya yönlendirirken sadece ders konuları bağlamında değil aynı zamanda özellikle internetin diğer kullanım alanları da anlatılmalıdır.

### KAYNAKLAR

1. Ajuwon GA (2003). Computer And İnternet Use By First Year Medical And Nursing Students in Nigerian Teaching Hospital, Informatics and Decision Making 3: 10,
2. Akpınar Y (1997). Eğitimde Çoklu Ortam ve Değişim Formlarında Bilgi Sunumu. Yaşadıkça Eğitim, 55: 6, 24-27. <http://www.biomed.central.com/>
3. Altun AS ve Altun A (2002). Bir Eğitim Aracı Olarak İnternet. Milli Eğitim Dergisi, 147: 3.

4. Arıkan YD (2002). Sınıf Öğretmeni Adaylarının Bilgisayara Yönelik Tutumları, Bilgisayar Kaygı Düzeyleri Ve Bilgisayar Dersine İlişkin Değerlendirmeleri. Yüksek Lisans Tezi, İzmir : D.E.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 1-52.
5. Aşkar N(1992). İlköğretimde bilgisayar, kuram ve uygulamalar, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 8, 209-216.
6. Aştı T (2001). Hemşire öğrencilerin bilgisayar kullanımı ve bilgisayardan yararlanma durumları. I.Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 45.
7. Bayık A, Erefe İ, Özsoy S ve ark (2002). Kadın Mesleği Olarak Hemşireliğin Son Yüzyılda Gelişimi, Hemşirelik Forumu Dergisi, 5: 6, 16-25
8. Çongur R Ceyhan F ve Yavuz M (2002). Hemşirelerin Bilgisayar Kullanımı. Ulusal Öğrenci Kongresi Kitabı, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara
9. Glowniak JV (1995). Medical resources on the Internet, 123: 2, 123-131, <http://yayim.meb.gov.tr/>
10. Görgülü S, Uçar H, Dinç L (1999). Nursing Students View of Computer Technology. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6: 1-2, 11-20.
11. Karahan M, İzci E (2001). Üniversite öğrencilerinin internet kullanım düzeyleri ve beklentilerinin değerlendirilmesi. Milli Eğitim Dergisi, 150: 2.
12. Saracaloğlu S, Kaşlı A (2001). Öğretmen Adaylarının Bilgisayara Yönelik Tutumları ile Başarıları Arasındaki İlişki, Ege Eğitim Dergisi (1), 1: 110-126
13. Yavuz M (2001). The use of computers at the Ege University School of Nursing. 1 st international & 8st National Nursing Congress Book, Antalya, 517-520.
14. Ward JP et all (2001). Communication And Information Technology İn Medical Education [www.ncbi.nlm.nih.gov/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/)

**ÖĞRENCİLERİN BAKIM PLANLARINDA HEMŞİRELİK SÜRECİ VE NANDA TANILARINI KULLANMA DURUMLARI**

*THE STATUS OF STUDENTS' USE OF NURSING PROCESS AND NANDA DIAGNOSES IN THEIR CARE PLANS*

**Fadime GÖK ÖZER**      **Nevin KUZU**

Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksek Okulu

**Anahtar Sözcükler:** klinik uygulama, bakım planı, NANDA tanıları, hemşirelik öğrencileri

**Key Words:** clinical practice, nursing care plan, NANDA diagnoses, nursing students

Bu çalışma III. Uluslararası, X. Ulusal Hemşirelik Kongresinde (7-10 Eylül 2005) sunulmuştur.

**ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışma, Denizli Sağlık Yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik süreci ve Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği Hemşirelik Tanılarını hasta bakımında kullanma durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırma olarak yapılmıştır.

**Gereç Yöntem:** Araştırmanın evrenini Denizli Sağlık Yüksekokulunda, 2004-2005 öğretim yılında öğrenim gören 2. sınıf öğrencilerinin tamamı oluşturmuş, örneklem seçimine gidilmemiştir. Bakım planlarının araştırma için değerlendirilmesini kabul eden 37 öğrenci, bakım planlarını teslim etmiştir. Toplam 386 bakım planı değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin bakım planları İç hastalıkları ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersine aittir. Öğrenciler bakım planlarında 386 vakada, 58 farklı hemşirelik tanısı koymuş olup, toplam tanı sayısı 1518'dir. Öğrencilerin Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntülerine göre en fazla veri topladığı alanlar sırasıyla, sağlığı algılama, beslenme-metabolizma, bilişsel algısal örüntüdedir. En fazla konulan tanı enfeksiyon riski (%15.4), beslenmede örüntüsünde değişim (%9.3), solunum fonksiyonlarında değişim (%8.9)'dir. Bakım planlarında % 65.6'sı tanımlayıcı özellikleri, % 64.1'i ilişkili faktörleri, % 68.8'i sonuç kriterlerini, %32.7'si planlama/uygulamayı, % 46.0'ı değerlendirme bölümlerini yeterli olarak değerlendirmiştir.

**Sonuç ve Öneriler:** Öğrencilerin hemşirelik tanılarını belirleyebilme, tanımlayıcı özellikler, ilişkili faktörler, sonuç kriterleri, planlama/uygulama ve



değerlendirme oranları orta düzeydedir. Öğrencilerde hemşirelik süreci uygulama becerisini geliştirmek için, her sistemin sonunda tanımlarla ilgili örnek vaka verilip, NANDA tanılarına yönelik becerilerini geliştirmeleri sağlanmalıdır.

### SUMMARY

**Purpose:** *This descriptive and cross-sectional study was conducted for the purpose of determining the status of Denizli School of Health nursing students' use of North American Nursing Diagnosis and nursing process in their care of patients.*

**Material and Method:** *The research population was composed of all of the 2nd year nursing students during the 2004-2005 school year at Denizli School of Health. No sampling was used as the entire population was included. There were 37 students who agreed to allow their care plans to be evaluated for the research. A total of 386 care plans that were given for evaluation.*

**Results:** *Number and percentage were used in the data analysis. The students' care plans were for Medical and Surgical Nursing classes. On the care plans for 386 patients the students used 58 different nursing diagnoses for a total of 1518 diagnoses. The areas that students collected the most data about according to Gordon's functional health patterns were, respectively, health perception, nutritional-metabolic, and cognitive-perceptual. The most frequently used diagnoses were risk of infection (15.4%), altered pattern of nutrition (9.3%), and altered respiratory function (8.9%). On the care plans 65.6% of the defining characteristics, 64.1% of the related factors, 68.8% of the outcome criteria, 32.7% of the planning/implementation, and 46.0% of the evaluation sections were evaluated as sufficient.*

**Conclusion and Recommendations:** *The students' ability to determine nursing diagnoses, defining characteristics, related factors, outcome criteria, planning/implementation and evaluation was at the middle level. To develop the students' skill in implementing nursing process at the conclusion of every system they need to be given sample cases with related diagnoses that will help them improve their ability to use North American Nursing Diagnosis.*

### GİRİŞ

Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin bakımının sürdürülmesinde hemşire ve öğrenci hemşireye sistematik bir bakış açısı kazandırır. Ayrıca, sağlık personelinin aktivitelerinin hasta merkezli planlanması ve uygulanmasını sağlarken, personelin hastalarla çalışırken neyin yapılacağına karar vermek için, düzenli düşünme, analiz ve planlamaya cesaretlendirir (Corder 1998). Hemşirelik süreci; veri toplama, hemşirelik tanısı koyma, sonuç kriterlerinin belirlenmesi, planlama/uygulama ve değerlendirme olmak üzere beş aşamayı içermektedir (Corder 1998; Birol 2004)

Hemşirelik sürecinin öğretilmesi ve uygulanmasında çoğu zaman sıkıntılar ifade edilmektedir. Powelson ve ark. (2000), yetersiz bilgi, uygulama ortamında nadiren standardize hemşirelik dilinin kullanıldığının gözlenmesi, fakültelerde fikir birliğinin olmaması ve kritik düşünmenin sınırlı olması gibi nedenlerle standardize hemşirelik dilinin kullanılmadığını belirtmişlerdir.

Öğrencilerin, klinik uygulamalarda hemşirelik sürecinin farklı aşamalarında ya da tamamında zorlandığı görülmektedir. Güner (2000) yaptığı çalışmada, hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin örnek vakalarda yeterli düzeyde hemşirelik tanımlarını belirleyemediklerini, tıbbi tanıyı hemşirelik tanısı olarak yazdıklarını, hemşirelik girişimleri ile çözümlenemeyecek tıbbi problemlere odaklandıklarını ve hemşirelik alanına giren problemleri tam olarak ayırt edemediklerini saptamıştır. Güner'in sonuçlarının aksine Kaya ve ark. (2004), hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin; hazırladıkları hasta bakım planlarında beklenen hasta sonuçlarının söz konusu hemşirelik tanısına yönelik ve ulaşılabilir olduğunu, planlanan hemşirelik girişimlerinin beklenen hasta sonuçlarına yönelik ve sorunu çözümlenebilecek derecede yeterli saptayabildiklerini belirlemişlerdir. Babadağ ve ark.'nın (2004) çalışmasında, örnek vakalar üzerinde çalışma yapıldığı, öğrencilerin hemşirelik tanımlarını belirleyebilmelerine karşın doğru hemşirelik tanımlarındaki oranların istenilen düzeyde olmadığı, bu nedenle klinik ortamda, gerçek vakalarla yapılan çalışmaların artırılması gerektiği belirtilmektedir.

Bu çalışma, Denizli Sağlık Yüksekokulu 2.sınıf hemşirelik öğrencilerinin, bakım planlarında Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği Hemşirelik Tanımlarını (NANDA) hasta bakımında kullanarak hemşirelik sürecini uygulama durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Evren ve Örneklem:** Araştırmanın evrenini Denizli Sağlık Yüksekokulunda, 2004-2005 öğretim yılında öğrenim gören, İç Hastalıkları Hemşireliği ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği derslerini programına alan, 2. sınıf öğrencilerinin tamamı oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden evren üzerinde çalışılmıştır.

**Veri Toplama Aracı:** Yüksekokulumuzda 1999-2000 güz yarısında, öğrencilerin hasta bakımında kullandıkları veri toplama formu güncellenmiştir. Veri toplama formunda Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örgütüleri (Gordon 2003, Carpenito LJ 1999) ve fiziksel muayene bulguları yer almaktadır. Uygulamalı derslerin teorik anlatımı sırasında hemşirelik sürecinin öğretilmesinde, her sistemin arkasından örnek vakada konuya ilişkin NANDA tanımları öğretilmeye başlanmıştır. Öğrencilere tanımlama aşaması, doğrudan NANDA tanı ifadeleri kullanı-

arak öğretildiği için, bakım planlarında NANDA tanı ifadelerini doğru kullanmaları beklenmiştir.

Araştırma için kullanılan veri toplama formunda, öğrencinin hangi dersi aldığı, aldığı derse ait teorik ve klinik başarı notu, dersi kaçınıcı kez aldığı, verdiği bakım planının kaçınıcı haftaya ait olduğu, hangi hastane ve hangi serviste bakım planını hazırladığı, bakım planı hazırladığı hastasının tanısı gibi bilgiler yer almaktadır.

Öğrencilerin her bir hastası için koyduğu NANDA tanı sayısı ve hangi tanıları koyduğu değerlendirilmiştir. Değerlendirilen bakım planlarında, hemşirelik sürecinin bütün aşamaları göz önüne alınmıştır. Veri toplama formunun Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri bölümünde aşağıdaki alt alanlar yer almaktadır: Sağlık algılama-sağlığın yönetimi, beslenme-metabolizma, boşaltım, aktiviteyi sürdürme, bilişsel-algısal örüntü, benlik kavramı, rol-ilişki örüntüsü, cinsellik-üreme, baş etme-stres toleransı, değerler-inanç, güvenlik-korunma ve rahatlaktır (Carpenito 1999, Gordon 2003). Bu alt alanlara göre her bir alanda, veri toplama durumu "yeterli", "kısmen yeterli" ve "yetersiz" olarak gruplandırılmıştır. İncelenen bakım planlarında, tanımlayıcı özelliklerin konulan NANDA tanısına ve hastaya özelleştirilip özelleştirilmediği; ilişkili faktörlerin hastanın hemşirelik ve tıbbi tanısına uygun yazılıp yazılmadığı; beklenen hasta sonuçlarının hemşirelik tanısına; hemşirelik girişimlerinin, hemşirelik tanısına ve hasta sonuçlarına yönelik olup olmadığı; değerlendirme bölümünün beklenen hasta sonuçları ile ilişkilendirip ilişkilendirilmediğine bakılmıştır. Konulan her bir tanı ile ilgili tanımlayıcı özellikler, ilişkili faktörler, sonuç kriterleri, planlama/uygulama ve değerlendirme aşamaları yukarıdaki kriterlere göre yeterli, kısmen yeterli ve yetersiz olarak gruplandırılmıştır. Öğrencilerin bakım planlarını hazırladığı hastaları öğretim elemanları uygulama sırasında öğrencilerle birlikte birebir takip etmişlerdir. Bu nedenle öğrencilerin bakım planlarında yazmış oldukları veri toplama ve hemşirelik tanılarına yönelik ifadelerin doğruluğunu kontrol etme imkanı bulunmuştur.

**Verilerin Toplanması:** Öğrencilere, ilk klinik uygulama haftasından son klinik uygulama haftasına kadar, İç Hastalıkları ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersinin bakım planlarında her hafta yazılı ve/veya sözlü olarak doğruları ve yanlışları konusunda geri bildirim verilmiştir. Araştırmanın verilerinin elde edildiği Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'ne çalışmanın amaç ve kapsam içeriği ile ilgili bilgi verilerek izin alınmıştır. Örneklem grubunu oluşturan öğrencilere, dersin öğretim elemanı olan araştırmacılar tarafından, her iki dersin teorik ve klinik değerlendirme notları verildikten sonra, çalışmanın amaç ve yararları açıklanmıştır. Öğrencilerden araştırmaya katılmaya isteklilik, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek onamları alınmıştır. Bakım planlarının araştırma için değerlendirilmesini kabul eden 37 öğrenci, tüm formlarını (veri toplama +hasta bakım

planı) teslim etmiştir. Her bir öğrencinin, 1-15 arasında değişen, toplam 387 bakım planı değerlendirmeye alınmıştır. Teslim edilen bakım planlarından bir tanesi, değerlendirilemeyecek kadar karmaşık olması nedeniyle iptal edilmiştir. Değerlendirmeye toplam 386 bakım planı alınmıştır. Öğrenciler bakım planlarında 348 farklı vakada toplam 386 bakım planı yapmışlardır. Vaka sayısı ve bakım planı sayısının farklı olmasının nedeni, bazı hastaların uzun süre yatmaları ve aynı hastalara farklı öğrencilerin tekrar bakım planı hazırlamalarından kaynaklanmıştır. Bu vakalarda 58 farklı hemşirelik tanısı konulmuş olup, toplam tanı sayısı 1518'dir.

Veriler bilgisayar ortamında, sayı ve yüzde ile değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrenciler bakım planlarının %58.5'ini İç Hastalıkları Hemşireliği, %41.5'ini Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği dersinde; % 45.1'ini dahiliye servislerinde, % 32.9'unu cerrahi servislerinde, % 22.0'sini yoğun bakım servislerinde hazırlamıştır. Bakım planı hazırladıkları hastaların tıbbi tanıları sıklık sırasıyla en fazla kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%10.4), diabetes mellitus (%9.1), kan hastalıkları (% 7.3), kalp yetmezliği ve hipertansiyon(%6.0), kronik böbrek yetmezliğidir (%6.2). Öğrencilerin en fazla bakım planını, klinik uygulamalarının 4. haftasında (%13.2) yaptığı, %56.0'sının ders başarı ve %73.8'inin klinik başarı notunun "BI (75-84)" olduğu, %5.4'nün dersi ikinci kez aldığı görülmüştür

**Tablo 1.** Öğrencilerin Bakım Planlarında Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Veri Toplama Durumlarının Dağılımı

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri	Veri toplama * (N=386)		
	Var Sayı (%)	Kısmen var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
Sağlığı algılama	206 (53.4)	60 (15.5)	120(31.1)
Beslenme-metabolizma	204 (52.8)	66(17.1)	116(30.1)
Bilişsel-algısal örüntü	175 (45.3)	76(19.7)	135(35.0)
Enerjiyi sürdürme	112 (29.0)	140(36.3)	134(34.7)
Eliminasyon	67(17.4)	197(51.0)	122(31.6)
Rol ve ilişki örüntüsü	63(16.3)	99(25.6)	224(58.0)
Kendini algılama	56(14.5)	75(19.4)	255(66.1)
Rahatlık	49(12.7)	106(27.5)	231(59.8)
Cinsellik	30(7.8)	53(13.7)	303(78.5)
Başetme	28(7.3)	70(18.1)	288(74.6)
Değerler- inanç	6(1.6)	19(4.9)	361(93.5)
Güvenlik- korunma	12(3.1)	33(8.5)	341(88.3)

\* Gordon'un her bir fonksiyonel sağlık örüntüsü için satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 1’de öğrencilerin bakım planlarında Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre veri toplama durumları verilmiştir. Öğrencilerin veri toplamada en yeterli olduğu alanlar, sırasıyla sağlığı algılama (%53.4), beslenme ve metabolizma (%52.8), bilişsel-algısal örüntüleridir (%45.3). En az veri toplanan alanlar, değerler-inanç (%1.6), güvenlik-korunma (%3.1) baş etme (%7.3) ve cinselliktir (%7.8).

**Tablo 2.** Öğrencilerin Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hastalarına Koydukları NANDA Tanılarının Dağılımı

<b>Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri/ NANDA tanıları *</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
1.Sağlığı algılama**		
2.Beslenme- Metabolizma		
Beslenme örüntüsünde değişim	144	9,5
Enfeksiyon riski	255	16,8
Enfeksiyon	41	2,7
Enfeksiyon bulaştırma riski	11	0,7
Sıvı volüm fazlalığı	24	1,6
Sıvı volüm defisiti	22	1,4
Sıvı volüm defisiti riski	22	1,4
<b>3.Eliminasyon</b>		
Konstipasyon	71	4,7
Konstipasyon riski	32	2,1
Üriner boşaltım örüntüsünde değişim	19	1,3
<b>4. Aktivite Egzersiz</b>		
Aktivite intoleransı	80	5,3
Fiziksel harekette bozulma	5	0,3
Uyku alışkanlığında bozulma	106	7,0
Öz bakım defisiti	58	3,8
Yorgunluk	50	3,3
Solunum fonksiyonunda değişim	136	9,0
Solunum yolunu temizlemede etkisizlik	30	2,0
<b>5. Bilişsel-algısal örüntü</b>		
Bilgi eksikliği	16	1,1
<b>6. Kendini algılama</b>		
Beden imajında bozulma	6	0,4
<b>7.Rol-ilişki **</b>		
<b>8.Cinsellik-üreme**</b>		
<b>9. Başetme stres toleransı</b>		
Anksiyete	33	2,2
<b>10.Değer-İnanç**</b>		
<b>11. Güvenlik-korunma</b>		
Travma riski	64	4,2
Oral mukoz mebranda değişim	29	1,9
Deri bütünlüğünde bozulma riski	87	5,7
<b>12. Rahatlık</b>		
Ağrı	140	9,2
<b>Birleştirilmiş diğer tanımlar***</b>	37	2,4
<b>Toplam</b>	<b>1518</b>	<b>100,0</b>

\* NANDA tanıları kaynakçadaki Gordon 2003’e göre sınıflanmıştır.

\*\*Sağlığı algılama, rol-ilişki ve diğer alanlarda daha az sıklıkta belirlenen bazı tanımlar, birleştirilmiş tanımlar içine alınmıştır. Cinsellik-üreme, değer inanç alanlarında konulan tanı yoktur.

\*\*\*Birleştirilmiş tanımlar sözel iletişimde yetersizlik, terapötik rejimi inefektif yönetim, spontan ventilasyonu sürdürmede yetersizlik, oral müköz membranda kuruluk, aspirasyon riski, disuse sendromu, stres inkontinans, etkisiz baş etmedir.

Tablo 2’de Öğrencilerin hastalarına koydukları tanımların sıklıklarının dağılımı görülmektedir. Öğrencilerin en fazla koyduğu tanımlar beslenme-metabolizma alanında enfeksiyon riski (%16,8), beslenme örüntüsünde değişim (%9,5), enfeksiyon (%2,7); aktivite egzersiz alanında, solunum fonksiyonunda değişim (%9,0), uyku örüntüsünde değişim (%7,0), öz bakım defisiti (% 3,8), yorgunluk (%3,3); güvenlik korunma alanında deri bütünlüğünde bozulma riski (%5,7), travma riski (%4,2); rahatlık alanında rahatta değişim-acı (%9,2); eliminasyon alanında konstipasyon (%4,2)’dur.

Tablo 3’de öğrencilerin koydukları tanımlara göre tanımlayıcı özellik, ilişkili faktör, sonuç kriteri, planlama/uygulama, değerlendirme yapabilme durumları verilmiştir. Tüm tanımlara yönelik tanımlayıcı özelliklere %65.6’sı, ilişkili olduğu faktörlere %64.1’i, sonuç kriterlerine %68.8’i, planlama/uygulamaya %32.7’si, değerlendirmeye %46.2’si yeterli yer vermiştir. Öğrenciler yalnızca tek tanımda (sıvı volüm defisiti riski) tanımlayıcı özellik, ilişkili faktör, sonuç kriteri, planlama/uygulama, değerlendirme aşamalarını diğer tanımlara göre daha yeterli değerlendirmişlerdir. Her bir tanı için tanımlayıcı özellikleri belirleyebilmelerine göre planlama/uygulama aşamasında yeterli değerlendirme oranı daha düşüktür.

## TARTIŞMA

Hemşirelik tanısının belirlenmesi süreci, sistematik ve kritik düşünmeyi gerektirir. Bu düşünme sürecinde öğrencinin belleğindeki bilgi ve deneyiminden yararlanarak topladığı verilere olası açıklamaları getirmesi gerekir. Doğru ve güvenli bakımın sağlanması için, yeterli veri toplanması gerekmektedir (Bırol 2004). Bu çalışmada öğrencilerin en fazla veri topladığı alanlar, sağlığı algılama, beslenme ve metabolizma ve bilişsel-algısal örüntüde, en az veri toplanan alanlar, değerler-inanç, güvenlik-koruma, baş etme ve cinselliştir. Yeterli veri toplanan alanlarda, öğrencilerin %50 civarında yeterli veri topladığı görülmektedir. Hemşirelik süreci birbirine bağımlı ve birbirini takip eden aşamalardan oluştuğundan, bu oranın orta düzeyde olması, hemşirelik sürecinin tanımlama ve diğer aşamaları için düşündürücüdür.

**Tablo 3.** Öğrencilerin Koydukları Tanılara Göre Tanımlayıcı Özellik, İlişkili Faktör, Sonuç Kriteri, Planlama Ve Uygulama, Değerlendirme Yapabilme Durumları

Tüm tanılar	T* Sayı	Tanımlayıcı özellik			İlişkili faktör			Sonuç kriteri			Planlama/uyguama			Değerlendirme		
		Yeterli (%)	Kısmen yeterli (%)	Yetersiz (%)	Yeterli (%)	Kısmen yeterli (%)	Yetersiz (%)	Yeterli (%)	Kısmen yeterli (%)	Yetersiz (%)	Yeterli (%)	Kısmen yeterli (%)	Yetersiz (%)	Yeterli (%)	Kısmen yeterli (%)	Yetersiz (%)
<b>1 Sağlığı algılama**</b>																
<b>2. Beslenme- metabolik</b>																
Enfeksiyon riski	255	64,3	25,5	10,2	69,4	24,7	5,9	75,7	20,4	3,9	31,4	63,1	5,5	44,3	38,8	16,9
Enfeksiyon	41	80,5	12,2	7,3	61,0	31,7	7,3	63,4	29,3	7,3	43,9	56,1	--	48,8	39,0	12,2
Enfeksiyon bulaştırma riski	11	27,3	18,2	54,5	36,4	45,5	18,2	36,4	27,3	36,4	18,2	45,5	36,4	--	9,1	90,9
Sıvı volüm fazlalığı	24	62,5	29,2	8,3	50,0	45,8	4,2	41,7	45,8	12,5	33,3	62,5	4,2	29,2	45,8	25,0
Sıvı volüm defisiti	22	36,4	40,9	22,7	31,8	45,5	22,7	45,5	36,4	18,2	18,2	59,1	22,7	22,7	45,5	31,8
Sıvı volüm defisiti riski	22	81,8	13,6	4,5	86,4	13,6	--	86,4	9,1	4,5	68,2	22,7	9,1	81,8	9,1	9,1
Beslenmede değişim	144	63,2	27,1	9,7	62,5	30,6	6,9	61,1	32,6	6,3	32,6	54,2	13,2	43,1	36,1	20,8
<b>3.Eliminasyon</b>																
Konstipasyon	71	62,0	23,9	14,1	49,3	42,3	8,5	62,0	28,2	9,9	25,4	60,6	14,1	42,3	32,4	25,4
Konstipasyon riski	32	56,3	28,1	15,6	65,6	25,0	9,4	78,1	15,6	6,3	53,1	34,4	12,5	59,4	25,0	15,6
Üriner boşaltım örüntüsünde değişim	19	57,9	31,6	10,5	52,6	36,8	10,5	63,2	15,8	21,1	15,8	68,4	15,8	(26,3	42,1	31,6
<b>4. Aktivite Egzersiz</b>																
Aktivite intoleransı	80	71,3	18,8	10,0	61,3	23,8	15,0	63,8	30,0	6,3	25,0	68,8	6,3	45,0	37,5	17,5
Fiziksel harekette bozulma	5	40,0	20,0	40,0	60,0	40,0	--	40,0	40,0	20,0	20,0	60,0	20,0	60,0	20,0	20,0
Uyku örüntüsünde değişim	106	73,6	18,9	7,5	72,6	18,9	8,5	79,2	18,9	1,9	33,0	55,7	11,3	51,9	30,2	17,9
Öz bakım defisiti	58	79,3	13,8	6,9	62,1	31,0	6,9	72,4	20,7	6,9	27,6	65,5	6,9	46,6	34,5	19,0
Yorgunluk	50	62,0	24,0	14,0	54,0	38,0	8,0	64,0	24,0	12,0	18,0	66,0	16,0	48,0	34,0	18,0
Solunum	136	64,0	25,7	10,3	69,9	24,3	5,9	69,9	24,3	5,9	27,9	62,5	9,6	38,2	43,4	18,4

fonksiyonunda değişim																
Solunum yolunu temizlemede etkisizlik	30	73,3	23,3	3,3	80,0	20,0	--	60.0	40.0	--	50.0	43.3	6.7	46.7	43.3	10.0
<b>5. Bilişsel-algısal örüntü</b>																
Bilgi eksikliği	16	56,3	18,8	25,0	31,3	31,3	37,5	50.0	50.0	--	25.0	62.5	12.5	18.8	62.5	18.8
<b>6. Kendini algılama</b>																
Beden imajında bozulma	6	50,0	33,3	16,7	50,0	50,0	--	66.7	33.3	--	50.0	33.3	16.7	16.7	50.0	33.3
<b>7.Rol-ilişki **</b>																
<b>8.Cinsellik-üreme**</b>																
<b>9. Başetme stres toleransı</b>																
Anksiyete	33	69,7	21,2	9,1	48,5	36,4	15,2	51.5	42.4	6.1	18.2	66.7	15.2	39.4	39.4	21.2
<b>10.Değer-İnanç**</b>																
<b>11. Güvenlik-korunma</b>																
Travma riski	64	57,8	34,4	7,8	73,4	20,3	6,3	78.1	14.1	7.8	40.6	46.9	12.5	62.5	17.2	20.3
Oral müköz mebranda değişim	29	65,5	24,1	10,3	65,5	20,7	13,8	65.5	24.1	10.3	48.3	34.5	17.2	55.2	37.9	6.9
Deri bütünlüğünde bozulma riski	87	54,0	32,2	13,8	57,5	28,7	13,8	54.0	32.2	13.8	34.5	49.4	16.1	40.2	28.7	31.0
<b>12. Rahatlık</b>																
Rahatta değişim/ağrı	140	77,1	16,4	6,4	71,4	20,7	7,9	84.3	10.7	5.0	40.0	54.3	5.7	62.9	22.1	15.0
<b>birleştirilmiş diğer tanılar</b>	37	59,5	32,4	8,1	59.5	24.3	16.2	70.3	16.2	13.5	29.7	59.5	10.8	40.5	29.7	29.7
Toplam sayı (%)	1518 (100.0)	<b>65,6</b>	24,0	10,4	<b>64.1</b>	27.2	8.7	<b>68.8</b>	24.2	7.0	<b>32.7</b>	57.2	10.1	<b>46.2</b>	34.1	19.8

\*T= Toplam, her bir satırda konulan toplam tanı sayısını göstermektedir.

\*\*Sağlığı algılama, rol-ilişki ve diğer alanlardaki az sayıda belirlenen tanılar birleştirilmiş tanılar içine alınmıştır. Cinsellik-üreme, değer inanç alanlarında konulan hiçbir tanı yoktur.



Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre, en fazla beslenme-metabolizma, aktivite egzersiz, güvenlik korunma, rahatlık ve eliminasyon alanında tanı konulmuştur. NANDA hemşirelik tanılarına göre, öğrencilerin en fazla koyduğu tanılar enfeksiyon riski, beslenme örüntüsünde değişim, enfeksiyon, solunum fonksiyonunda değişim, uyku örüntüsünde değişim, öz bakım defisiti, yorgunluk, deri bütünlüğünde bozulma riski, travma riski, rahatta değişim-ağrı ve konstipasyondur. Bu çalışmadaki sonuçlar, farklı örneklem grubundaki benzer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Altun (2000) birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin Hemşirelik Esasları klinik uygulamasında, hastalarına hazırladıkları bakım planlarını değerlendirmiştir. Öğrencilerin bakım planlarında sık kullanılan tanılar uyku alışkanlığında bozukluk, deri bütünlüğünde bozulma riski, yaralanma riski, total öz bakım eksikliği, fiziksel harekette bozukluk, beslenme, boşaltım alışkanlığında ve solunum fonksiyonlarında değişimdir. Altunsaray ve ark. (2003), takip ettikleri 121 hemodiyaliz hastasında kullandıkları hemşirelik tanımlarını değerlendirmişlerdir. Bu hastalarda en sık kullanılan tanımlar enfeksiyon riski ve doku bütünlüğünde bozulmadır. Özkan ve ark. (2002) abdominal cerrahi girişim geçiren 22 hasta da kendilerinin hazırlayıp uyguladıkları hemşirelik bakım planlarını değerlendirmişlerdir. Bu değerlendirmede en sık akut ağrı, enfeksiyon riski, fiziksel mobilitede bozulma tanısını koymuşlardır. Öztürk ve ark. (2003), serebrovasküler olay geçirmiş olan 37 hastada öz bakım defisiti sendromu, enfeksiyon riski ve travma riski tanımlarını daha sık kullanmışlardır. Erdemir (2003), çocuk sağlığı ve hastalıkları dersinde öğrencilerin 569 hasta için hazırladıkları bakım planlarını incelemiştir. Bakım planlarında da en sık kullanılan tanımlar, beslenmede değişim, gereğinden daha az beslenme, beden ısısında değişim riski, anksiyete ve rahatta değişimdir. Güner ve Terakye (2000), Türkiye'deki beş hemşirelik yüksekokulunun son sınıfında okuyan 196 öğrenciye, 20 örnek klinik örnek vaka vererek bu vakalardaki hemşirelik tanımlarını belirlemelerini istemiştir. Bu örnek vaka çalışmasında da en fazla konulan tanımlar uyku alışkanlığında bozulma, sosyal izolasyon ve enfeksiyon riskidir. Çalışmada literatürdeki diğer çalışmalarda olduğu gibi öğrencilerin kullandığı tanımların daha çok bireyin fizyolojik boyutu ile ilgili tanımlar olduğu dikkati çekmektedir.

En az veri toplanan alanlardan güvenlik-koruma alt alanı dışındaki, değerler-inanç, baş etme, cinsellik ile ilgili alanlarda veri toplamaya paralel olarak tanı da konulmamıştır. Çalışmamızdaki bu bulgular literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Babadağ ve ark.'nın (2004) spinal kord yaralanmalı bir örnek vaka üzerinde yapmış oldukları çalışmada literatürde yer alması gerektiğinin belirtilmesine rağmen öğrencilerin cinsel işlev bozukluğu ve bireysel baş etme ile ilgili

hemşirelik tanılarına yer vermedikleri belirtilmektedir. Öğrenci hemşirelerin sıklıkla kullandığı hemşirelik tanılarını saptamak amacıyla yapılan diğer bir çalışmada da inanç ve değerler, bireysel baş etme ve cinsellikle ilgili tanıların yer almadığı görülmektedir (Altun 2000). Aynı zamanda en sık kullanılan tanıların belirtildiği diğer çalışmaların hiç birisinde, bireysel baş etme, değer-inanç ve cinsellikle ilgili tanı konulduğuna dair bilgi bulunmamaktadır (Altunsaray ve ark. 2003, Özkan ve ark. 2003, Öztürk ve ark. 2003, Güner ve Terakye 2000). Bu alanların daha çok soyut kavramlar ve hastaların mahremiyetine giren konuları içermesi, öğrencilerin de bu kavramlara yönelik bilgi eksikliklerinin olabileceği neden olarak düşünülebilir.

NANDA hemşirelik tanısı sınıflandırma sistemini kullanabilme, eleştirel düşünme gücünün yanı sıra hastalıklar konusunda bilgi ve deneyimi de gerektirmektedir. Öğrenciler ilk defa hemşirelik süreci ve hemşirelik tanıları ile Hemşirelik Esasları dersinde tanışmaktadır. Daha sonra İç Hastalıkları ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği derslerinde, hastalık bilgisi aldıklarından, koydukları tanıların yeterli olduğu ve mevcut vakalara uygun tanıları belirlendikleri düşünülmektedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu çalışmada en az veri toplanan alanların; değerler-inanç, baş etme, cinsellik olduğu, hastalara konulan hemşirelik tanılarının mevcut vakalara uygun ve daha çok bireyin fizyolojik boyutu ile ilgili olduğu saptanmıştır. Tanımlayıcı özellik, sonuç kriteri, ilişkili faktör, planlama/uygulama, değerlendirme düzeyi ile ilgili yeterli değerlendirme oranı orta düzeyde değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın sınırlılığı, sonuçlarının yalnızca Denizli Sağlık Yüksekokulu öğrencilerine genellenebilmesidir. Güçlü yönü ise, öğrencilerin hazırladıkları bakım planlarındaki vakaların doğrudan araştırmacılar tarafından da, klinikte takip edilen vakalar olması nedeniyle bu vakalarda konulan tanılarının yeterli olup olmadığının daha net değerlendirilebilmesidir.

Öğrencilerde hemşirelik süreci uygulama becerisini geliştirmek için, her sistemin sonunda örnek vaka verilip, NANDA tanılarına yönelik uygulama becerileri geliştirmeleri sağlanmalıdır. Hemşirelikte standart bir dilin kullanımı için, NANDA tanılarının yanısıra Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC), ve Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (NOC)'un öğretilmesi ve uygulamaların yönlendirilmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Altun İ. Öğrenci hemşirelerin bakım planlarında sıklıkla kullandıkları hemşirelik tanıları. 1st. International & 8th National Nursing Congress. Antalya, Turkey, 29 October-2 November 2000 (poster presentation), 97-98.
2. Altunsaray E, Demirtaş I, Kaya D ve ark (2003). Hemodiyaliz hastalarında kullanılan hemşirelik tanıları. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu. Ankara, Türkiye, (sözel bildiri), 47-48.
3. Babadağ K, Kaya N, Esen F. (2004). Öğrencilerin NANDA hemşirelik tanılarını belirleme durumlarının saptanması. Hemşirelik Forumu, 7: 3, 37-41.
4. Birol L (2004). Hemşirelik Süreci. Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 6.Basım, İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd., İzmir.
5. Corder J (1998). Nursing process as a therapeutic frameworks. In: DeLaune S C, Ladner P K, eds. Fundamentals of Nursing Standards & Practice. Albany, Newyork, Delmar Publishers, 297-306.
6. Carpenito J L (1999). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Erdemir F (çev)., 7. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
7. Erdemir F (2003). Utilization of nursing diagnoses by students during a pediatring nursing course in Turkey. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 14: 4 Supplement, October-December, 2003, 59.
8. Gordon M.(2003). Diagnostic categories grouped by functional health patterns. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu. Ankara, Türkiye, 6-7 Haziran, (sözel bildiri).
9. Güner P, Terakye G. (2000). Hemşirelik yüksekokulları son sınıf öğrencilerinin hemşirelik tanılarını belirleyebilme düzeyleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4: 19, 9-15.
10. Kaya N, Kaya H, Babadağ K (2004). Öğrencilerin hemşirelik süreci formlarının planlama aşamasının incelenmesi. İstanbul Üniversitesi F. N. H. Y. O. Dergisi, 13: 52, 79-90.
11. Özkan E, Kaya Z, Güllen F ve ark (2003). Abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda kullanılan hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu. Ankara, Türkiye, 6-7 Haziran (sözel bildiri), 23-24.
12. Öztürk F, Avcı Y, Şahin M ve ark (2003). Serebrovasküler olay geçirmiş olan hastalarda kullanılan hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve hemşirelik sonuçları. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu. Ankara, Türkiye, 6-7 Haziran, (sözel bildiri), 45-46.
13. Powelson S A, McGahan S A, Wilkinson J M. (2000). Where to start? Introducing standardized nursing languages in educational settings. Nursing Diagnosis, 11: 3, 135-138.

---

**MEME VE SERVİKS KANSERİNDE ERKEN TANI DAVRANIŞLARINI  
ETKİLEYEN PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER**

*PSYCHOSOCIAL FACTORS INFLUENCING EARLY DETECTION BEHAVIORS IN  
BREAST AND SERVICAL CANCER*

**Olca ÇAM      Aysun BABACAN GÜMÜŞ**

E. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD Bornova / İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Meme kanseri, serviks kanseri, erken tanı, tarama, psikososyal faktörler

**Key Words:** Breast cancer, servical cancer, early detection, screening, psychosocial factors.

---

**ÖZET**

Kanserde erken tanı amacıyla dünyada bilinen ve uygulanan en yaygın yaklaşımlar tarama programlarıdır. Bu programların amacı, farkındalık yaratmak ve erken tanının önemini anlaşılmasını sağlamaktır. Meme ve serviks kanseri, ülkemizde kadınlarda en sık görülen iki kanser türü olmakla beraber bu iki kanser türünde erken tanı yaklaşımı çok başarılıdır. Ancak birçok toplumda olduğu gibi ülkemizde de meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik tarama davranışlarını yerine getirme oranları oldukça düşük düzeydedir. Sosyokültürel yapı içindeki bilgi, inanç ve tutumlar kadınların erken tanı davranışlarını ve kanser tarama programlarına katılımını etkilemektedir. Bu nedenle kanserde erken tanıya yönelik tarama hizmetlerinin bireylerin psikolojik ve sosyokültürel gereksinimlerine cevap veren bir yapı içinde sağlanması son derece önemlidir. Bu makalede, var olan literatüre dayanarak kadınların meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkileyen psikososyal faktörler ve bu faktörlerle ilgili olarak hemşirelik mesleğinin katkılarının neler olabileceği irdelenmiştir.

**SUMMARY**

*The most widely known and practiced approaches for the purpose of early detection in cancer in the world are screening programs. The purpose of these programs is to provide being known of the significance of awareness and early detection in cancer. Beside the breast and servical cancer are the most prevalent two types of cancer in females in our country; early detection attempt is also very successful in these two cancer types. But as it is in many countries, in our country the proportion of the participation of cancer screening programs is quite low. Knowledge, belief and attitudes within a sociocultural structure influences*

*women's early detection behaviours and participation in cancer screening programs. Therefore it is very crucial to provide the services for the early detection in cancer in a system that supplies the psychological and sociocultural needs of women. In this article, based on the current literature, the psychosocial factors influencing women's early detection behaviours in breast and servical cancer and related to these factors, what nursing assistances' contributions can be are examined.*

## **GİRİŞ**

Kanser çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biridir ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Bu açıdan kanserde erken tanı, hastalığın tedavisi ve kişinin yaşam süresini uzatma bakımından çok önemlidir. Kanser taramaları, erken tanı amacıyla sağlıklı bireylerde hiçbir belirti ve bulgunun olmadığı dönemde yapılan muayene ve incelemelerden oluşmaktadır. Meme ve serviks kanseri, kadınlarda en sık görülen iki kanser türü olmakla beraber, erken tanı yaklaşımının çok başarılı olduğu iki kanser türüdür (Gözüm ve Aydın 2004, Özmen 2004, Smith ve ark. 2003).

Günümüzde risk faktörlerine ilişkin korunma bilgileri dışında, kadınlarda meme ve serviks kanserinin önlenmesinde önerilen ve etkinliği kanıtlanmış birincil korunma yöntemi yoktur. Ancak ikincil korunma yöntemi olarak, yani başlamış olan karsinogenezis sürecini, henüz klinik bulgular ortaya çıkmadan yakalamak üzere önerilen ve geniş uygulama bulan yöntemler vardır. Meme kanserinde mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM), serviks kanserinde ise Pap smear kanserin erken tanılanmasını sağlayarak kansere bağlı ölümlerin önlenmesinde ve azaltılmasında hayati önem taşımaktadır (Fındık ve Turan 2004, Tuncer 2000, Secginli ve Nahcivan 2004). Ancak ülkemizde hem meme, hem de serviks kanserinin erken tanısına yönelik tarama davranışlarını yerine getirme oranları oldukça düşük düzeydedir (Aydın 2003, Bolsoy ve Şenol 2000, Çavdar ve ark. 2003, Ekizler 1994, Fındık ve Turan 2004).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda KKMM uygulama oranları, Aydın'ın (2003) yaptığı çalışmada %26.5, Fındık ve Turan'ın (2004) yaptığı çalışmada %7.3, Uzun ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada %31 olarak belirtilmiştir. Fındık ve Turan'ın (2004) yaptığı çalışmada tarama amaçlı mamografi yaptırma oranı %7.8, KMM yaptırma oranı ise %23.4'tür. Gray (1990) Amerikan Kanser Birliği'nin bir kamuoyu yoklamasına göre kadınların büyük çoğunluğunun KKMM'yi duyduğunu fakat daha önceki 1 yıl içinde sadece %18'inin her ay KKMM uyguladığını belirtmektedir. Kendi kendine meme muayenesi, uygulaması kolay, ucuz ve etkili bir yöntem olmasına rağmen, kadınların

KKMM uygulama oranları oldukça düşük düzeydedir. Ayrıca mamografi ve KMM yaptırma oranları da istenen düzeyde değildir.

Pap smear, serviks kanserinin erken tanınmasında kullanılan en etkin yöntem olmaya devam etmektedir. Pap smear, ideal bir tarama yönteminin birçok özelliğine sahiptir. Ucuzdur, kolay uygulanabilir ve hastalar tarafından kabul edilebilir bir yöntemdir. Toplum tarama yöntemi olarak uygulanması ile, mortalite oranı %90 oranında düşmektedir. Ancak birçok kadın serviks kanseri için taramanın değerini bilmesine rağmen, jinekolojik muayene prosedürü nedeniyle taramadan kaçınmaktadır (Fitch ve ark. 1998, Jennings-Dozier ve Lawrence 2000, Tuncer 2000). Ülkemizde kadınların serviks kanserinin erken tanısına ilişkin düzenli pap smear yaptırma oranları Bolsoy ve Şenol'un (2000) yaptığı çalışmada % 5.5, Ekizler'in (1994) yaptığı çalışmada % 2.2 olarak bildirilmiştir. Bu sonuçlar serviks kanseri için tarama yaptırma oranlarının istenen düzeyde olmadığını göstermektedir.

Dünyada ve ülkemizde yapılan birçok çalışmaya göre yoksulluk, tanı ve tedavi olanaklarına ulaşamama, maliyet, düşük eğitim düzeyi, bilgi eksikliği sağlığa ve kanser taramasına yönelik davranışları olumsuz olarak etkileyen faktörlerdir. Bununla birlikte sağlığa yönelik davranışlar ve kansere ilişkin inançlar, yaşam tarzlarıyla ilgili farklılıklardan, sosyal damgalamadan (stigma), toplumdaki üreme alışkanlıkları ve seksüel uygulamalar hakkındaki inanç ve tutumlardan da etkilenmektedir (Bolsoy ve Şenol 2000, Facione ve ark. 2000, Holdroy ark. 2004, Lu 1995, Mete 1994, Watts ve ark. 2004).

Her toplumda hastalıklardan korunmak, beden ve ruh sağlığını sürdürmek konusunda çeşitli bilgiler ve kazanılmış davranış biçimleri bulunmaktadır. Günümüzde hastalıkların tedavisinde modern tıp uygulamaları oldukça yaygınlaşmış, geleneksel tedavi yaklaşımları önemli ölçüde terk edilmiştir. Buna karşın bireyler sağlığı koruyucu davranışları yeterince uygulamamaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, bireylere koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılması yönündeki çalışmalar geleneksel yaklaşımları fazla değiştirememektedir (Baltaş 2004).

Psikososyal faktörler bireyde yapısal olarak bulunan ya da sonradan gelişen özellikleri kapsamaktadır. Bilgi, tutumlar, inançlar, algılar, değerler, beceriler, deneyimler, yetenek ve kişilik önemli psikososyal faktörlerdir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanır. Davranış değişimi ise sıklıkla başarılması ve sürdürmesi zor, karmaşık bir süreçtir. Yalnızca doğru sağlık bilgilerini iletmek, bireyleri doğru sağlık davranışına yöneltme-

mektedir. Bilginin hedef kişilere en üst düzeyde kazandırılması, onların bilişsel örüntülerinin düzeyiyle doğru orantılıdır. Günümüzün karmaşık yapıdaki modern toplumunda bilişsel yönlendirmelere hazırlık ve yeterlik açısından iletişimin başarısı bireylerin biyolojik, sosyal, kültürel, fiziksel ve ekonomik özellikleriyle doğrudan bağlantılıdır. Bu açıdan sağlık profesyonelleri bireylerin olumlu sağlık davranışlarını desteklemeye çalışırken psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin hepsi ile karşı karşıya gelirler (Özmen 2004).

Birçok ülkede yapılan çalışmalar sonucunda, kanser tarama programlarına katılımı arttırmak için, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin göz önünde bulundurulduğu multifaktöriyel bir yaklaşımın kullanılması gerektiği bildirilmiştir. Sosyokültürel yapı içindeki bilgi, inanç ve tutumlar bireylerin kanser tarama programlarına katılımını etkilemektedir. Kadınların sağlık inançları ve uygulamaları yaşadıkları sosyokültürel yapı içinde değerlendirilmelidir. Bu nedenle kanserde erken tanıya yönelik tarama hizmetlerinin bireylerin psikolojik ve sosyokültürel gereksinimlerine cevap veren bir yapı içinde sağlanması son derece önemlidir (Fitch 1998, Harlan 1991, Holdroy ve ark. 2004, Lu 1995, Mandelblatt ve ark 1999, Thomas 2004).

Bu yazının amacı, var olan literatüre dayanarak kadınların meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkileyen psikososyal faktörleri tanımlamak ve bu faktörlerle ilgili olarak hemşirelik mesleğinin katkılarının neler olabileceğini irdelemektir.

## **MEME VE SERVİKS KANSERİNDE ERKEN TANI DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER**

### **Meme ve serviks kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki inançlar**

Bireylerin sağlık ve hastalık algıları, onları hastalıkla ilgili gerçeklerden daha fazla etkilemektedir. Sağlık ve hastalığa ilişkin algılar, duygu ve düşünceler, psikolojik olarak bireylerin koruyucu sağlık davranışlarına açık olup olmadığını belirlemektedir (Baltaş 2004, Holdroy ve ark. 2004). Watts ve ark.'nın (2004) çalışmasında, Güney Asyalı kadınların bedeninin özel kısımları hakkında konuşmayı rahatsız edici buldukları belirtilmektedir. Harlan (1991) ise yaptığı çalışmada, kadınların gerekli olduğuna inanmadıkları için servikal kansere ilişkin tarama yaptırmadıklarını bildirmiştir. Bununla birlikte literatürde, kadınların servikal kanserle ilgili riskleri; çok eşli, rastgele cinsel yaşama sahip olma ve kendilerinin veya eşlerinin yetersiz kişisel hijyeniyle bağlantılı olarak değerlendirdikleri belirtilmiştir (Holdroy ve ark. 2004 Fernandez ve ark. 1999, Watts ve ark. 2004).

Sağlık İnanç Modeline göre, bireyler eğer bir hastalığa yatkın olduklarına ve hastalığın ciddi olduğuna inanırlarsa, sağlıkla ilgili davranışları gerçekleştirmeleri daha olasıdır. Araştırma bulguları, yatkınlık, yarar ve ciddiyet algısı ile KKMM yapma arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalarda, kadınların meme kanserinin ciddiyetine ve bu hastalığa yatkın olduklarına yönelik inançlarının, düzenli KKMM yapma motivasyonlarını etkileyebileceği bildirilmiştir (Champion 1985, Gray 1990, Lu, 1995, Rutledge, 1987). Lu'nun (1995) yaptığı bir çalışmada ise, Çinli kadınlar arasında KKMM yapmayı engelleyen faktörler incelenmiş ve kadınların %50'sinin meme kanserine yatkınlığa ve meme kanserinin ciddiyetine ilişkin bir fikri olmadığı belirtilmiştir.

Kanserde tarama davranışlarını etkileyen bir faktör olarak, bireyin taramanın yararına ilişkin algısı, sağlık uygulamaları için önemlidir ve sağlıklı davranışlardaki değişimlere katkıda bulunur. Yarar algısı, bir hastalığa yakalanma tehdidini azaltmak için bireyin önlemler üzerine odaklaşmasını sağlar. Bireydeki yarar algısı düşük olduğunda, kanserden şüphelenme ve tarama programlarına katılma oranı azalmaktadır (Holdroy ve ark. 2004, Gray 1990, Lu 1995).

Rutledge'nin (1987) bildirdiğine göre, KKMM'yi daha sık uygulayan bireyler, bu davranışı uygulamaya yönelik olarak daha az engel algılayanlardır. Kelly (1979) ise KKMM'yi başlatma ve devam ettirmede kadınların farkındalıklarına dikkati çekmiştir. Kelly (1979) meme kanserinin erken tanısına ve meme kanserine yakalanabileceğine dair farkındalıkları yüksek olan kadınların koruyucu sağlık davranışlarını daha sık yerine getirdiklerini belirtmektedir.

Literatür incelendiğinde, kaderciliğin de sağlığa yönelik tutumları ve kanser tarama davranışlarını engelleyen faktörlerden biri olduğu görülmektedir. Kaderci düşüncelere sahip olan kadınlar, varolan kaderlerini değiştiremeyecekleri inancıyla tarama testlerini yaptırmamaktadır (Holdroy ve ark. 2004).

Thomas (2004) kadınların geçmiş anı ve duygularının kanserde erken tanı davranışlarıyla ilişkisini incelemiş ve bedenleriyle ilgili olumsuz algıları olan kadınların mamografi ve klinik meme muayenesi gibi taramalardan kaçındıklarını belirtmiştir. Bu durum servikal kanser taraması için de söz konusu olabilir. Puberte döneminde bedenle ilgili utanç gibi olumsuz algıların oluşması daha sonraki yaşamda uzun süreli bir etkiye sahip olabilir. Bu durum memeleriyle ilgili olumsuz algıları olan kadınların kanser taramalarıyla ilgili olarak bedenlerini gösterme ve kendi kendine meme muayenesi veya klinik meme muayenesi gibi dokunmayı gerektiren muayenelerden kaçınmasına



neden olabilir. Kadınların bedenleri ve tarama deneyimleri hakkındaki duygu ve düşüncelerini açıklamaları, kanserde erken tanı davranışlarını etkileyen faktörler hakkında hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine yeni perspektifler kazandırabilir (Thomas 2004).

### **Meme ve serviks kanseri ve tarama yöntemlerine ilişkin duygular**

Kadınların sosyokültürel özellikleri sağlığa ve hastalıklara yönelik duygu ve düşünceleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Jinekolojik muayeneler utanç duygusu ile bağlantılı olarak, kadınların koruyucu sağlık davranışlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Tarama prosedürleri sırasında muayene pozisyonu, bir yabancıya bedeninin özel bir parçasına bakması, hekimin erkek olması gibi çok sayıda faktör duygusal tepkilere yol açmaktadır. Utanç duygusu, kadınların erken tanı davranışlarını etkilemekte, bunun yanında kadınların eşlerinin tutumlarını da yansıtmaktadır (Fitch ve ark. 1998, Holdroy ve ark. 2004). Yapılan birçok çalışmada jinekolojik muayene esnasında fiziksel ve duygusal olarak rahatsızlık hissi ve ağrı duyma korkusu, iffet ve utanç gibi duygular kadınların tarama davranışlarını olumsuz olarak etkileyen faktörler olarak bildirilmiştir (Holdroy ve ark. 2004, Mete 1994, Lu 1995).

Literatürde sık olarak bildirilen tarama davranışlarını etkileyen faktörlerden bir diğeri, taramayı yapan hekimin cinsiyetidir. Kadınlar erkek bir hekim tarafından muayene edilmenin kendilerinde utanç duygusuna yol açtığını belirtmektedir. Kafkasyalı, Çinli, Hintli ve Vietnamlı gibi çeşitli etnik gruplardan kadınlarla yapılan çalışmalarda, kadınların tarama prosedürleri esnasında utancı azalttığı gerekçesiyle kadın hekimleri tercih ettikleri bildirilmiştir (Facione ve ark. 2000, Fernandez ve ark. 1999, Fitch ve ark. 1998, Flayn 1998, Holdroy ve ark. 2004, Johnson ve ark. 1996).

Mete'nin (1994) çalışmasında, kadınların jinekolojik muayene sırasında yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları saptanmış olup, anksiyete nedenleri arasında kötü bir hastalık tanısı konulmasından korkma, cinsel organına dokunulması, cinsel organının görülmesi, acı çekmekten korkma, erkek hekime muayene olma ve muayene için kullanılan alet ve pozisyon olduğu bulunmuştur.

Özcan (1991) tarafından yapılan araştırmada kadınların çoğunun jinekolojik muayene için kadın hekimi tercih ettikleri bildirilmiştir. Her birey için cinsellik özel ve mahremiyeti olan bir konudur. Jinekolojik muayene sırasında kadınlar kendileri için özel olan konulara bir başkasının girmesini rahatsızlık verici bulabilirler. Fitch ve ark.'nın (1998) yaptığı çalışmada, kadınlar jinekolojik muayene için kullanılan

pozisyonu rahatsızlık verici ve aşağılayıcı bulduklarını ve tarama prosedürlerine psikolojik olarak kendini hazırlamanın önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Yine bu çalışmada, kadınlar pap smear testi esnasında deneyimledikleri duygular hakkında konuşmanın rahatlatıcı olacağını belirtmişlerdir (Fitch ve ark. 1998).

Aynı zamanda jinekolojik muayene sırasında kullanılan araçlar da kadınlar tarafından rahatsızlık verici ve itici olarak değerlendirilmektedir. Kadınlardaki anksiyetenin bir diğer nedeni de daha önceki olumsuz jinekolojik muayene deneyimleridir. Olumsuz muayene deneyimlerinin yanı sıra hiç muayene yaptırmamış olmak da kadınlarda anksiyeteye neden olabilmektedir. Bununla birlikte, kanser yaşamı tehdit eden ve her yönüyle korkutucu bir hastalıktır. Bu açıdan kadınlar taramanın beklenmeyen bir hastalık haberinin alınmasına neden olabileceği düşüncesiyle de tarama yaptırmaktan kaçınabilirler (Metz 1994).

Kadınların meme kanseri taramalarına ilişkin olarak yaşadıkları kaygının bir diğer nedeni mamografi sırasında radyasyon alma korkusudur. Thomas'ın (2004) yaptığı çalışmada kadınlar radyasyon nedeniyle mamografinin güvenilir olup olmadığına dair kaygılarını dile getirmişlerdir. Ayrıca kadınların mamografiye ilişkin ilk deneyimlerinin de olumsuz olduğu bildirilmiştir. Kadınların bu deneyime ilişkin tipik ifadeleri “ne olacağı hakkında hiçbir fikrim yoktu”, “ağrı korkunçtu”, “bedenimin en hassas kısımlarını soğuk bir odada, soğuk bir masaya, soğuk bir tutumla yerleştirmeleri rahatsızlık vericiydi” şeklindedir. Bu ifadeler, tarama prosedürleri sırasında sağlık profesyonelleri ile kadınlar arasındaki iletişimin önemini vurgulamaktadır (Thomas 2004).

Ülkemizde meme kanserine ilişkin erken tanı davranışlarıyla ilgili olarak farklı örneklerde yapılan çalışmalarda ise, kadınların düzenli KKMM yapmama nedenleri; herhangi bir şikayetin olmaması, unutkanlık, yapmak istememe, rahatsızlık duymama, korku duyma ve strese girme olarak belirtilmiştir (Fındık ve Turan 2004, Uzun ve ark. 2004).

### **Sosyal ve kültürel faktörler**

Bireyin sağlıkla ilgili algıları, kalıtsal ve bireysel özellikleri, sosyal çevresi, kültürü ve içinde yaşadığı çevrenin koşullarından etkilenmektedir (Baltaş 2004). Sağlık algıları, kişilerin sağlıklarını anlamada bir yoldur. Sosyokültürel yapı ise geçerli olan sosyal koşulların ve normların, yerel, bölgesel, ulusal düzeydeki ekonomik ve kültürel özelliklerin inançlar, tutumlar ve davranışlar yönünden etkilerini içermektedir. Tüm bu etmenler bireyin sağlık davranışlarını destekleyici

ve güçlendirici veya engelleyici ve zayıflatıcı özellikte olabilir (Baltaş 2004, Özmen 2004).

Toplumun değer, inanç ve tutumları kadınların sağlığa ve hastalıklara ilişkin algılarını etkilemektedir. Kültürel ve etik değerler, kadınların beden algıları ve erken tanı davranışlarını da önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Lockwood-Rayermann 2004). Literatürde kanserden şüphelenmeye yönelik algıların kültürlere göre farklılık gösterdiği bildirilmektedir. Örneğin Kafkasyalı Amerikalılar kansere yakalanma olasılığını Çinli Amerikalılara göre daha yüksek oranda algılamaktadır (Facione ve ark. 2000, Lu 1995). Bu açıdan kansere, kanserde risk faktörlerine ve erken tanı amacıyla yapılan tarama yöntemlerine ilişkin toplumun sahip olduğu değer, inanç ve tutumlar kadınların sağlığı koruyucu davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir (Thomas 2004).

Literatürde yaş, kanser taramasının maliyeti, sosyal güvence durumu, eğitim düzeyi, sağlık kurumlarına ulaşım zorluğu, yoğun iş yaşamı nedeniyle zaman yetersizliği, sağlık görevlileriyle görüşmek için uzun saatler beklemek zorunda kalma ve toplumun erken tanıya verdiği değer gibi sosyal faktörlerin ayrıca iffet ve utangaçlık gibi kültürel faktörlerin tarama yaptırmayı etkilediği bildirilmiştir (Fitch 1998, Harlan 1991, Holdroy ve ark. 2004, Lu 1995, Mandelblatt ve ark 1999).

Literatürde en sık olarak yoksulluğun, kadınların tarama yaptırmalarına engel olduğu belirtilmektedir. Yaş ilerledikçe erken tanı davranışlarını uygulama oranı düşmektedir (Lockwood-Rayermann 2004). Yapılan çalışmalarda yaşlı ve yoksul kadınlarda pap smear yaptıрма oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir (Holdroy ve ark. 2004, Lockwood-Rayermann 2004). Holdroy ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada ise yaşlı kadınlar, seksüel olarak aktif olmamaları nedeniyle kendilerini risk altında düşünmediklerini ifade etmişlerdir.

Bolsoy ve Şenol'un (2000) yaptıkları çalışmada ise kadınların hastalık şikayeti olmaksızın, düzenli jinekolojik muayeneyi gereksiz gördükleri ve jinekolojik muayene yaptırabilecekleri sistemli sağlık kurumu hizmetlerini bulamadıkları bildirilmiştir. Lockwood-Rayermann (2004) çalışmasında, ikamet edilen yerin sağlık bakımı veren kuruluşlara yakın olmasını taramaya katılımı arttıran bir faktör olarak belirtmiştir. Ülkemizde sağlık bakım hizmetleri önleyici ve rehabilite edici yaklaşımlardan ziyade tedavi edicidir. Bunun sonucu olarak sağlık hizmetleri içinde önleyici ve erken tanı hizmetleri sağlayan kurumlar oldukça az orandadır ya da bu kurumlara ulaşmak oldukça zordur.

Çalışma durumu, servikal kanser taramasına katılımı etkileyen bir diğer faktördür. Çalışmayan kadınlara göre çalışan kadınların son bir yıl

içinde servikal kanser taramasına katılım oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lockwood-Rayermann 2004). Yine Mete'nin (1994) bildirdiğine göre, çalışmayan kadınların tarama yaptırma oranları daha düşüktür. Bununla beraber sağlık kurumlarında karmaşık prosedürlerle uğraşmak istememenin ve tarama yaptırmak için yeterince zaman ayıramamanın kadınların erken tanı davranışlarını olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir (Fitch ve ark 1998, Holdroy ve ark. 2004).

Bir işte çalışmak, kişiye bir gelir sağlama yanında az ya da çok bir sağlık güvencesi de sağlamaktadır. Kişinin sağlık güvencesi olduğunda koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı artmaktadır. Lockwood-Rayermann (2004) çalışmasında bir sağlık güvencesine ve yüksek gelir düzeyine sahip olmanın servikal kanser taramasına katılımı arttırdığını belirtmiştir. Yine bu çalışmada özellikle pap smear, mamografi gibi tarama yöntemlerini kapsayan sağlık güvencesine sahip olma durumunun tarama yaptırmayı arttıran olumlu bir faktör olduğu belirtilmiştir.

Kadınlarda düşük eğitim düzeyi ve yoksulluk, kadercilik duygusuna neden olurken etiyoloji ve hastalık sonuçları hakkında da yanlış anlamalara yol açmaktadır (Holdroy ve ark. 2004). Gray (1990) yaptığı çalışmada kadınların kanser hakkında düşünmemeyi tercih ettiklerini vurgulamıştır. Holdroy ve ark.'nın (2004) Çinli kadınlarla yaptıkları çalışmada ise kadınların sağlık sorunlarını araştırmak istemedikleri ve kötü haberlerden kaçınan kaderci düşünceleri olduğu belirlenmiştir. Yine bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, kadınlar eşleri erkek hekime muayene olmalarını istemedikleri için tarama yaptırmamakta veya eşlerinden kanser taraması yaptırdıklarını gizlemektedirler.

Kadınların cinsiyet rolleri, kişilerarası ilişkileri, aile veya akranlarında kanser öyküsünün olması erken tanı davranışlarını etkileyen faktörlerdir. Kültürel olarak belirlenen cinsiyet rolleri bazı toplumlarda kanser tarama davranışlarını olumsuz olarak etkilemektedir (Holdroy ve ark. 2004). Lu (1995) Çinli Amerikalı kadınlarla yaptığı çalışmada, meme kanserinin kadınların annelik rolünü engellemesi durumunda daha fazla soruna neden olduğuna dikkati çekmiştir.

Kanser tarama programlarına katılmayı arttırmak için göz önünde tutulması gereken temel yaklaşım, koruyucu sağlık stratejileri uygulanırken kadınların sosyokültürel özelliklerini dikkate almaktır (Lockwood-Rayermann 2004). Lovejoy ve ark. (1989) Çinli Amerikalı kadınların tarama programlarına katılımını arttırmak için KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografiyi içeren ve kadınların kültürel gereksinim-

lerini dikkate alan bir program geliştirmişler ve bu programın tarama aktivitelerine katılımı arttırdığını bildirmişlerdir.

### **Bilgi eksikliği ve sağlık bakım profesyonelleriyle ilgili faktörler**

Tedavideki gecikme kararını etkileyen önemli faktörlerden bir diğeri, meme kanseri belirtileri hakkında bilgi eksikliği ve bu belirtileri değerlendirme yetersizliğidir. Bu durum olası tehdit ve bireysel riskin değerlendirilmesinde yetersizliğe neden olabilir (Holdroy ve ark. 2004). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların KKMM yapmamasının en önemli nedenlerinden birinin bilgi eksikliği olduğu belirtilmiştir (Fındık ve Turan 2004, Uzun ve ark. 2004). Bununla beraber bazı araştırmacılar KKMM bilgisi ile KKMM sıklığı arasında olumlu ilişki olduğunu (Gray 1990), bazı araştırmacılar ise ilişki olmadığını bildirmiştir (Champion 1985).

Bireyin çevresinden ve sağlık profesyonellerinden algıladığı sosyal destek düzenli tarama yaptıрма kararına olumlu katkıda bulunmaktadır. Fitch ve ark. (1998) yaptıkları çalışmada, tarama yapan hekim ile kadın arasındaki iletişimin önemine dikkati çekmişlerdir. Yine bu çalışmada, tarama yaptırmayı etkileyen faktörler incelenmiş ve hekime ulaşabilmenin, onunla iletişim kurabilmenin ve bir birey olarak kabul edilmenin önemli faktörler olduğu vurgulanmıştır.

Bireyler için sağlık problemleriyle ilgili olarak hekimlerle konuşmak önemlidir. Genellikle uzun bekleme saatlerinden sonra hekime ulaşılabilmekte, buna rağmen hekimle konuşma süresi oldukça kısa olmaktadır. Bu kısa süre içinde hekime soru sormak imkansız gibidir. Kadınlar hekimle iletişimlerini karmaşık bilgilerin açıklandığı yeterli açıklamalara izin vermeyen bir iletişim olarak tanımlamaktadırlar. Herkes için bir birey olarak tedavi edilmek önemlidir. Birçok kadın bir numara ya da bir beden parçası olarak değil, bir birey olarak kabul edilmek istediğini ve sağlık görevlilerinden duyarlılık beklediğini belirtmiştir. Bu durum kişinin değerlendirilmesinde holistik yaklaşımın önemini ortaya koymaktadır (Fitch ve ark. 1998).

Sağlık profesyonellerinin kadınların meme ve serviks kanseri hakkındaki sorularına cevap vermeleri önemlidir. Kanser tüm yönleriyle korkutucu bir hastalık olarak algılanmaktadır. Kadınlar kanser ve ondan nasıl korunacakları hakkında daha çok şey bilmek istediklerini ifade etmektedirler. Buna karşın kadınların meme ve serviks kanseri hakkında doğru bilgi alabilecekleri kaynaklar yetersizdir. Kadınlar genellikle kanser tarama yöntemlerine ilişkin bilgilerini annelerinden, kız kardeşlerinden veya arkadaşlarından aldıklarını bildirmişlerdir. Bazı kadınlar ise ilk doğum kontrol yöntemi uygulamaya başladıklarında ya da ilaç kullanmaları gerektiğinde tarama yöntemleri hakkında bilgi

sahibi olmaktadır. Bu durum bilgilendirme sorunlarını gündeme getirmektedir. Kadınlar genellikle jinekolojik muayeneye ilişkin sağlık profesyonellerinin kendilerine yeterli açıklamada bulunmadığını belirtmektedirler. Günümüzde gazete ve televizyonlarda kanserle ilgili çeşitli yayınlar bulunmaktadır. Fakat bu yayınların kadınların gereksinimlerini ne kadar karşıladığı tartışmalıdır (Fitch ve ark. 1998, Lu 1995).

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Literatürdeki bilgiler ışığında, meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkileyen psikolojik ve sosyokültürel engeller karmaşıktır ve birçok faktörden etkilenmektedir. Kadınların erken tanı davranışlarını engelleyen psikolojik ve sosyokültürel engeller ortadan kaldırılırsa kanserin erken tanınması mümkün olacaktır.

Farklı kültürlerden gelen bireyler farklı hastalık ve sağlık davranışlarına sahip olabilirler. Herhangi bir kültürel gruptan gelen bir kadının kanser tarama davranışları geçmiş deneyimleriyle ilgili anı ve duygularından etkilenmektedir. Fakat hemşireler ve sağlık bakım profesyonelleri, kadınların var olan sağlık davranışları üzerinde geçmiş yaşantılarıyla ilgili algıların etkisinin farkında olmayabilirler. Bu nedenle hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonelleri kültürel özelliklere ve gereksinimlere duyarlı bakım vermek durumundadırlar.

Hemşireler kansere ve tarama programlarına ilişkin eğitim programlarında anahtar bir rol üstlenebilirler. Kadınların doğru bilgi almalarını sağlayarak, istedikleri bilgiye ulaşmalarını kolaylaştırabilirler. Kadınların tarama yaptırmalarını engelleyen çeşitli anksiyete ve korku nedenleri söz konusudur. Kadınların meme ve jinekolojik muayeneye ilişkin anksiyete ve korkuları azaltılabilirse tarama yaptırma olasılıklarının arttırılabileceği düşünülmektedir. Hemşireler mahremiyeti korumada ve güveni sağlamada önemli bir konuma sahiptir. Hemşireler utanç, korku, ağrı gibi engellerin üstesinden gelinmesi amacıyla kadınlara rahatsızlık veren durumları ortadan kaldırmaya yardımcı olabilirler. Sağlık profesyonellerinin kanser tarama programları sırasında kadınlarla kuracakları iletişimin saygılı, duyarlı ve ilgili bir iletişim olması son derece önemlidir.

Hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonelleri tarama gibi sağlığı geliştirmeye yönelik uygulamalarda, ilgili popülasyonların sosyokültürel özelliklerine duyarlı ve bu konuda donanımlı olmalıdırlar. Düzenli tarama yaptıran ve yaptırmayan kadınların taramaya ilişkin algıladıkları engellerin açık bir şekilde anlaşılması ve bu engellerin

ortadan kaldırılması gerekir. Kadınların genel sağlık uygulamalarının değerlendirilmesi, onları sağlıklı yaşamaya motive edebilir. Kadınların algıladığı potansiyel engellerin belirlenmesi, engelleri azaltacak uygun stratejilerin planlanmasında hemşirelere yol gösterecektir.

## KAYNAKLAR

1. Aydın İ (2003). Üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi ve uygulamaları. XI. Ulusal Kanser Kongresi Kitabı, 24-27 Nisan 2003, Antalya.
2. Baltaş Z (2004). Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, Remzi Kitabevi, 2. Basım, İstanbul.
3. Bolsoy N, Şenol S (2000). Manisa ili temel sağlık hizmetlerinden yararlanan kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16: 1, 37-45.
4. Champion VL (1985). Use of the health belief model in determining frequency of breast self-examination. Res Nurs Health, 8: 373-379.
5. Çavdar İ, Akyolcu N, Özbaş A ve ark. (2003). Hekim ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi konusunda duyarlılıklarının saptanması. II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 7-11 Eylül 2003, Antalya, s: 63.
6. Ekizler H (1994). Servikal kanserlerin önlenmesinde, erken tanısında pap smear taramalarının önemi ve hemşirenin rolü. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1: 33-45.
7. Facione N C, Giancarlo C, Chan L (2000). Perceived risk and help seeking behavior for breast cancer: A Chinese-American perspective. Cancer Nursing, 23: 4, 258-267.
8. Fernandez M E, DeBor M, Candreia MJ, Wagner K, Steward KR (1999). Evaluation of ENCORE plus: A community-based breast and cervical screening programme. American Journal of Preventive Medicine, 16: 3S, 35-43.
9. Fitch M I, Greenberg M, Cava M ve ark. (1998). Exploring the barriers to cervical screening in an urban Canadian setting. Cancer Nursing, 21: 6, 441-449.
10. Fındık Ü Y, Turan N (2004). Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışlarının belirlenmesi. Hemşirelik Forumu, Kasım-Aralık, 53-60.
11. Flayn F (1998). Screening for cervical cancer: A review of women's attitudes, knowledge and behaviour. British Journal of General Practice, 48: 1509-1514.
12. Gözüm S, Aydın İ (2004). Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's health belief model scales. Cancer Nursing, 27: 6, 491-498.
13. Gray M E (1990). Factors related to practice of breast self-examination in rural women. Cancer Nursing, 13: 2, 100-107.
14. Harlan (1991). Cervical cancer screening: Who is not screening and why? American Journal of Public Health, 81: 7, 885-890.
15. Holdroy E, Twinn S, Adab P (2004). Socio-cultural influences on Chinese women's attendance for cervical cancer screening. Journal of Advanced Nursing, 46: 1, 42-52.

16. Jennings-Dozier K, Lawrence D (2000). Sociodemographic predictors of adherence to annual cervical cancer screening in minority women. *Cancer Nursing*, 23: 5, 350-356.
17. Johnson G, Orbell S, Crombie I, Robertson A, Kenicer M (1996). Women's preferences for cervical screening: who, where and when. *Health Education Journal*, 55: 84-91.
18. Kelly P T (1979) Breast self-examination: Who does them and why. *J Behav Med*, 2: 31-38.
19. Lookwood-Rayermann S (2004). Characteristics of participation in cervical cancer screening. *Cancer Nursing*, 27: 5, 353-363.
20. Lovejoy N C, Jenkins C, Wu T ve ark (1989). Developing a breast cancer screening program for Chinese american women. *Oncol Nurs Forum*, 16: 181-187.
21. Lu Z J (1995). Variables associated with breast self examination Chinese women. *Cancer Nursing*, 18: 1, 29-34.
22. Mandelblatt J S, Gold K, O'Malley A S ve ark (1999). Breast and serviks cancer screening among multiethnic women: role of age, health and source of care. *Prev Med*, 28: 4, 418-425.
23. Mete S (1994). Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara
24. Özcan S (1991). Kadın hastalıkları polikliniğine gelen kadınların muayeneye ilişkin düşünce ve beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara
25. Özmen D (2004). Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış doktora tezi, İzmir
26. Rutledge D N (1987). Factors related to women's practice of breast self-examination. *Nursing Research*, 36: 117-121.
27. Secginli S, Nahcivan N O (2004). Reability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. *Cancer Nursing*, 27: 4, 287-294.
28. Smith R A, Cokkinides V, Eyre H J (2003). American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, *CA Cancer J Clin*, 53: 27-43.
29. Thomas E C (2004). African American women's breast memories, cancer beliefs and screening behaviors. *Cancer Nursing*, 27: 4, 295-302.
30. Tuncer S (2000). Jinekolojik kanserlerde tarama. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 31: 2, 113-120.
31. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z (2004). Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 7 (1): 33-41.
32. Watts T, Merrell J, Murphy F, Williams A (2004). Breast health information needs of women from minority ethnic groups. *Journal of Advanced Nursing*; 47(5): 526-535.



---

**LİSANS EĞİTİMİNİN HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN EMPATİ BECERİ  
DÜZEYİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

*DETERMINE OF EFFECT BACHELOR'S DEGREE TO LEVEL OF EMPATHY  
ABILITY OF NURSING STUDENT*

**Fatma AY**

**Anahtar Sözcükler:** empati becerisi, okul başarısı, hemşirelik öğrencisi

**Key Words:** empathy ability, school achievement, nursing student

---

**ÖZET**

Empati, başkasının hissettiklerini etkili biçimde anlamak ve anladıklarını ona iletmek olarak tanımlanmıştır. Bir başkasının bakış açısını ve rol kimliğini kabul etme, bir başkasının duygularını, yaşam biçimini, hissettiklerini ve diğer insanlarla ilişkilerini anlayarak, ne anladığını ona iletmektir. Empati, bireyin gelişimsel geçmişinden etkilenen, iletişimsel bir süreç olarak vurgulanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin okul başarı durumları ile empati becerileri arasındaki ilişkiyi ve empati becerisini etkileyen faktörleri belirlemektir. Çalışmanın örneklemini İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan 34 öğrenci oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak, okul başarı kayıtları, sosyo-demografik özellikleri ve empati becerisini etkileyebileceği düşünülen bazı yaşam deneyimlerini sorgulayan anket formu, empati beceri ölçeği kullanılmıştır. Empati Beceri Ölçeği (EBÖ)-B Formu Ü.Dökmen (1988) tarafından geliştirilmiştir. Veriler frekans dağılımı, Pearson Korelasyon Analizi, t Testi ve Varyans Analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

I., II., III. ve IV. sınıf öğrencilerinin empati beceri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). Öğrencilerin okul başarıları ile empati beceri puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Mesleğini seven öğrencilerin okul başarıları, sevmeyen öğrencilerin okul başarılarından daha yüksek bulunmuştur ( $t=2.218$ ,  $p<0.05$ ).

**SUMMARY**

*Empathy is defined as affective understanding of another person's feelings and feedback of your understand to him. That is feedback what you are understand that the adoption of another person's point of view and an identification with role are understand of another's emotions, state of life, and feelings, actions of another person. Empathy that is effected an individual's development background has been emphasized as a communicative process.*

*The aims of this research, was to evalvase the relation between empathy levels and school achievement, and to determine factors effected empathy in nurse student. The study groups (N=34) was composed of nursing students in Istanbul University-Health College of Bakırkoy. This study was used school achievement record, socio-demographic test and empathy test. Empathy Ability Test- Form B constructed by Ü.Dökmen (1988).*

*Data were assessed using percentage, Student's t-test, Pearson analysis, Variance Analysis. No statistically significant relationships were found between students of empathy levels in I., II., III. and IV. class (p>0.05). Empathy levels wasn't significantly related to school achievement (p>0.05). Student that is love own job had higher school achievement than those isn't love own job (p<0.05).*

## **GİRİŞ**

Bireye holistik bir bakış açısı ile yaklaşan hemşirelik mesleğinin amacı; sağlığın geliştirilmesi, korunması ya da iyileştirilmesidir. Tüm hemşirelik uygulamalarının temelinde ise iletişim vardır. İnsana doğrudan hizmet veren hemşireler, yaptıkları tüm uygulamalarda hasta ile iletişim kurarak kişilerarası etkileşim sürecini başlatırlar.

Hemşirelik mesleğini “kişilerarası etkileşim süreci” olarak ele alan Orlando, Travelbee, Peplau gibi kuramcılar, kuramlarında hasta-hemşire iletişimini temel almışlardır (Velioğlu 1999, Birol 2004). İletişim, fikirlerin, duyguların, düşüncelerin, niyetlerin ve gereksinimlerin insanlar arasında karşılıklı olarak iletildiği bir süreçtir (Özcan 1996). Bu süreç içinde tarafların birbirini anlayabilmesi için, kendini karşısındakinin yerine koyabilmesi yani empati kurabilmesi gerekir.

Empati, yardım edici (terapötik) ilişkinin en önemli boyutudur (Terakye 1995). Hemşirelerin, etkin iletişim becerileri ile bireyin ihtiyaçlarını belirleyebilmeleri için empatik duyarlılığa sahip olmaları gerekir. Empati kurmak ile yardım etme isteği arasında olumlu ilişki vardır (Öz 1998). Hemşireler hasta ve ailesi ile iletişim kurdukları her alanda, ihtiyaçların ve tepkilerin belirlenebilmesi için empatik yaklaşıma ihtiyaç duyarlar. Çünkü hasta ve ailesini anlayabilmek zor bir deneyimdir (Terakye 1995).

Literatürde, empatinin Rogers tarafından “danışmanın, kendisini danışanın yerine koyarak, onun duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve bu durumu ona iletmesi süreci” olarak tanımlandığı belirtilmiştir (Dökmen 1990, Wispe 1986).

Empati, kişinin kendi duygularını işe karıştırmadan karşısındakini ayrı bir birey olarak kendi gerçekliği içinde kavrama, anlama ve onun olanaklarını tahmin etmesini sağlayan, sempatiye göre daha katılımcı bir duygulanım olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile,

empatide karşıdaki birey gibi davranmak, sempatide karşıdaki birey olmak söz konusudur (Dökmen 1996, Sabuncu 1997, Wispe 1986).

Literatürde, empatinin sosyal yapı, moral değerlere uyum ve yardımseverlikten pozitif olarak, anksiyete, depresyon, suçluluk ve çocuk istismarından negatif olarak etkilendiğinden ve yardım edici davranış ile, empati ve sosyal sorumluluk arasında ilişki olduğundan bahsedilmektedir (Kaplan 1998, Öz 1998). Empatik beceri ve yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara göre ise yaşın artması empatik anlayışın artmasına neden olmaktadır (Dökmen 1998, Kaplan 1998, Squier 1990). Gelişim literatürü, çocukların empatik davranışları öğrenebileceğini savunur. Empati, erken çocukluk döneminde ailenin özelliklerine göre gelişen bir yetenektir (Akkoyun 1987, Gladstein 1983).

Araştırma, hemşirelik mesleğini seven öğrencilerin empati beceri puanlarının yüksek olduğu ve bu öğrencilerin daha başarılı oldukları, empati beceri ölçęi puanının yaşla birlikte arttığı varsayımlarından yola çıkılarak planlanmıştır.

Terapötik hasta-hemşire ilişkisinin kurulmasında, hemşirenin empati becerisi önemli bir etkiye sahiptir. Empati becerisinin gelişmesinde ise, bireyin yaşı, sosyal çevresi, aldığı eğitim önemlidir. Bu çalışmanın amacı, lisans eğitimi süresince hemşirelik öğrencilerinin, okul başarı durumları ile empati becerileri arasındaki ilişkiyi ve bu beceriyi etkileyen faktörleri belirlemektir.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümüne kayıtlı 256 öğrenci, örneklemini ise 2000/2001 güz yarı yılında lisans eğitime başlayan ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden 38 öğrenci oluşturmuştur. 4 öğrenci empati beceri ölçęini yeterli doldurmadıkları, araştırmaya katılmak istememeleri, yıl tekrarı yaptıkları için mezun olmamaları nedenleri ile araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırma 2000-2004 yılları arasında, okul yönetiminden izin alınarak, longitudinal ve tanımlayıcı bir çalışma olarak gerçekeştirildi. Öğrenciler, birinci sınıftan itibaren mezuniyete kadar izlenerek, öğrencilerin başarı durumları ile empati becerisi arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek için, anket formları her yılın bahar yarıyılı sonunda öğrencilere uygulandı ve değerlendirildi.

### ***Gereçler***

Çalışmada, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek üzere araştırmacı tarafından geliştirilen bir soru formu kullanıldı. Bu soru formu sosyo-demografik özelliklerden başka empati ile ilgisi olduğu

düşünülen öğrencilerin hayvan besleme, hastane deneyimi, mesleklerini sevme durumları ile ilişkili soruları da içermektedir.

Öğrencilerin başarı durumlarını belirlemek üzere, Ağırlıklı Genel Not Ortalaması (AGNO) puanları kullanıldı. AGNO hesaplaması, öğrencilerin okula kayıt yaptırdukları dönemden itibaren aldıkları derslerdeki başarı notlarının, o dersin kredisi ile çarpımından elde edilen sonucun, aldıkları derslerin toplam kredilerine bölünmesi ile elde edilmektedir. Öğrencilerin ders ve okul başarıları 4'lük sistemde değerlendirilmiştir. Araştırmada, öğrencinin okul başarı durumu ile empati becerisi arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek için, bahar yarıyılı sonundaki AGNO değeri, okul başarı ölçüsü olarak kabul edilmiştir.

Öğrencilerin empati durumlarını değerlendirmek üzere, Dökmen (1998) tarafından "Aşamalı Empati Sınıflaması"na dayandırılarak oluşturulmuş olan ve Türkiye'de geçerliği, güvenilirliği test edilmiş "Empati Beceri Ölçeği (EBÖ)-B Formu" kullanıldı. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Dökmen tarafından 1988 yılında gerçekleştirilmiştir ( $r=.83$ ,  $p<.001$ ).

Verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel yöntem olarak "frekans dağılımı", "Pearson Korelasyon Analizi", "t Testi" ve "Varyans Analizi" kullanıldı.

## **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $20.85 \pm 1.98$ 'dir. Öğrencilerin %58.9'u 19-20 yaşları arasında ve %79.5'i lise çıkışlı olup, üniversite öncesinde mesleki eğitim almamıştır (Tablo 1).

Öğrencilerin %38.2'si öğrenci yurdunda, %38.2'si ailesi ile birlikte yaşadığını, %32.4'ü bahçeli apartman dairesinde oturduklarını belirtmiştir.

Öğrencilerin % 52.9'unun annesi, %32.4'ünün babası ilkokul mezunudur (Tablo 1).

Öğrencilerin %35.3'ü 1 kardeşe, %29.4'ü 2 kardeşe sahip olduklarını ve %55.9'u ailedeki ilk çocuk olmadıklarını belirtmiştir (Tablo 1).

Mesleklerini sevme durumlarına bakıldığında % 90.6'sı mesleklerini sevdiklerini, % 9.4'ü mesleklerini sevmediklerini bildirmişlerdir. Öğrencilerin %46.9'u mezuniyet sonrası hastanede çalışmak istediklerini, %31.3'ü ise eğitim alanında çalışmak istediklerini belirtmiştir. İki

öğrenci, mesleklerini sevmeye ve mezuniyet sonrası çalışmak istedikleri alanı ile ilgili soruları cevapsız bırakmıştır.

**Tablo 1.** Öğrencileri Tanıtıcı Özellikler (N=34)

ÖZELLİKLER		N	%
Yaş	17-18 yaş	8	23.5
	19-20 yaş	20	58.9
	21-22 yaş	5	14.7
	23-24 yaş	1	2.9
Mezun olduğu okul	Lise	27	79.5
	Meslek Lisesi	6	17.6
	Ön Lisans	1	2.9
	Öğrenci Yurdu	13	38.2
Öğrencinin kaldığı yer	Aile ile birlikte	13	38.2
	Akraba ile birlikte	2	5.9
	Arkadaş ile birlikte	2	5.9
Ailenin yaşadığı ev	Hemşire Lojmanı	4	11.8
	Apartman dairesi (Bahçeli)	11	32.4
	Apartman dairesi (Bahçesiz)	10	29.4
	Mustakil ev (Bahçeli)	8	23.5
Annenin eğitimi	Mustakil ev(Bahçesiz)	5	14.7
	Okur-yazar değil	4	11.8
	Okur-yazar	2	5.9
	İlkokul	18	52.9
Babanın eğitimi	Ortaokul	3	8.8
	Lise	5	14.7
	Yüksekokul	2	5.9
	Okur-yazar değil	0	0
	Okur-yazar	0	0
	İlkokul	11	32.4
Kardeş sayısı	Ortaokul	9	26.5
	Lise	8	23.5
	Yüksekokul	6	17.6
	1 kardeş	12	35.3
	2 kardeş	10	29.4
Ailedeki ilk çocuk olma durumu	3 kardeş	9	26.5
	4 ve üstü kardeş	3	8.8
	Evet	15	44.1
	Hayır	19	55.9

Öğrencilerin %67.6'sı yaşamlarının bir döneminde hayvan beslediklerini, bunlardan %52.2'si kafes hayvanı, %47.8'i akvaryum hayvanı beslediklerini bildirmişlerdir. Öğrencilerin çoğunluğu (%47.8'i) 4 yıldan fazla hayvan beslediklerini belirtmişlerdir. %43.5'i besledikleri hayvanın bakımının sadece kendileri tarafından yapıldığını ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Dört Yıl süren lisans eğitimi süresince, araştırmaya katılan öğrencilerin %66.7'si el sanatları, %96.7'si halk müziği, %30'u girişkenlik eğitimi ve %36.7'si terapötik ilişkilerde sanatın kullanımı derslerini seçmeli ders olarak almışlardır (Tablo 3).

**Tablo 2.** Öğrencilerin Hayvan Besleme Durumu İle İlgili Özellikleri

ÖZELLİKLER		N	%
Hayvan besleme durumu (N=34)	Evet	23	67.6
	Hayır	11	32.4
	Kümes Hayvanı	8	34.8
Beslenen Hayvanın Cinsi*	Kafes Hayvanı	12	52.2
	Kedi, Köpek	10	43.5
	Akvaryum Hayvanı	11	47.8
	Kendisi	10	43.5
	Anne	6	26.1
Bakım sorumluluğu*	Baba	1	4.5
	Kardeş	6	26.1
	Tüm aile bireyleri	3	13
	1 yıl	6	26.1
Besleme yılı (N=23)**	2 yıl	5	21.7
	3 yıl	1	4.3
	4 yıl ve üstü	11	47.8

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\* "N" sayısı olarak hayvan beslediğini belirten öğrenciler alınmıştır.

**Tablo 3.** Öğrencilerin Eğitim Aldıkları Seçmeli Derslere Göre Dağılımı (N=30)

ÖZELLİKLER		N	%	
Seçmeli Dersler	El Sanatları	Alan	20	66.7
		Almayan	10	33.3
	Girişkenlik Eğitimi	Alan	9	30
		Almayan	21	70
	Halk Müziği	Alan	29	96.7
		Almayan	1	3.3
	Terapötik İlişkilerde Sanatın Kullanımı	Alan	11	36.7
		Almayan	19	63.3

Araştırmaya katılan öğrencilerin Empati Beceri Ölçeği puan (EBÖ-B) ortalaması ilk yıldan itibaren artmıştır (Tablo 4). Öğrencilerin yıllara göre puan ortalamaları, Ay ve Özcan'ın (2003) yaptıkları araştırmada hemşire ve ebe öğrencilerin Empati Beceri Ölçeği (EBÖ) puan ortalamasından (131.15±21.52) yüksektir.

Hemşireler üzerinde yapılan benzer araştırmalarda elde edilen empati beceri ölçeği puan ortalamaları, araştırma bulgumuzdan düşüktür. Bulgumuz, Pek ve arkadaşlarının (1995) yaptığı araştırmada, çocuk hemşirelerinin EBÖ-B puan ortalamasından (129.24±19.21), Aştı ve Turgay'ın (1996) yaptığı araştırmada hemşirelerin EBÖ-B puan ortalamasından (120.97±16.52) ve Ay ve Sabuncu'nun (1999) yaptığı araştırmada hemşirelerin EBÖ-B puan ortalamasından (124.19±23.34) daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda, öğrencilerin I., II., III ve IV. sınıf EBÖ-B puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, öğrenciler en düşük EBÖ-B puanını 1. sınıfta iken almışlardır. Öğrencilerin II. ve III. sınıfta EBÖ-B

puanları, yıl ile doğru orantılı olarak yükselmiştir. Bu sonuç yaş, bilgi, eğitim ve deneyim arttıkça EBÖ-B puanının anlamlı olarak arttığı ve empatik becerinin eğitim ile geliştirilebileceğini gösteren literatür ile uyumludur (Dökmen 1998, Kaplan 1998, Squier 1990, Pektekin 1997). Köseoğlu (1994) araştırmasında, tecrübeli danışmanların, tecrübesi daha az olanlara oranla danışma ilişkisinde daha fazla empati gösterdiklerini ve lisansüstü eğitim yapan danışmanların empati becerilerinin yüksek olduğunu saptamıştır. Öz (1993), hemşirelere empatik eğilim ve empatik beceri kazandırılmasında eğitimin etkinliğini ölçmek amacı ile yaptığı araştırmasında, verilen eğitim ile hemşirelerin hastayı anlayabilme ve empatik yaklaşımda bulunabilme becerisinin arttığını saptamıştır.

**Tablo 4.** Öğrencilerin Empati Beceri Puan Ortalamalarının Yıllara Göre Dağılımı

YIL	EMPATİ BECERİ PUANI	
	X	Sd
1	133.97 ± 18.26	
2	154.07 ± 22.01	
3	160.91 ± 21.74	
4	156.22 ± 21.97	

Araştırmamızda, IV. sınıf öğrencilerinin EBÖ-B puanları, I. ve II. sınıf öğrencilerinin puanlarından yüksek, III. sınıf öğrencilerinin puanlarından düşüktür. Pek ve Dedik (2001) yaptıkları benzer çalışmada, öğrencilerin EBÖ-B puanlarını I.yıl en düşük, IV. yıl en yüksek ve aralarındaki farkın IV.yıl lehine anlamlı olduğunu belirtmiştir (F=785; p<0.0001). Tanrıdağ (1992) çalışmasında, lisansüstü eğitim yapan psikologların empati becerilerini, lisans mezunu psikologların empati becerilerinden yüksek bulmuştur. Yaşar (1993) yaptığı çalışmada, hemşirelik okulu öğrencilerinin, empati becerileri ile hemşirelerin empati becerileri arasında hemşirelik öğrencileri lehine anlamlı fark bulmuştur. Bu araştırma sonuçları ve bulgumuz göstermiştir ki; yaş ve eğitim arttıkça empati becerisi gelişmekte ancak empati becerisinin kazanılması uzun bir süreç gerektirmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %66.7'si seçmeli ders olarak "El Sanatları", %36.7'si "Terapötik İlişkilerde Sanatın Kullanımı" derslerini almıştır. El Sanatları ve Terapötik İlişkilerde Sanatın Kullanımı derslerini alan öğrenciler ile bu dersleri almayan öğrencilerin EBÖ-B ve AGNO'ları karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Bu sonuca göre, El Sanatları ve Terapötik İletişimde Sanatın Kullanımı derslerini almış olmalarının, öğrencilerin empati becerileri ve okul başarıları üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin empati beceri puan ortalaması ile okul başarı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ). Bu sonuca göre, empati becerisinin okul başarısı üzerinde etkisi yoktur.

Öğrencilerin mesleki derslerdeki başarı durumları ile empati beceri puanları karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu bulgu öğrencilerin genel başarı durumları ile empati beceri puanları arasında ilişki bulunmaması sonucu ile uyumludur (Tablo 5).

**Tablo 5.** EBÖ-B ile Öğrencilerin Ders Başarıları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Mesleki Dersler	EBÖ-B N= 22	EBÖ-B1 N= 22	EBÖ-B2 N= 22	EBÖ-B3 N= 22	EBÖ-B4 N=22
Hemşirelik Esasları	r= 0.335 p= 0.128	r= 0.385 p= 0.07	r= 0.231 p= 0.301	r= 0.507 p= 0.06	
İç Hastalıkları Hemşireliği	r= -0.008 p= 0.971	r= 0.166 p= 0.448	r= 0.099 p= 0.662	r= 0.173 p= 0.441	
Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği	r= 0.338 p= 0.124	r= 0.210 p= 0.324	r= 0.247 p= 0.267	r= 0.260 p= 0.260	
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği	r= 0.191 p= 0.396	r= 0.267 p= 0.206	r= 0.315 p= 0.154	r= 0.145 p= 0.509	
Çocuk Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği	r= 0.321 p= 0.145	r= 0.145 p= 0.498	r= -0.168 p= 0.455	r= -0.040 p= 0.856	
Psikiyatri Hemşireliği	r= 0.170 p= 0.473	r= -0.078 p= 0.732	r= -0.416 p= 0.068	r= -0.098 p= 0.673	
Halk Sağlığı Hemşireliği	r= 0.077 p= 0.732	r= 0.199 p= 0.350	r= 0.543 p= 0.09	r= 0.347 p= 0.105	
Hemşirelikte Yönetim	r= -0.166 p= 0.483	r= -0.134 p= 0.552	r= -0.306 p= 0.190	r= -0.068 p= 0.771	
Hemşirelikte Öğretim	r= 0.320 p= 0.147	r= -0.024 p= 0.913	r= 0.076 p= 0.737	r= -0.147 p= 0.502	

Mesleğini sevdiğini belirten öğrenciler ile sevmediğini belirten öğrencilerin mezuniyet başarı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t=2.218$  ve  $p<0.05$ ). Mesleğini sevdiğini belirten öğrencilerin AGNO ortalaması daha yüksektir (Ortalama AGNO=2.85±0.48). Literatürde, bir başkasına yardım etme için empati becerisinin gerekli olduğu ve empatik eğilimi yüksek olan kişilerin,



insanlara yardım etmeyi istedikleri için hemşirelik mesleğini seçtikleri belirtilmiştir (Öz 1998).

Araştırmada, kardeş sahibi olanların EBÖ-B puanları ile kardeş sahibi olmayanların EBÖ-B puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Yapılan bir araştırmada hemşirelerin kardeş sayıları arttıkça empati becerilerinin arttığı saptanmıştır (Ay ve Sabuncu 1999). Ay ve Özcan'ın (2003) araştırmasında, kardeş sahibi olan öğrencilerin EBO-B puanları, kardeş sahibi olmayanların puanlarından anlamlı derecede yüksektir. Kardeş sahibi olma empati becerisini olumlu yönde etkilemektedir. Ancak, araştırma bulgumuz, bu literatür bilgisi ile uyumlu değildir.

Araştırmamızda, ailenin ilk çocuğu olma durumu ile EBÖ-B puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). İlk çocuk olma durumu empati becerisini etkilememektedir.

Karaaslan ve Özgür (2001), "Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği" dersinin EBÖ-B düzeyine etkisini inceledikleri araştırmada, dersi almadan önce EBÖ-B puanları ile kaldıkları yer arasında ilişkide, ayrı evde yaşayan öğrencilerin EBÖ-B puan ortalamalarını yurtda ve aile ya da akrabaları ile kalan öğrencilerin EBÖ-B puan ortalamalarından daha yüksek bulmuştur ( $F=2.75$ ,  $p<0.05$ ). Araştırmaya katılan öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile EBÖ-B puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu sonucun, izlenen öğrenci sayısının küçük grup özelliği taşımasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Hayvan besleme ile EBÖ-B puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, hayvan besleyenler ile beslemeyen öğrencilerin EBÖ-B puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). Ay ve Özcan'ın (2003) araştırmasında, hayvan besleyen öğrencilerin EBO-B puanları, beslemeyen öğrencilerin EBO-B puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

## **SONUÇ ve ÖNERİLER**

Dört yıl boyunca her eğitim dönemi sonunda empati becerileri değerlendirilerek, başarı durumları izlenen öğrencilerin, empati beceri puanlarının ilk yıldan itibaren arttığı, yaş, bilgi ve deneyim arttıkça EBÖ-B puanının arttığı belirlenmiştir. Bu sonuç mesleki eğitim ve klinik uygulamaların empati becerisini geliştirmeye katkıda bulunduğunu düşündürmektedir.

Mesleği sevme durumu ile okul başarısı arasında yakın ilişki vardır. Mesleği sevdiğini belirten öğrencilerin, sevmediğini belirten öğrencilere göre daha başarılı oldukları belirlenmiştir. Sevme durumunun başarıya isteğini arttırdığı söylenebilir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda öneriler şu şekilde sıralanabilir;

- Mesleği sevme durumu ile öğrencilerin okul başarıları arasında yakın ilişki vardır. Öğrencilerin, mesleği sevme yönünde güdülenmesi sağlanarak okul başarısı yükseltilebilir.
- Literatürde, kardeş sayısı, hayvan besleme durumunun empati becerisini olumlu yönde etkilediği belirtilmekle birlikte, araştırmanın küçük bir grup ile yapılması nedeniyle anlamlı ilişki bulunmamıştır. Benzer araştırma, büyük grupla tekrar yapılmalıdır.
- Mesleki bilgi ve deneyim arttıkça empati beceri puanı da yükselmektedir. Ders içeriklerinde empati kavramına geniş yer verilmesi, uygulamalar ile hasta-hemşire iletişim örneklerinin sayıca fazla örneklenmesi empati becerisini arttırabilir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Akkoyun F (1987). Empati ve ahlaki yargı. Psikoloji Dergisi, 6:21, 91-97.
2. Aştı N, Turgay M (1996). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin empatik becerileri ile hastaya bütüncül yaklaşımlarını içeren aktiviteleri arasındaki ilişki. Ankara, 32. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı.
3. Ay F, Sabuncu N (1996). Hemşirelerin empati becerilerinin değerlendirilmesi, Hemşirelik Bülteni, 12:45, 61-70.
4. Ay F, Özcan N (2003). Hemşire ve Ebe öğrencilerin empati becerileri ve kişilerarası ilişki tarzlarının incelenmesi, 07-11 Eylül 2003 II. Uluslar arası & IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 314-317.
5. Birol L (2004). Hemşirelik Süreci. 6. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık Ltd. Şti., 54-95.
6. Dökmen Ü (1998). Empati kurma becerisi ve sosyometrik statü arasındaki ilişki. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1-2: 21, 155-190.
7. Dökmen Ü (1996). İletişim Çatışmaları ve Empati. Sistem Yayıncılık, Ankara.
8. Dökmen Ü (1990). Yeni bir empati modeli ve empatik becerinin iki farklı yaklaşımla ölçülmesi. Psikoloji Dergisi, 7: 42-50.
9. Karaaslan A, Özgür G (2001). "Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği" dersi uygulamasının öğrencilerin empatik eğilim ve becerilerine etkisinin incelenmesi. I. Uluslar arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi kitabı, Antalya; Türkiye, 29 Ekim-2Kasım 2000; 311-314.
10. Kaplan HI, Sadock BJ (1998). Synopsis of Psychiatry. Williams&Wilkins, Baltimore.
11. Köseoğlu MS (1994). Psikolojik danışmanların empatik becerilerinin ve kişilik özelliklerinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
12. Öz F (1993). Hemşirelerin empatik iletişim becerisi ve eğilimine eğitimin etkisi. III. Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, 391-402.

13. Öz F (1998). Hemşirelikte özgecilik (Yardım edicilik). Cumhuriyet Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi, 2: 1, 53-58.
14. Özcan A (1996). Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. İzmir, Saray Tıp Kitabevleri, 62-63.
15. Pek H, Dedik T (2001). Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin empatik beceri gelişimi: Longitudinal bir çalışma. I. Uluslar arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi kitabı, Antalya; Türkiye, 29 Ekim-2Kasım 2000; Kongre Kitabı, 428-430.
16. Pek H ve ark. (1995). Çocuk hemşirelerinin empatik eğilim ve empati becerilerinin saptanması. IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 32-33.
17. Pektekin Ç (1997). İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda uygulanan eğitimin öğrencilerin davranışları ve benlik saygısı üzerine etkisi. III. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kitabı, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basımevi, 38-46.
18. Sabuncu N (1997). "Empati Kavramı ve Hemşirelik". Kocaeli Üniversitesi 12 Mayıs Hemşirelik Haftası Etkinlikleri Konuşması, İzmit.
19. Squier RW (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships, Soc. Sci. Med., 30: 11, 325-339.
20. Tanndağ ŞR (1992). Ankara'daki ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan personelin empatik eğilim ve empatik beceri düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü .
21. Terakye G (1995). Hasta Hemşire İlişkileri. 4. Baskı, Ankara, Aydoğdu Ofset, 118-123.
22. Velioglu P (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuram. İstanbul, Alaş Ofset Matbaacılık, 221-283.
23. Wispe L (1986). The distinction between sympathy and empathy: to call forth a concept, a word is needed. Journal of Personality and Social Psychology. 50:2, 314-321.
24. Yaşar İ (1993). Hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin psikolojik ihtiyaç örüntüleri ve empati Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ankara.

---

## HİSTEREKTOMİ OLMUŞ KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

### THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN WHO HAD HYSTERECTOMY

**Emine ESEN**

**Olcay ÇAM**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bornova / İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Histerektomi, Yaşam Kalitesi

**Key Words:** Hysterectomy, Quality of Life

---

### ÖZET

Histerektomi ameliyatı olan kadınlar; doğurganlığının kaybı ile birlikte, eşiyle ilişkisinin etkilenmesi, beden imajının değişmesi, menopozun etkileri gibi pek çok konuda endişe ve korku yaşayabilirler. Bu nedenle kadının yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir.

Bu araştırma, Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinden izin alındıktan sonra, Kadın Doğum Polikliniğinde, Ocak-Nisan 2005 tarihleri arasında, yapılmıştır. Araştırmaya, görüşmeyi kabul eden, basit raslantısal yöntemle seçilen 82 kadın katılmıştır. Veriler anket formu ve WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkiye versiyonu kullanılarak toplanmıştır.

Yaşam kalitesi puanları ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi, Post Hoc testi, t testi ve korelasyon analizi yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda kadınların %48.8'inin ameliyat sonrası psikolojik sorun yaşadığı, %37.7'inin ameliyat sonrasında cinsel hayatlarında değişiklik olduğu saptanmıştır.

Kadınların fiziksel yaşam kalitesi puan ortalamalarının evlilik süreleri ve canlı doğum sayılarının artışı ile azaldığı, diğer bir deyişle yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır ( $r_1 = -0.27$ ,  $P_1 = 0.021 < 0.05$ ,  $r_2 = -0.341$ ,  $P_2 = 0.002 < 0.001$ ). Ayrıca, araştırmaya katılan kadınlardan eşleri ile olan ilişkilerinde ve cinsel yaşamlarında değişiklik yaşayanların yaşam kalitesi sosyal boyut puan ortalamalarının düştüğü bulunmuştur ( $t_1 = -4.51$ ,  $P_1 = 0.00 < 0.01$ ,  $t_2 = -3.60$ ,  $P_2 = 0.00 < 0.01$ ).

## SUMMARY

*Women who had undergone hysterectomy concurrently with permanent loss of fertility may experience anxiety and fear such as effects on the relation with her husband, changing body image and menopause effects. Thus woman's quality of life is influenced negatively.*

*This research is ocured to determine women's quality of life applying to Obstetrics and Gynecology department out-patient service who had undergone hysterectomy.*

*After getting permission from İzmir Atatürk Teaching and Research Hospital, the research took place in Obstetrics and Gynecology department out-patient service, between January-April 2005. 82 women who accepted conversation and selected by simple coincident method participated in this study. Data were collected by researcher using WHOQOL-BREF Scale of Quality of Life and public survey.*

*It is assigned that after surgery 48.8 % of women experienced psychological problems and 37.7 % of women had changes in their sexual lives.*

*It is assigned that women's quality of physical live means decrease, in other words quality of life decreases as marriage time and number of live births increase ( $r_1 = -0.27$ ,  $P_1=0.021<0.05$ ,  $r_2=-0.341$ ,  $P_2=0.002<0.01$ ). It is also found out that the quality of social life point means decrease in participating women who live changes in relation with husband and sexual life ( $t_1 = -4.51$ ,  $P_1 = 0.00<0.01$ ,  $t_2 = -3.60$ ,  $P_2=0.00<0.01$ ).*

## GİRİŞ

Sağlıklı bir yaşam, her bireyin doğuştan kazandığı haklar arasında yer alır. Sağlıklı bir toplum oluşmasında kadının evrensel rolü yadsınamaz. Buna ek olarak toplumun en küçük birimi olan ailede, kadından ana ve eş olarak, ailenin ayakta tutulması, sağlıklı nesiller yetiştirilmesi istenmektedir. İnsan türünün çoğalmasını sağlayan kadının, bu özelliğini yitirmesi durumunda toplumlarda kabul veya red edilmesine neden olmaktadır. Doğuramayan kadınların çoğu boşanma veya üzerine başka bir kadın getirilmesi şeklinde olumsuzluklarla karşılaşmaktadır. Bu durum karşısında kadın, kadınlığını doğurganlık yeteneği ile eş tutarak doğurganlığa önem verir hale gelmektedir (Coşkun 1992, Erkan 1999, Karanisaoglu 1990, Sevil ve Kantar 2004).

Ülkemizde kadınların çoğu erken yaşta evlenme, sık aralıklarla ve fazla sayıda doğum yapma, istenmeyen koşullarda düşük yapma, düzenli jinekolojik kontrolden geçmeme gibi nedenlerle jinekolojik sorunlar açısından büyük risk altındadır (Sevil ve Kantar 2004).

Genel olarak histerektomi; ağrılı kanama gibi semptomatik yakınmalar, displazi karsinoma insitu, adenomatoz, hiperplazi, selim ve habis tümörler gibi hastalıklarda uygulanır. Ancak, günümüzde bu

operasyon ile ilgili olarak, özellikle malign olmayan durumlarda uygulanmasının gereksiz olduğuna ilişkin tartışmalar sürmektedir. Çünkü, üreme organları sağlıklı olduğu sürece kadının yaşamına anlam verdiğine inanılır. Bu organların sağlığı bozulduğunda ya da kaybı söz konusu olduğunda kadının fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığı tehdit altına girer (Erkan 1999, İnanç 1988).

Histerektomi ameliyatı olan kadınlar doğurganlık veya cinsel birleşme yeteneğinin kaybı, bunun sonucu olarak eşi ile ilişkisinin bozulması, kadınlık yeteneğinin kaybı, beden imajının değişmesi, menopozun zararlı etkileri, fiziksel güç kaybı gibi pek çok konuda endişe ve korku yaşayabilirler. Tüm bu olumsuz sonuçlar kadının yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Ancak operasyon sonrası olumsuz semptomların ve sorunların önemli bir oranda ortadan kalkmasıyla kadının yaşam kalitesinin düzeyi artmaktadır (Erkan 1999).

Bu araştırma; histerektomi ameliyatı geçiren kadınların, histerektomi sonrası yaşam kalitesi düzeylerini ve yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirleyebilmek amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu araştırma “Histerektomi olmuş kadınların Yaşam Kalitesinin” incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yapılmış bir çalışma olup 05.01.2005-28.04.2005 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma evrenini, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine araştırma süresince başvuran tüm histerektomi olmuş hastalar (n=170), örneklemini de görüşmeyi kabul eden 82 kadın oluşturmuştur.

Veriler literatüre dayanarak hazırlanan ve 33 sorudan oluşan “Histerektomi Olmuş Kadınları Tanıtıcı Anket Formu” ve Yaşam Kalitesini belirlemek amacıyla “WHOQOL-BREF” yaşam kalitesi ölçeği Türkiye versiyonu yardımıyla, yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Anket Formunun bir bölümü araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerini diğer bölümünde operasyon sonrası organ kaybının kadında yarattığı sorunlarla ilgili soruları içermektedir.

WHOQOL-BREF, bireylerin, yaşam kalitesini ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Uluslararası uygulanan ölçekte toplam 26 soru bulunmaktadır. WHOQOL Türkiye Grubu, ölçeğin Türkiye’de

uygulanabilmesi için uluslararası ölçeğe bir soru eklemiş ve kullanıma sunmuştur.

Her soru 1 ila 5 arasında değişen puan alır. Ölçek fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel olmak üzere 4 başlıkta incelenir. Türkiye Grubu'nun önerdiği ölçekte Çevre alanı kültürel olarakta incelenir. Yapılan güvenilirlik çalışmalarında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Bölüm ve Alanların İç Tutarlılığı

Alan	Cronbach Alfa
Bedensel	0,83
Ruhsal	0,66
Sosyal	0,53
Çevre (Kültürel)	0,73
Çevre (Global)	0,73

Kaynak: Fidaner H, Ünal S, Aydemir Ö (1999), Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, 3P Dergisi, Prizma ofset, Ankara, 7(2); 37.

Görüldüğü üzere en yüksek güvenilirlik katsayısı Bedensel alanda, en düşük güvenilirlik katsayısı Sosyal alanda saptanmıştır (Fidaner ve ark. 1999).

WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak yaşam kalitesi alt boyut puanları aşağıdaki tabloya göre hesaplanabilir.

**Tablo 2.** WHOQOL-BREF Ölçeğinin Puan Hesaplaması

Alt Ölçekler	Sorular
1. Fiziksel Sağlık Alanı	(6-S3)+(6-S4)+S10+S15+S16+S17+S18
2. Psikolojik Sağlık Alanı	S5+S6+S7+S11+S19+(6-S26)
3. Sosyal İlişkiler Alanı	S20+S21+S22
4. Çevre Alanı (Global)	S8+S9+S12+S13+S14+S23+S24+S25
5. Çevre Alanı (Kültürel)	S8+S9+S12+S13+S14+S23+S24+S25+(6-S27)

Yapılan bu çalışmada da bu ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur.

Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Histerektomi olmuş kadınların sosyo-demografik özelliklerinin, ameliyat sonrası yaşadıkları sağlık ve psikolojik sorunları, gebelik durumları, medeni durumları ve sağlık durumları sayı ve yüzde olarak tablolar halinde verilmiştir. Histerektomi olan kadınların WHOQOL-BREF yaşam kalitesine göre aldığı puanların dağılımlarında

ortalama, standart sapma, standart hata, minimum ve maksimum değerlerinden yararlanılmıştır.

Yaşam kalitesi puanları ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi, Post Hoc testi, t testi ve korelasyon analizi yapılmıştır.

### BULGULAR VE TARTIŞMA

**Tablo 3.** Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>TANITICI ÖZELLİKLER (n=82)</b>	<b>SAYI</b>	<b>YÜZDE</b>
<b>YAŞ GRUBU</b>		
49 yaş ve aşağısı	42	51
49 yaştan yukarısı	40	49
<b>EĞİTİM DURUMU</b>		
Okur Yazar Değil	22	26,83
İlk Öğretim	50	60,98
Lise	6	7,32
Lisans	4	4,87
<b>MESLEK</b>		
Ev Hanımı	74	90,24
İşçi	1	1,22
Memur	3	3,66
Serbest Meslek	3	3,66
Emekli	1	1,22
<b>MEDENİ DURUM</b>		
Evli	69	84,15
Bekar	3	3,65
Diğer – Dul veya Boşanmış	10	12,20
<b>SOSYAL GÜVENCE</b>		
Var	79	96,34
Yok	3	3,66
<b>YERLEŞİM YERİ</b>		
Köy	13	15,85
İlçe	21	25,61
İl	48	58,54
<b>GELİR DURUMU</b>		
Az	27	32,93
Denk	53	64,63
Fazla	2	2,44
<b>OTURDUĞUNUZ EV DURUMU</b>		
Evet	67	81,70
Kira	10	12,20
Bir Yakın Evi	5	6,10

Araştırmaya katılan kadınların sosyo demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 3 te verilmiştir. Buna göre; histerektomi olmuş kadınların %51'i 49 yaş ve küçük yaştadır. Erkan'ın (1999) yaptığı



çalışmada kadınların %32.2'sini 45-49 ve %32.2'sini 40-44 yaş olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubundaki kadınlar cinsel olgunluk döneminde olduklarından jinekolojik sorunlar yönünden yoğunluk yaşamaları beklenen bir durumdur. Eğitim durumuna bakıldığında; kadınların %22'sinin okur yazar olmadığı, %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %6'sının lise, %4.'ünde Lisans mezunu olduğu görülmektedir. Karanisaoğlu (1990) yapmış olduğu çalışmada kadınların %43.2'sinin ilkokul mezunu olduğunu belirlemiştir.

**Tablo 4.** Kadınların Ameliyat Öykülerine Göre Dağılımları

<b>ADET OLMA DURUMLARI VE TEDAVİ</b>	<b>SAYI</b>	<b>YÜZDE</b>
<b>AMELİYAT ÖNCESİ ADET OLMA (n=82)</b>		
Evet	59	71,95
Hayır	23	28,05
<b>HRT (n=82)</b>		
Evet	23	28,05
Hayır	59	71,95
<b>AMELİYAT BİLGİLERİ</b>		
<b>AMELİYAT OLMA NEDENİ</b>		
<b>(Bir kişi birden fazla cevap vermiştir)</b>		
Myom Uteri	48	58,54
Over Kisti/CA	16	19,51
Endometrium CA	10	12,20
Uterus CA,Uterus Prolapsus	8	9,76
Serviks CA	6	7,32
Diğer	8	9,76
<b>AMELİYAT ÖNCESİ BİLGİ (n=82)</b>		
Evet	79	96,34
Hayır	3	3,66
<b>AMELİYAT SONRASI PSİKOLOJİK DURUM</b>		
<b>EŞ İLİŞKİLERİ DEĞİŞTİ Mİ? (n=69)</b>		
Evet	17	24,64
Hayır	52	75,36
<b>CİNSEL HAYAT ETKİLENME DURUMU (n=69)</b>		
Evet	26	37,68
Hayır	43	62,32
<b>PSİKOLOJİK SORUN YAŞAMA (n=82)</b>		
Evet	40	48,78
Hayır	42	51,22
<b>YAPILAMAYACAKLAR</b>		
<b>(Bir kişi birden fazla cevap vermiştir)</b>		
Çocuk Doğurma	66	80,49
Cinsel İst. Azalma	20	24,39
Eşlerin İlgi Kaybı	8	9,76
Vücut Büt. Boz.	10	12,20
Hiçbiri	7	8,54
Diğer	2	2,44

Araştırmaya katılan kadınların %90.24'ünün ev hanımı, %84.15'inin de evli olduğu saptanmıştır. Erkan (1999) yaptığı çalışmada kadınların %75.9'unun ev hanımı, %88.5'ininde evli olduğunu saptamıştır. Ayrıca kadınların %58.34'ünün ilde oturduğu, %64'ünün gelirinin giderine denk olduğu ve %81'ininde kendi evinde oturduğu saptanmıştır. Karanisaoğlu (1990) çalışmasında, kadınların %59.5'inin gelirinin giderine denk olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların sağlık sorunlarına göre dağılımları incelendiğinde; %63.41'inin histerektomi dışında da sağlık sorunu olduğu, %36.59'unun olmadığı saptanmıştır. Bunlardan %48.08'inin hipertansiyon(HT) ve %23.08'in de de diabetes mellitüs(DM) olduğu saptanmıştır. Erkan (1999) yaptığı çalışmada DM ve HT bu yaş grubuna özel hastalık olduğunu belirlemiştir. Kadınların düzenli jinekolojik muayeneye gitme durumları incelendiğinde %70.73'ünün düzenli muayeneye gitmediği saptanmıştır.

Tablo 4'de kadınların ameliyat öykülerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre, kadınların ameliyat öncesi adet görme durumları incelendiğinde, kadınların %71.95'inin ameliyat öncesi adet gördüğü saptanmıştır. Erkan (1999) yaptığı çalışmada kadınların %83'9'unun ameliyat öncesi adet gördüğünü, Sevil ve Kantar (2004) kadınların ameliyat öncesi %70'inin adet gördüğünü saptamışlardır. Histerektomi ameliyatı olan kadınların %71.95'inin ameliyat sonrası Hormon Replasman Tedavisi (HRT) almadığı, %28.05'ininde histerektomi sonrası menapozun getireceği sorunlardan kurtulmak için HRT tedavisi aldığı belirlenmiştir. Erkan (1999) yaptığı çalışmada hastaların, %50.6'sının HRT tedavisi aldığını, %32.2'sinin ise almadığını belirlemiştir. Araştırmaya katılan kadınların ameliyat olma nedenleri incelendiğinde, %58.54'ünün myom-uteri, %19.51'inin over kisti/ca, %12.20'sinin endometrium ca, %9.76'sının uterus ca ve prolapsus, %7.32'sinin de serviks kanseri nedeniyle ameliyat olduğu belirlenmiştir. Kadınların %96.34'ünün ameliyat öncesi ameliyat hakkında bilgi aldığı saptanmıştır. Karanisaoğlu (1990) yaptığı çalışmada kadınların %52'sinin myom uteri, %17.7'sinin over kisti tanılarıyla ameliyat olduğunu belirlemiştir.

Araştırmaya katılan kadınların ameliyat sonrası psikolojik durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; kadınların %75.36'sı eşi ile olan ilişkilerinin değişmediğini, %62.32'si cinsel hayatlarında bir değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. Ryan ve ark. (1989) tarafından aktarıldığı üzere; Richards, (1974) yaptığı çalışmada kadınların cinsel fonksiyonlarında bir iyileşme olduğunu, büyük bir kısmının da değişmeden kaldığını belirlemiştir. Ayrıca Katz 2003 tarafından aktarıldığı üzere; Finlandiya'da yapılan bir araştırmada abdominal

histerektomi geçiren kadınlarda libidoda gözle görünür bir artış olduğunu ve orgazmda da bir değişiklik olmadığını gözlemlemişlerdir. Galyer ve ark. (1999), yaptığı başka bir araştırmada da histerektomi geçiren ve geçirmeyen kadınlar arasında cinsel istek karşılaştırması yapmış ve herhangi bir fark bulamamıştır. Lambden ve ark. (1997) yaptıkları çalışmalarda ise kadınların cinsel fonksiyonları dahil olmak üzere sağlık durumunun iyileştiğini belirtmişlerdir. Buna karşın, Katz tarafın-dan aktarıldığı üzere; Benhard (1992) yaptığı çalışmasında histerek-tominin kadınların cinsel yaşamını olumsuz etkilediğini belirtmiş, Gutl ve ark. (2001), Saini ve ark. (2002) total abdominal histerektomi ameliyatı geçirmiş kadınların diğerlerine göre cinsel bakımdan daha fazla sıkıntılı olduklarını bulmuşlardır. Erkan (1999) yaptığı çalışmada kadınların %62.1'inin ilişki sıklığında azalma olduğunu bulmuştur. Bu farkın kaynağı da, cinselliğe olan bakış açısı ve eşlerin histerektomi sonrası kadını cinsel açıdan nasıl değerlendirdiği ve ameliyat türü ile ilgilidir. Karanisaoglu (1990) yaptığı çalışmada kadınların %45.1'inin cinsel yaşamında değişiklik olmayacağını belirlemiştir. Ayrıca Eti (1998) yaptığı araştırmada kadınların %77.27'sinin ameliyatın cinsel yaşamlarını etkilemeyeceğini düşündüklerini ifade ettiğini ortaya koymuştur.

Bu araştırmaya katılan kadınların %51.22'sinin psikolojik sorun yaşamadığı, %48.78'inin de psikolojik sorun yaşadığı bulunmuştur. Ryan ve arkadaşları (1989) tarafından aktarıldığı üzere; daha önceki bir çok çalışmada histerektomi sonrası olumsuz psikolojik reaksiyonlar yaşandığı ve bu reaksiyonların ise sadece depresyon değil, aynı zamanda ajitasyon ve insomnia olduğu belirtilmiştir. Bunlara karşın diğer bazı çalışmalarda ise histerektominin ruhsal hastalık ortaya çıkarma açısından fazla önemi olmadığı belirtilmiştir.

Ayrıca kadınların %80.49'unun çocuk doğurma %24.39'unun cinsel istekte azalma, %12.20'sinin vücut bütünlüğünde bozulma, %9.76'sinin eşlerinin ilgi kaybı, %8.54'ünün de hiç bir işlevini kaybetmeyeceklerini düşündüğü belirlenmiştir. Eti (1998) yaptığı araştırmada histerektomi olmuş kadınların çocuk doğurma fonksiyonlarının kaybedilmesinden olumsuz etkilendiklerini bulmuştur.

Tablo 5 te araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesini etkileyen faktörlere göre dağılımları verilmiştir. Kadınların fiziksel alandan aldıkları puan ortalamaları ile, evlilik süreleri, canlı doğum sayıları, yerleşim yerleri, psikolojik sorun yaşamaları ve düzenli jinekolojik muayene olmaları arasında; psikolojik alandan aldıkları puan ortalamaları ile eğitim durumları, yerleşim yerleri, psikolojik sorun yaşamaları ve düzenli jinekolojik muayene olmaları arasında; sosyal alandan aldıkları puan ortalamaları ile, eğitim durumları, psikolojik

sorun yaşamaları, eşleri ile olan ilişkilerinin değişmesi ve cinsel hayatlarının değişmesi arasında; çevre alanlarından aldıkları puan ortalamaları ile de, eğitim durumları, meslekleri, yerleşim yerleri ve düzenli jinekolojik muayene olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ( $P<0,05$ ). Erkan (1999) yaptığı çalışmada kadınların eğitim durumlarının kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilediğini bulmuştur. Bu bulgular, birbirleriyle uygunluk göstermektedir.

**Tablo 5.** Kadınların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlere Göre Dağılımı

<b>FAKTÖRLER</b>		<b>Fiziksel Alan</b>	<b>Psikolojik Alan</b>	<b>Sosyal Alan</b>	<b>Çevre Alanı</b>	<b>Çevre Alanı K.</b>
<b>Evlilik Süresi</b>	<b>R</b>	<b>-0,277</b>	-0,165	-0,017	-0,131	-0,150
	<b>P</b>	<b>P&lt;0,05</b>	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05
<b>Canlı Doğum Sayısı</b>	<b>R</b>	<b>-0,341</b>	-0,199	-0,099	-0,167	-0,194
	<b>P</b>	<b>P&lt;0,05</b>	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>F</b>	2,653	<b>3,976</b>	<b>3,533</b>	<b>9,391</b>	<b>9,148</b>
	<b>P</b>	P>0,05	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>
<b>Meslek</b>	<b>F</b>	2,252	2,660	2,382	<b>3,997</b>	<b>4,443</b>
	<b>P</b>	P>0,05	P>0,05	P>0,05	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>
<b>Yerleşim Yeri</b>	<b>F</b>	<b>3,952</b>	<b>9,267</b>	1,895	<b>14,544</b>	<b>14,724</b>
	<b>P</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	P>0,05	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>
<b>Psikolojik Sorun Yaşama</b>	<b>t</b>	<b>-3,20</b>	<b>-3,96</b>	<b>-2,19</b>	-1,61	-1,89
	<b>P</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	P>0,05	P>0,05
<b>Eş İle Olan İlişkiler</b>	<b>t</b>	0,17	-0,24	<b>-3,60</b>	-0,30	0,02
	<b>P</b>	P>0,05	P>0,05	<b>P&lt;0,05</b>	P>0,05	P>0,05
<b>Düzenli Jinekolojik Muayene olma</b>	<b>t</b>	<b>2,61</b>	<b>2,24</b>	1,04	<b>2,33</b>	<b>2,38</b>
	<b>P</b>	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>	P>0,05	<b>P&lt;0,05</b>	<b>P&lt;0,05</b>
<b>Cinsel Yaşamda Değişiklik</b>	<b>t</b>	-0,17	-0,45	<b>-4,51</b>	-0,52	-0,26
	<b>P</b>	P>0,05	P>0,05	<b>P&lt;0,05</b>	P>0,05	P>0,05

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Medikal müdahaleler yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir. Histerektomi, kadının kadınlık rolünü etkileyen bir cerrahi müdahale olduğu için, histerektomi geçiren kadınların toplumdaki konumları değişebilmekte, hatta bazı durumlarda toplumdan dışlanabilmektedirler. Bu durum kadınların histerektomi sonrası yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir.

Bu araştırmada kısaca şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırmaya katılan kadınların evlilik sürelerinin ve canlı doğum sayılarının yaşam kalitesi fiziksel alt boyutunu olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Öte yandan yaş, kürtaj sayısı ve gebelik sayısı yaşam kalitesi puanlarını etkilememektedir.

- Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları yaşam kalitesinin; psikolojik, sosyal ve çevre alt boyutlarıyla olumlu yönde ilişkili bulunmuştur. Eğitim durumu arttıkça bu boyutlardaki puanlar da artmaktadır. Kadınların meslekleriyle (ki çoğu ev kadını %90) sadece çevre alt boyutu olumlu yönde ilişki bulunmuştur. Kadınların yerleşim yerleriyle yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve çevre alt boyutlarıyla olumlu yönde ilişki bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumlarının, mesleklerinin, eşlerinin mesleklerinin, gelir düzeylerinin, yerleşim yerlerinin, eşlerinin eğitim durumlarının yaşam kalitesi ortalamalarını etkilediği bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesi ortalamalarının arttığı, aynı şekilde gelir düzeyleri arttıkça da yaşam kalitesi ortalamalarının arttığı bulunmuştur. Öte yandan kadınların medeni durumlarının, yaşadıkları evin durumunun yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan kadınların sosyal güvenceye sahip olmalarının, ameliyat sonrası psikolojik sorun yaşamalarının, ameliyat sonrası eşi ile olan ilişkilerinin değişmesinin, düzenli jinekolojik muayene olmalarının, ameliyat sonrası cinsel hayatlarının değişmesinin yaşam kalitesi ortalamalarını etkilediği, bu etkilenişin ise şu şekilde olduğu görülmüştür. Kadınların ameliyat sonrası psikolojik sorun yaşamaları ile yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal alt boyutlarıyla olumsuz yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Kadınların eşleriyle ilişkilerinde ve cinsel yaşamlarında değişiklik yaşamalarıyla yaşam kalitesinin sosyal boyutları arasında olumsuz yönde ilişkiler saptanmıştır. Kadınların düzenli jinekolojik muayeneye gitmeleri ile yaşam kalitesinin sosyal alan dışındaki diğer boyutları (fiziksel, psikolojik ve çevre-kültürel ve global) arasında olumlu yönde ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Öte yandan, ameliyat öncesi adet görmelerinin, yeterli çocuğa sahip olmalarının, başka bir sağlık sorununa sahip olmalarının, kürtaj olmalarının, HRT görmelerinin ve ameliyattan önce bilgi sahibi olmalarının yaşam kalitesi ortalamalarını etkilemediği görülmüştür.

Bu araştırmadan elde edilen veriler ışığında;

- Kadınların düzenli jinekolojik muayene olmaları ile yaşam kalitesi ortalamaları arasında ilişki saptanmıştır. Bu nedenle kadınların belirli aralıklarla ve sürekli olarak tıbbi kontrole yönlendirilmesi,
- Ameliyat sonrası eş ilişkileri ve cinsel hayatlarının değişmeyeceği konusunda kadınların ve eşlerinin bilgi düzeyinin yükseltilmesi,
- Kadınların canlı doğum sayılarının fiziksel olarak kadınları etkilediği saptandığından, ailelerin aile planlaması konusunda bilgi düzeylerinin artırılması,

- Kadınların ameliyat sonrası psikolojik sorun yaşamamaları için kadınlara ve ailelerine bilgi verilmesi,
- Ameliyat sonrası cerrahi menopoza giren kadınların yaşam kalitesinin artırılması ve menapozun olumsuz etkilerinin azaltılması için HRT hakkında bilgilendirilmeleri önerilebilir.

### **KAYNAKLAR**

1. Coşkun A (1992). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 2-17.
2. Erkan S (1999). Histerektomi Ameliyatı Geçiren Kadınların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi.
3. Eti F (1998). Histerektomi Ameliyatının Kadında Yaratacağı Depresyonun İncelenmesi ve Bunun Giderilmesinde Hemşirenin Etkinliği, Uluslararası Cerrahi Kongresi Kitabı, İstanbul, Hilal Matbaacılık, 186-193.
4. Fidaner H, Ünal S, Aydemir Ö(1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, Prizma Ofset, Ankara, 7: 2, 31-38, 55-68.
5. İnanç N (1988). Histerektomi Geçiren Hastaların Postoperatif Hemşirelik Bakımı ve Öğrenci Hemşirelerin Bu Hastalarda Saptadıkları Sorunların İncelenmesi, Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı, Hilal Matbaacılık, 242-249.
6. Karanisaoglu H (1990). Histerektomi Ameliyatının Kadınlık Yetenekleri ve Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi, 2. Ulusal Cerrahi Kongresi Kitabı, Hilal Matbaacılık, İstanbul, 155-162.
7. Katz A (2003). Sexuality After Hysterectomy: A Review of The Literature and Discussion of Nurse's Role, Journal of Advanced Nursing 42:3, 297-303.
8. Lambden PM, et al. (1997). Women's Sense of Well-Being Before and After Hysterectomy, JOGNN, 26:5, 540-548.
9. Ryan MM, et al. (1989) Psychological Aspects of Hysterectomy: A Perspective Study, British Journal of Psychiatry, 154, 516-522.
10. Sevil Ü, Kantar B (2004). Histerektomi Ameliyatı Olmuş Kadınlarda Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 18:1, 17-24.

## HEMŞİRELERİN KİŞİSEL DEĞERLERİNİN VE İŞ DOYUMLARININ İNCELENMESİ

### THE EVALUATION OF NURSES' PERSONEL VALUES AND THEIR JOB SATISFACTION

Gülseren KESKİN Gül Özlem YILDIRIM

Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** iş doyumunu, hemşirelik, değerler

**Key Words:** Job satisfaction, nursing, values

---

### ÖZET

Bu çalışmada, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan hemşirelerin iş doyumunu düzeylerinin bazı sosyo-demografik değişkenler ve kişisel değerlerle ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmanın popülasyonunu bu hastanede çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler oluşturmuştur. Çalışmaya katılan 120 hemşireden alınan veriler; sosyo-demografik veri toplama formu, değerler skalası ve iş doyumunu ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı olarak sayı, yüzde, ortalama, standart deviasyon kullanılmıştır. Analitik istatistikleri ise ki-kare, ANOVA, Cluster ve korelasyon analizleri oluşturmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre; hemşirelerin ortalama iş doyumunu puanları  $64.3 \pm 12.9$  dir. Eğitim düzeyinin iş doyumunu etkilediği saptanmıştır ( $F:7.51$   $p < 0.001$ ). Mesleklerinde mutlu olduklarını söyleyenlerin iş doyumunu düzeyleri yüksek bulunmuştur. İş doyumunu ve yaşam memnuniyeti arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $F:20.4$   $p < 0.001$ ). Hemşirelerin yaşına göre iş doyumları arasında anlamlı ilişki vardır ( $\chi^2 :0.000$   $p < 0.001$ ). İş doyumunu ve hemşirelerin kişisel değerleri arasında korelasyon saptanmıştır. Sonuç olarak; iş doyumunu, sosyo demografik faktörler ve hemşirelerin kişisel değerlerinden etkilenmiştir.

### SUMMARY

*The objective of this study was to determine the association between the value, social/demographic characteristics and the level of job satisfaction among the nurses of Ege University Medical Faculty. The research design was descriptive study. The study population was all staff nurses who were working in this hospital and accept to participate to study. The data was collected via a questionnaire for the social/demographic characteristics, value scale and a scale was utilised for determining the level of job satisfaction among the 120 nurses*

who participated in the study. Data were analyzed by using descriptive statistics such as frequency, percents, means, and standard deviations. Moreover, for analytical statistics Chi-square tests, ANOVA, Cluster, correlation were employed.

The research results showed that the average level of nurses job satisfaction was determined as  $64.3 \pm 12.9$ . Education level were associated with the level of job satisfaction ( $F:7.51$   $p < 0.001$ ). The nurses who stated that they were happy had high levels of job satisfaction. There was significant differentiation between job satisfaction and life satisfaction ( $F:20.4$   $p < 0.001$ ). There was also a significant association between nurses's age and job satisfaction ( $\chi^2 :0.000$   $p < 0.001$ ). And there was a correlation between job satisfaction and personel value. Conclusion supported the influence of nurse attitude on job satisfaction relative to socio-demographic factors and nursing personel values.

## GİRİŞ

İnsanlar yaşamlarını sahip olduğu değerlerine göre yönlendirirler ve kendileri için önemli olan kararları, sahip oldukları değerlere göre verirler. Değerler, temel olarak kişisel inançları, normları ve davranışları yansıtır (Çimete ve Karagöz 1992, Bahçecik ve Pek 1998, Aurelio 2002).

Değerler açık ve kapalı olarak aile, din ve kültürel öğrenmelerle kazanılır. Başka bir deyişle; kişisel iletişim içinde olunan kişilerin, rol modellerinin gözlenmesi; bireyin kendi deneyimleri, güdüleri, farklı yaşam biçimlerinin görülmesi ve farklı felsefelerin öğrenilmesi değerlere etki ederek zamanla gelişir ve bu gelişim davranışlara yansır (Platin 1998, Taylor ve ark 1989, Bahçecik ve Pek 1998).

Çimete, Karagöz (1992), Fahrenwald ve ark (2005) nın aktardığı üzere; Feldman ve Newcomb, tüm insanlar tarafından paylaşılan ortak "altı temel tip" değeri; kuramsal, ekonomik, estetik, sosyal (toplumsal), politik (siyasal), dinsel değerler olarak tanımlamışlardır. Her bireyin yönelimi bu "altı tip" değerlerin tek bir karışımı olmasına rağmen, genellikle değer tiplerinden biri üstündür. Bu durum bireylerin herhangi bir konuda karar verdiklerinde, üstün olan değerlerin kararlarda etkin olmasına neden olur (Çimete, Karagöz 1992, Fahrenwald ve ark 2005).

Bir mesleğin temeli olan profesyonel değerler ise, kişisel değerlerin yansımaları ve genişlemesi ile oluşur. Çalışanlar meslek yaşamlarına başladıklarında birden değer geliştirmeye ya da değiştirmeye başlarlar. Yeni mesleki yaşam durumları ve deneyimleri ile karşılaştıkça, yeni bilgiler edindikçe, eski kişisel değerlerini yeni durumlara uyarlayarak mesleki değerlerini geliştirirler (Çimete, Karagöz 1992, Eddy ve ark 1994).

Profesyonel değerler aynı zamanda, kişisel davranışları etkileyen inanç ve tutumların değerlendirilmesi ile ortaya çıkmıştır. Eddy ve



arkadaşlarına (1994) göre öğrenilmiş olan değerler; davranışları temel alan kişisel deneyimlerden doğmuştur. Değerler hemşirelik bakımında önemli bir yere sahiptir. Çünkü hemşire girişimleri sırasında yaşadığı açmazları çözümlerken tekrar tekrar bu değerlerle yüz yüze gelir.

Profesyonel çalışma ortamlarında değerler, inançlar ve tutumlar birbirleri ile neden-sonuç ilişkisinden ötürü sıkı bir bağlantı içindedir ve hemşirelerin hemşirelik girişimleri-uygulamaları için her gün pek çok karar vermesi gerekir. Kararların verilme sürecinde sahip olunan ahlaki değerlerin, işletmenin faaliyet sonuçlarında olumlu-olumsuz etkiler yaptığı gösterilmiştir (Fahrenwald ve ark 2005, Duran Escribano 2004).

Profesyonel hemşirelik, işletme-çalışma ortamlarında uzun mesaili veya vardiyalı devam eden bir meslektir. Diğer sağlık çalışanları ve hasta/müşteri ile birlikte, zamanlarının çok önemli bir bölümü işyerlerinde geçmektedir. Bu büyük zaman dilimi içersinde en üst düzeyde mutluluğun ve tatminin sağlanması için her bireyin yapmaktan çok hoşlandığı bir işinin ve üyesi olmaktan mutluluk duyduğu bir örgütün olması gerekmektedir (Çetinkanat 2000).

Ayrıca hemşirelik uygulaması pek çok karar vermeyi gerektirir. Bu kararlar değerlere dayandığı için hemşireden hemşireye değişiklik gösterir Ancak hemşirelerin kişisel değerlerinin yanı sıra mesleki değerleri de vardır ve önemli olan nokta, hemşirelik uygulaması ile ilgili kararların mesleki değerlere dayandırılmasıdır. Yine değerler, sadece kararların temelini oluşturmayıp, karar verme sürecinin her elementinin de temelini oluşturur. Karar verecek kişi hangi değerlerine dayanarak karar verdiğinin bilincinde olursa, kendini kararla ilgili hissedecektir. Karar verme sürecin ilk adımını değerlerin fark edilmesi oluşturmaktadır (Çimete ve Karagöz 1992).

Dünya üzerindeki tüm insan davranışları farklıdır ve bu farklılığın odağı değerlerdir. Değerler tüm kültür, sosyal, kişisel tutum ve davranış çalışmalarının temelini oluşturmaktadır (Blomquist ve ark 1980).

Öte yandan iş doyumu, iş görenlerin işlerinden duydukları hoşnutsuzluk veya hoşnutsuzluk olarak tanımlanabilir. İşe karşı pozitif tutum iş doyumuna eşdeğerdir. İşe karşı negatif tutum ise iş doyumunsuzluğu olarak adlandırılabilir (Mathieu 1993). Buradan hareketle, bireyin işyerinde yüksek iş tatmini hissetmesi, bu kişinin genelde işini sevdiği ve işine olumlu yönde değer verdiği sonucunu ortaya koymaktadır. İş doyumunu, işin özellikleriyle çalışanların istekleri birbirine uyduğu zaman gerçekleşmektedir. Bu durum, eşitlik ve temelde alışveriş kuramına (exchange theory) bağlı psikolojik anlaşma yaklaşımıyla açıklanabilir (Yetim 1994). İş doyumunu, yaşam doyumunu ile doğrudan ilintilidir. Yaşam doyumuna bağlı olarak iş doyumunda değişiklikler görülebilmektedir. Bu

nedenle yapılan araştırmaların bir kısmı her iki doyumunu birlikte ele almaktadır (Brett 1995). Bununla birlikte iş doyumunu ile ilgili yapılan çalışmalar, çalışanların gevlerinin belirginliği, işe katılımları, parasal ödüller, işin doğası, kişilerin verimli kullanılabilmesi gibi birçok faktörün iş doyumuna etki ettiğini göstermektedir (Ting 1997, Igbaria 1994).

İş doyumunu ile ilgili olarak geliştirilen en önemli kuramlardan biri Frederick Herzberg'e aittir. Kurama göre, iş tatmininin iki ayrı boyutu bulunmaktadır. Bu iki farklı boyut bireylerin doyumunu sağlayan güdüleyici faktörler ile doyumunsuzluğa neden olan koruyucu faktörlerdir (Herzberg 2003). Herzberg'e göre koruyucu faktörler iş doyumunu sağlamamakla birlikte, iş doyumunsuzluğunu önlemektedir. Koruyucu faktörler yönetim, gözetim, çalışma koşulları, ücret ve arkadaş ilişkileri olarak ele alınabilir. Ücrette yapılan artış doğrudan iş doyumuna neden olmamakla birlikte, iş doyumunsuzluğunu da önlemektedir. Güdüleyici faktörler ise başarı, tanınma, işin kendisi, sorumluluk ve ilerleme olarak ele alınabilir. Koruyucu faktörler iş doyumunu doğrudan etkilemese de, dolaylı olarak etki etmektedir (Hellman, Chan 1997).

Meslek gruplarının iş doyumları birbirlerinden farklılık göstermektedir ve bu farklılık mesleki saygınlık, iş üzerindeki denetim, çalışma grubunun bütünleşme düzeyi, mesleki topluluk oluşturma, olarak tanımlanan dört temel etmen ile açıklanmaktadır. Buna göre: mesleğin saygınlığının ve çalışanın kendi işini ve başkalarının işini denetleme yetkisinin; yani örgüt hiyerarşisindeki gücünün artması; işin çalışanları birlikte çalışmaya yönlendirme düzeyinin türevi olarak tanımlanan çalışma grubunun bütünleşme düzeyinin artması; çalışanların iş dışında mesleki topluluk oluşturarak, kendileri için değerleri belli, zgn ve kkk bir dünya yaratabilme olanaklarının artması, iş doyumunu artırmaktadır (Herzberg 2003).

Sur ve arkadaşlarının (2002) SSK Göztepe Eğitim Hastanesi'nde yaptıkları bir çalışmada; hizmetli ve idari personel grubunda yer alan çalışanların hemşirelerden daha yüksek iş doyumuna sahip oldukları bulunmuştur. Doktorların iş doyumları ise idari personel grubundakilere göre daha düşük saptanmıştır.

Aslan ve Akbayrak (2002)'in hemşirelerde iş doyumunu üzerine yaptıkları çalışmada hemşirelerin genel iş doyum düzeyinin ortanın biraz üzerinde olduğu tespit edilmiştir. "Amirle ilişkiler", "İşin özelliği", "alışma arkadaşları ile ilişkiler", "İletişim", "alışma koşulları" alanlarında, hemşirelerin ortanın üzerinde iş doyumunu yaşadıkları, en düşük doyum alınan alanın "cret" olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik profesyonellerinin temel amacı bakım alan bireye kaliteli bakım vermektir. Bu boyuttan bakıldığında, profesyonel hasta

bakımı süreçlerini etkileyen en önemli etken, hemşirenin mesleki bilgi birikiminin yanı sıra sahip olduğu ahlaki değerlerdir. Özellikle olumlu ve üst düzey ahlaki değerlerin hasta bakımına ve örgütün faaliyetlerine olduğu kadar, iş doyumuna da etkisi olabilecektir.

Sağlık yöneticilerinin kendi kişilik değerlerinin farkında olmaları; gerçek, beklenen ve algılanan kalite olgularını doğru değerlendirmeleri ve hizmet performanslarını geliştirmeleri adına önemlidir Bulut ve İşman (2004) Muğla ili sağlık yöneticilerinde kişisel değer analizi yaptıkları çalışmalarında bekar sağlık yöneticilerinin evli olanlara ve hemşire yöneticilerin hekim yöneticilere göre estetik değere daha çok önem verdiği saptanmıştır.

Ayrıca farklı meslekler ve kurumlar açık-belirgin değerlere sahiptir. Profesyonel hemşirelik de kendi değer sistemini oluşturarak, üst düzey bireysel değerlerinin profesyonel değerleri ile örtüşmesini amaçlamalıdır. Hemşire sahip olduğu değerlerinin farkına vardığında, bunları profesyonel yaşantısına aktarabilecektir. Üst düzey bireysel değerlerin hasta bakım kalitesini arttırması, örgütün başarılı faaliyetlerine katkı yapacaktır. Böyle bir ortam hemşirenin motivasyonunu ve iş doyumunu arttıracaktır. İş doyumunu aslında yaşam doyumunun da bir göstergesi olduğundan oldukça önemsenir. Bu doyumun arttırılması ve doyumsuzluk nedenlerinin de araştırılması artık oldukça günceldir.

Hemşirelerin sahip olduğu değerlerin belirlenmesi, hemşirelik mesleğinden aldıkları doyumun ve doyumunu ve doyumsuzluğu etkileyen etmenlerin saptanması, bireysel değerleri ile iş doyumunu arasındaki ilişkinin ortaya konulması açısından bu araştırma önem taşımaktadır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu çalışma, hemşirelerin sahip olduğu değerlerin ve iş doyumlarının incelenmesi amacı ile Mayıs-Haziran 2005 tarihleri arasında kesitsel-analitik olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini, 737 kişiden oluşan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Eğitim Hastanesi'nin tüm dahili ve cerrahi bilim dallarına ait klinik ve yoğun bakımlarında çalışan hemşireler oluşturmuştur. 737 kişilik evren için örneklem büyüklüğü 0.95 güven aralığı, 0.50 olasılıkla,  $\alpha$  yanılma düzeyi 0.05 için örneklem büyüklüğü 253 olarak saptanmıştır. Örneklem alınan hemşireler, basit rastgele örneklem tekniği ile saptanmıştır. Çalışma süresince araştırma kapsamında yer alan kliniklere gidilerek, o anda orada bulunabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere anket formları uygulanmıştır. O sırada izinli, raporlu, alanda, toplantıda vb. olan personel çalışmaya alınamaması nedeni ile araştırma örneklemini yaş ortalaması  $\pm 29$  olan 120 hemşire ile sınırlanmıştır.

Ücret ve statü farklılığı nedeniyle, geçici kadrolarda özel bir şirkete bağlı olarak çalışan hemşire grubu, iş doyum düzeyinin olumsuz yönde etkilenebileceği düşünüülerek araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

Veri toplama aracı olarak, hemşirelerin sosyoekonomik ve demografik özelliklerini inceleyen sosyo-demografik veri formu, değer kavramı ile ilgili saptamalarda bulunan Değerler Anketi ve Örgütlerdeki-işletmelerdeki çalışanların "İş Doyumlarının Ölçümü" için akademik araştırmalarda en fazla tercih edilen "Minnesota İş Doyum Ölçeği" kullanılmıştır.

Değerler Anketi (A Form Of Values Survey) Milton Rokeach (1973) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin cronbach alpha değeri 0.93' tür. Ölçek Şirin (1986) ve Güven (1990) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin cronbach alpha değeri 0.73' tür. 18 Temel ve 18 Aracı Değerlerden oluşan ankette kişisel değerlerin en önemliden en önemsiz doğru sıralanması istenmiştir. Değerler Anketinde yer alan 18 Temel ve 18 Aracı değer aşağıdaki gibidir.

<b>TEMEL DEĞERLER</b>	<b>ARACI DEĞERLER</b>
Ahret Selameti	Aydın
Ailenin Korunması	Bağımsız
Barış İçinde Bir Dünya	Bağışlayıcı
Başarı Duygusu	Cesaretli
Bilgelik	Dürüst
Eşitlik	Geniş Görüşlü
Gerçek Dostluk	Hayal Gücü Geniş
Güzellikler İçinde Bir Dünya	Hırslı
Heyecanlı Bir Yaşam	İtaatkar
İç Huzuru	Kendine Hakim
Kendine Saygı	Kibar
Mutluluk	Mantıklı
Olgun Sevgi	Muktedir
Özgürlük	Neşeli
Rahat Bir Hayat	Sevecen
Sosyal Saygınlık	Sorumluluk Sahibi
Ulusal Güvenlik	Temiz
Zevk	Yardımsaver

Weiss, Dawis, England & Lofquist tarafından 1967 yılında geliştirilen Minnesota İş Doyumu Ölçeği (cronbach alpha 0.86), 1985 yılında Baycan (cronbach alpha 0.80) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Toplam 20 sorudan oluşan likert tipi ölçekte, her bir ifade için "Hiç Memnun Değilim", "Memnun Değilim", "Kararsızım", "Memnunum" ve "Çok Memnunum"a kadar 5 aşamalı seçenekler bulunmaktadır. Ölçekten sağlanacak en yüksek puan 100 en düşük puan ise 20'dir. Yüksek puanlar çalışanın iş doyumunu ile doğru orantılıdır (Ersel 2005).

Araştırma verileri, SPSS istatistik paket programında oluşturulan veri tabanına girilmiş ve analiz edilmiştir. Araştırmada verilerin sayısı,

yüzdelerle dağılımları alınmış, t testi, cluster analizi, ki-kare, Anova ve korelasyon testleri uygulanmıştır. Uygulanan istatistiksel testlerle sosyo-demografik verilerle, Değerler Ölçeği ve İş Doyumu Ölçeği verileri arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

## BULGULAR

### **Sosyo-demografik verilerle ilgili bulgular**

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $29 \pm 6.08$  dur. %57'si sağlık meslek lisesi, % 63'ü üniversite mezunudur. %50' sinin doğum yeri kenttir. %94.2' si son beş yıla kadar büyük şehirde ikamet etmektedir. % 50.8'i evli, %40.8 i bekar, geri kalan %8.4' ü ise eşinden boşanmış ya da ayrı yaşamaktadır. %65'inin çocuğu vardır. %60'ı geliri- nin gidere denk olduğunu ifade etmişlerdir (**Tablo 1**).

**Tablo 1.** Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	<b>sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	$\pm 28.8$	
<b>Yaş grupları</b>		
30 yaş öncesi (20-29)	64	53.3
30 ve üstü	56	46.7
<b>Öğrenim Durumu</b>	57	47.5
Sağlık meslek lisesi	63	52.5
Yüksek okul		
<b>Medeni durum</b>		
Bekar	49	40.8
Evli	61	51.8
Boşanmış	10	8.4
<b>Son beş yıla kadar ikamet edilen yer</b>		
Metropol	113	94.2
Kent	7	5.8
İlçe	0	0
Köy-kasaba	0	0
<b>Doğum yeri</b>		
Köy	26	21.7
Kasaba	34	28.3
Kent	60	50.0
<b>Ailenin oturduğu yer</b>		
Büyük kent	44	36.7
Kent	29	24.2
İlçe	37	30.8
Köy	10	8.3
<b>Aylık gelir</b>		
Gelir giderden az	28	23.3
Gelir giderden fazla	20	16.7
Gelir Gidere denk	72	60.0
<b>Çalıştığı kurumdaki kadro</b>		
657 devlet memuru	98	81.7
Sözleşmeli personel	22	18.3
<b>Meslekten memnun olma durumu</b>		
Meslekten memnunum	57	47.5
Meslekten kısmen memnunum	53	44.2
Memnun değilim	10	8.3

Çalışmaya katılan hemşirelerin %81.7' si 657 sayılı devlet memuru kadrosuna sahipken, %18.3' ü sözleşmeli çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelere seçtikleri meslekten memnun olup olmadıkları sorulduğunda, % 47.5' i memnun olduklarını, %44.2' si kısmen memnun olduklarını, % 8.3' ü memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Ancak hemşirelerin çalıştıkları kadro ile meslekten memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $\chi^2:0.45$   $p>0.05$ ). Ancak aylık gelir düzeyi ile meslek memnuniyeti arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( $\chi^2 : 0.36$   $p<0.05$ ).

### **Hemşirelerin Kişisel Değerleriyle İlgili Bulgular**

Rokeach'ın(1973) değerlendirme anketinde elde edilen temel ve aracı değerler ile ilgili bulgular incelenmiş; hemşirelerin en önemli temel değerleri ilk beş sırasıyla; ahiret selameti (%25), ailenin korunması (%17.5), iç huzuru (%10.8), kendine saygı (%12), rahat bir hayat (%9.2) dir. Aracı değerleri arasında ise ilk beş sırada; dürüstlük ve aydın olmak (%20), bağımsızlık (%14.2), sorumluluk sahibi olmak (%9.2), mantıklı olmak (%11.7), yardımsever olmak (%18.3) yer almaktadır.

Hemşirelerin ailelerinin oturdukları yere göre değer ifadeleri sıralamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; ailesi ile birlikte şehirde yaşamış olanlar temel değerleri sırasıyla ahiret selameti, ailenin korunması, mutluluk şeklinde sıralarlarken; ailesi ile birlikte ilçe ya da kasabada yaşamış olanlar ise temel değerleri ailenin korunması, ahiret selameti, başarı duygusu şeklinde sıralamışlardır. Yapılan  $\chi^2$  analizinde aralarında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $\chi^2:0.000$   $p<0.001$ )

Hemşirelerin yaş gruplarına göre temel değer sıralamaları incelendiğinde, yapılan Cluster analizi ile 30 yaş öncesi hemşireler sırasıyla ilk 5 değeri zevk, ulusal güvenlik, sosyal saygınlık, olgun sevgi, mutluluk şeklinde sıralarken, 30 yaş sonrası hemşireler ailenin korunması, ahiret selameti, rahat bir hayat, gerçek dostluk, başarı duygusunu sırasıyla ilk 5' e yerleştirmişlerdir. Hemşirelerin yaş grupları ile temel değer ifadeleri sıralamaları arası uyuma ilişkin Kendal uyum katsayıları 1. temel değer için  $W:7.26$   $p<0.001$ , 2.temel değer için  $W:0.97$   $p<0.001$ , 3. temel değer için  $W:16.85$   $p<0.001$ , 4.temel değer için  $W:9.42$   $p<0.001$ , 5.temel değer için  $W:3.21$   $p<0.001$  olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre ara değer sıralamaları incelendiğinde ise yapılan Cluster analizi ile 30 yaş öncesi hemşireler sırasıyla ilk 5 değeri bağımsız, sorumluluk sahibi, yardımsever, dürüst, aydın şeklinde sıralarken, 30 yaş sonrası hemşireler ise temiz, dürüst, aydın, kendine hakim, sorumluluk sahibi olmayı sırasıyla ilk 5' e yerleştirmişlerdir. Hemşirelerin yaş grupları ile ara değer ifadeleri sıralamaları arası

uyuma ilişkin Kendal uyum katsayıları 1. ara değer için W:4.47 p<0.001, 2.ara değer için W:16.75 p<0.001, 3. ara değer için W:23.49 p<0.001, 4.ara değer için W:11.22 p<0.001, 5.ara değer için W:4.17 p<0.001 olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre temel değer sıralamaları incelendiğinde yapılan Cluster analizi ile sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler sırasıyla ilk 5 değeri kendine saygı, sosyal saygınlık, özgürlük, gerçek dostluk, ahiret selameti şeklinde sıralarken, üniversite mezunu hemşireler ahiret selameti, barış içinde bir dünya, zevk, heyecanlı bir yaşam, ulusal güvenlik duygusunu sırasıyla ilk 5' e yerleştirmişlerdir. Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre temel değer ifadeleri sıralamaları arası uyuma ilişkin Kendal uyum katsayıları 1. temel değer için W:5.36 p<0.001, 2.temel değer için W:4.08 p<0.001, 3. temel değer için W:6.39 p<0.001, 4.temel değer için W:8.37 p<0.001, 5.temel değer için W:3.05 p<0.001 olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre ara değerler sıralamaları incelendiğinde yapılan Cluster analizi ile sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler sırasıyla ilk 5 değeri mantıklı, sorumluluk sahibi, aydın, yardımsever, temiz şeklinde sıralarken, üniversite mezunu hemşireler bağışlayıcı, geniş görüşlü, yardımsever, hayal gücü geniş(yaratıcı), aydın olmayı sırasıyla ilk 5' e yerleştirmişlerdir. Hemşirelerin yaş grupları ile ara değer ifadeleri sıralamaları arası uyuma ilişkin Kendal uyum katsayıları 1. ara değer için W:13.46 p<0.001, 4.ara değer için W:8.28 p<0.001, 5.temel değer için W:5.81 p<0.001 olarak bulunmuştur.

### **Hemşirelerin İş Doyumlarıyla İlgili Bulgular**

Yine çalışmada yer alan hemşirelerin yaşam koşullarından doyum alıp almadıkları araştırılmış, %25.8'idoyum aldıklarını, %52.5'i kısmen doyumlu olduklarını, %21.7'si doyumlu olmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmada yer alan hemşirelerin iş doyumları ortalamaları (64.3±12.9) dur. Hemşirelerin yaşam koşullarından memnuniyeti ile iş doyumları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, yaşamlarından doyum alan hemşirelerin iş doyumları ortalaması (72.6±10.7), yaşamlarından kısmen doyum alanlar (64.3±9.8) ve doyum almayanlardan (53.5±12.9) oldukça yüksek çıktıdır. Yapılan Anova testi ile aralarında anlamlı farklılık saptanmıştır (F:20.4 p<0.001) (**Tablo 2**).

**Tablo 2.** Hemşirelerin yaşam koşullarından doyum alma durumu ile iş doyumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

<b>Hemşirelerin Yaşam Koşullarından Doyum Alma</b>	<b>İş Doyumu</b>	
Yaşamdan doyum alıyorum	72.6±10.7	f:20.4 p<0.001
Yaşamdan kısmen doyum alıyorum	64.3±9.8	
Yaşamdan doyum almıyorum	53.5±12.9	

Yine hemşirelerin seçtikleri mesleklerinden dolayı memnuniyet durumlarına göre iş doyumları arasındaki ilişkiye bakıldığında mesleklerinden memnun olduğunu söyleyen hemşirelerin iş doyumunu puan ortalamaları (69.4±12.3) olduğu, mesleklerinden memnun olmadığını söyleyenlerin ise (50.7±12.9) olduğu anlaşılmıştır. Aralarındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (f:13.5 p<0.001). Hemşirelerin iş doyumunu çalıştıkları kadro ya da aylık gelir düzeyi gibi değişkenlerin etkilemediği gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre iş doyumları incelendiğinde; 20-30 yaş grubundakiler ortalama (67.8±12.3) puan alırken, 30 yaşının üstündekiler ise (63.9±11.7) puan almışlardır. 20-30 yaş grubundakilerin diğerlerinden daha yüksek puan aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır (F:54.8. p<0.001). Yine yaş grubuna göre meslek memnuniyeti incelenmiş, yapılan x<sup>2</sup> testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (x<sup>2</sup> :0.000 p<0.001).

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre iş doyumunu incelendiğinde yüksek okul mezunu hemşirelerin iş doyumunu ortalamaları (66.54±13.35) çıkarken, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ise (67.3±10.6) olarak bulunmuştur. İki grup arasında yapılan t testi ile anlamlı farklılık saptanmıştır (t: 2.74 P<0.006) (**Tablo 3**).

**Tablo 3.** Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre İş Doyumlarının İncelenmesi

Hemşirelerin Eğitim Düzeyleri	N	İş Doyumu Puanları	
Sağlık meslek lisesi	57	67.31±10.62	t: 2.74
Yüksek Okul	63	66.54±13.35	p<0.006

Hemşirelerin medeni durumlarına göre iş doyumları değerlendirildiğinde; evli olan hemşirelerin iş doyumunu puanları (66.25±11,97) bekar (67.02±11.23) ve boşanmış (70.11±15.78) olan hemşirelerindeki düşük çıkmıştır. Aralarındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (F:29.46 p<0.001).

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş doyumları ile temel değerleri arasındaki ilişki incelenmiş, iş doyumunu düşük olanlar genelde ilk temel değer olarak rahat bir hayat, heyecanlı bir yaşam, zevk'i 1.sırada önemle yer alabilecek değer olarak sıralarken, iş doyumunu yüksek olanlar ise ahiret selameti, ailenin korunması, ve başarı duygusunun onlar için 1.sırada yer alabilecek değerler olarak ifade ettikleri saptanmıştır. İş doyumunu ile 1. temel değer sıralaması arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (pear cor:183 p<0.05). Aracı değerleri ile iş doyumları arasındaki bağıntı değerlendirildiğinde ilk 4 ara değer sıralamasında iş doyumunu yüksek ve düşük olanlar arasında anlamlı farklılık yok iken 5.



ara değer sıralamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İş doyumunu yüksek olanlar 5. ara değer olarak genelde sorumluluk sahibi olma, sevecen olma, yardımseverliği; düşük olanlar ise cesaretli olma, dürüst olma, hayal gücü geniş olmayı (yaratıcı olma) 5. değer olarak ifade etmişlerdir ve aralarında (pear.cor.195 p<0.05) pozitif yönde korelasyon bulunmuştur.

## **TARTIŞMA**

Değerlerin öğrenilmesi çocukluk döneminde başlamakta ve çocuğun büyümesi ile birlikte zaman zaman değerler arasında çatışmalar yaşanmaktadır. Çocuk model alarak kişisel değerlerini kazanır (Abaan 1996). Değerler insanın yaşam tarzının oluşmasında etkindir ve nesilden nesile farklılık gösterirler (Manthey 1989). Bizim çalışmamızda da benzer bir sonuç ortaya çıkmış 30 yaş öncesi ve sonrası hemşireler arasında farklılık saptanmıştır.

Değerlerin kazanılmasında ailenin, kişinin yaşadığı çevrenin, sosyal sınıfın ve kültürün de payı büyüktür (Güven 1990). Bizim çalışmamızda da hemşirelerin ailelerinin oturdukları yere göre değer ifadeleri sıralamaları arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve kişilerin aileleri ile birlikte yaşadıkları çevrenin kazandığı değerleri etkilediği saptanmıştır.

Değer kişiye, objeye veya fikre yönelik etkili bir düzenlemedir. Değerler yaşam şeklini ve insanların yaşamı yönetme şeklini temsil eder. Değerler yaşam içinde farklılık yaratan şeylerdir (Schank ve Weiss 2000). Değerler sosyalizasyon süreci içerisinde aile tutumlarından, eğitim öğretim düzeyinden, sosyal ilişkilerden etkilenir (Çimete ve Karagöz 1992). Bizim çalışmamızda da sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler ve üniversite mezunu hemşirelerin temel değer sıralamaları birbirinden farklılık göstermiştir.

Değerler, davranışa rehberlik eden ve bireyin kendini adadığı idealler ve inançlardır. Herhangi bir mesleğin temelindeki insancıl duyguların ve başkalarının iyiliğini gözeten değerlerin öğrenilmesi çocukluktan başlar. Tutum ve inançların paylaşılması, rol modellerinin gözlenmesi, bireyin kendi deneyimleri, farklı yaşam biçimlerinin görülmesi, farklı felsefelerin öğrenilmesi değerlere etki ederek zamanla gelişir. Değerler tutum, kişisel nitelik ve davranışa bu şekilde akseder (Çimete ve Karagöz 1992). Hemşirenin sahip olması gereken değerler altruizm (özgecilik) eşitlik, özgürlük, insana saygı, dürüstlük, fedakarlık, estetik gibi kavramlardır. Bu değerler, hemşire hastalarına güvenli ve hümanist bir bakım verirken davranışa rehberlik eder (Bahçecik ve Pek 1995). Bizim çalışmamızda Rokeach'ın değerlendirme anketinde elde edilen Temel ve Aracı değerler ile ilgili bulgular incelenmiş; hemşirelerin en önemli temel değerleri ilk beş sırasıyla; ahiret selameti, ailenin korun-

ması, iç huzuru, kendine saygı, rahat bir hayat olduğu saptanmıştır. Şirin in (1986) yaptığı çalışmada hemşirelerde ilk sıralarda barış içinde bir dünya, özgürlük, iç huzuru, eşitlik, kendine saygı yer alırken; Bahçecik ve Pek (1995) in yaptığı çalışmada ise kendine saygı, eşitlik, iç huzuru, özgürlük ve barış içinde bir dünya ilk beş temel değeri oluşturmuştur.

Aracı değerleri arasında ise ilk beş sırada; dürüstlük ve aydın olmak, bağımsızlık, sorumluluk sahibi olmak, mantıklı olmak, yardımsever olmak yer almaktadır. Bahçecik ve Pek'in (1995) yaptığı çalışmada ise üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin aracı değer sıralaması da benzerlik göstermektedir. Onların çalışmasında 1.sırada sorumluluk, 2.sırada dürüstlük, 3.sırada kendine hakim olma yer almıştır. Doğruluk ve dürüstlüğün insan etkileşimleri ve uygulamalarının her yönünde yansıtılması gereken değerlerdir (Çimete ve Karagöz 1992).

Kişilerin başarılı, mutlu, üretken olabilmelerini sağlayan gereksinimlerden biri mesleki alanda doyumlu olmalarıdır. Çalışmada yer alan hemşirelerin iş doyumunu ortalamaları (64.3±12.9) orta düzeyin üzerinde çıkmıştır.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre iş doyumunu incelendiğinde yüksek okul mezunu hemşirelerin iş doyumunu ortalamaları (66.54±13.35) çıkarken, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ise (67.3±10.6) olarak bulunmuştur. Bu sonuç Ersel (2005)'in sonuçları ile benzerlik taşımaktadır.

Evli olmak ve yaşlı olmak iş ve yaşam doyumunu arttırıcı etkenler gibi görünmektedir. Evli ve daha yaşlı hekimlerde iş ve yaşam doyumunu daha yüksek saptanmıştır (Ünal ve ark.2001). Ancak bizim çalışmamızda evli olan hemşirelerin bekar ve boşanmış olan hemşirelerden iş doyum puanları daha düşük çıkmıştır. Bireyin iş doyumunu sağlayabilmesi için çalışma saati bitiminde sıkıntı duymadan, iç rahatlığı ile eve dönmesi gerekir. Ancak hemşireler düzensiz ve ağır iş koşulları, uykusuzluk, görev, yetki ve sorumlulukların yeterince belirlenmemiş olması nedeni ile çatışma yaşama riski yüksek bir çalışan grubunu oluşturmaktadır (Hellman, Chan 1997). Bu çatışma alanı çoğu zaman evlilik yaşantısını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş gruplarına göre iş doyumları incelenmiş ve 30 yaş altı genç grubun iş doyum puanları 30 yaşını aşmış hemşirelerinkine göre yüksek çıkmıştır. Bu sonuç Türkistanlı ve arkadaşlarının (1999) sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Yaşam doyumunu bir anlamda bireyin belirlediği hedeflere ulaşma derecesidir. Bireysel hedeflere ulaşma düzeyinin artması, yaşam doyumunu artırır. İş ya da çalışma zamanı bireyin yaşamı içinde önemli bir

yer tutar. Bu yüzden yaşam doyumunun artırılmasında iş doyumu önemli bir faktördür. İş doyumunun sağlanması ise; bireyin kişilik, yetenek ve isteklerine uygun bir işte çalışmasına ve kişisel hedeflerine uygun kariyer hedefleri belirlemesine bağlıdır (Keser 2005, Kozier ve Erb 1987). Bizim çalışmamızda da yaşam doyumu ile iş doyumu arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında pozitif yönde korelasyon olduğu (pearson cor:0.59 p<0.001) ortaya çıkmıştır.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Araştırma sonunda, hemşireler için ahiret selameti, ailenin korunması, iç huzuru gibi değerlerin daha ön planda yer aldığı görülmüştür. Hemşirelerin değer ifadeleri yaşanan çevreye, yaşa, öğrenim durumuna göre farklılık göstermiştir. Çalışmada yer alan hemşirelerin iş doyumları ortalamanın biraz üstünde çıkmıştır. Hemşirelerin yaşam memnuniyeti arttıkça iş doyumu puanları artmıştır. Hemşirelerin iş doyumu yaş, medeni durum ve öğrenim durumu gibi değişkenlerden etkilendiği ortaya çıkmıştır.

Tedavinin amaçlarını yerine getirmek için değer ve inançların geniş oranda tanımlanması önem kazanmaktadır. Bireylerin değer sistemlerinin farkında olan hemşireler, çatışma yaratan değer sistemlerindeki durumları belirleyebilirler. Ayrıca hemşireler kendi bireysel değerlerinin farkında olduklarında hastanın bireysel gereksinimlerini karşılarken etik olmayan yöntemlerden kaçınacaklardır.

Öte yandan hemşirelik hizmetlerinin sunumunda ve yönetiminde temel hedef topluma ve hastaya yönelik hizmet kalitesini arttırmaktır. Hemşirenin kaliteli hizmet verebilmesi için mesleki ilginin yanısıra işe motive olma ve yaptığı işten doyum bulması gerekmektedir. İş doyumu ve motivasyon çalışılan kurumun başarısı için önemli bir ögedir. Hemşirelik mesleğinin dikey mesleki örgütlenmesi sağlanmalıdır. Hemşirelerin sağlık hizmeti üretiminin planlama, örgütlenme ve sunum aşamalarına doğrudan katılması ve her aşamada kendi alanı ile ilgili söz ve karar sahibi olması sağlanmalıdır. Hemşireler ve diğer sağlık ekibi, stresle başa çıkma, sorun çözme, iletişim teknikleri ve ekip çalışması konularında eğitilmelidir. Bu bağlamda hemşire bireysel motivasyonunu kazanabilmesi için kendisini irdelemeli, bireysel değerlerinin ve inançlarıyla ilgili farkındalık kazanmalıdır.

### **KAYNAKLAR**

1. Abaan S (1996). Hemşirelikte Kalite Ve Verimlilik İlişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 12(3): 85-97.
2. Aslan Ö, Akbayrak N(2002). Hemşirelerde İş Doyumu. Modern Hastane Yönetimi Dergisi. 6(2). Ss.29-35.

3. Aurelio JM(2002). Common and Uncommon Threads: A Values Clarification Exercise. Understanding and Managing Diversity. Edt: Carol Harvey, M. June Allard. Second Edition, Prentice Hall. New Jersey.
4. Bahçecik N, Pek H (1998). Hemşirelerin Değer Kavramı İle İlgili Görüşleri ve Sahip Olduğu Değerler. Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi. 5(3):25-28.
5. Blomquist BL, Cruise PD, Cruise RJ(1980). Values of Baccalaureate Nursing Students in Secular and Religious Schools. Nursing Research. November-December, 29(6): 379-383.
6. Brett JF (1995). Economic Dependency on Work: A Moderator of the Relationship Between Organizational Commitment and Performance. Academy of Management Journal, 38(1): 261-271.
7. Bulut D, İşman Ç(2004). Muğla İli Sağlık Yöneticilerinde Kişisel Değer Analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 7(3):25-32.
8. Çetinkanat C (2000). Örgütlerde Güdülenme Ve İş Doyumu. Anı Yayıncılık. Ankara.
9. Çimete G, Karagöz S (1992). Hemşirelikte Değerler. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi HYO. Sivas Ss: 481-487.
10. Dawis RV, Weiss DJ, England GW ve ark. (1967). Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire (Minnesota studies in vocational rehabilitation: Minneapolis: University of Minnesota, Industrial Relations Center, Work Adjustment Project: Minneapolis.
11. Duran Escribano M (2004). The Power Of Values. A Question Of Professionalism Rev Enferm. Mar; 27(3):31-7.
12. Eddy DM, Elfrink V, Weis D et all (1994). Importance Of Professional Nursing Values: A National Study Of Baccalaureate Programs. Journal Of Nursing Education. 33(6): 257-262.
13. Ersel M (2005). İki Oluklu Mukavva Fabrikasında Çalışan İşçilerin İş Doyumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Halk Sağlığı AD Doktora tezi.
14. Fahrenwald NI, Bassett Sd, Tschetter L et all (2005). Teaching Core Nursing Values. J Prof Nurs. Jan-Feb; 21(1):46-51.
15. Güven K (1990). Hastanelerde Çalışan Doktor, Hemşire Ve Bu Meslekleri Seçen Öğrencilerin Tutum Ve Değerlerinin Analizi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi İstanbul.
16. Hellman, Chan M (1997). Job Satisfaction and Intent to Leave. Journal of Social Research, 137(6): 677-685.
17. Herzberg F(2003). One more time: how do you motivate employees? 1968. Harv Bus Rev. Jan; 81(1):87-96.
18. Igarria M (1994). Work Experiences, Job Involvement, and Quality of Work Life Among Information Systems Personnel. MIS Quarterly.18(2): 175-201.
19. Keser A(2005). The Relationship Between Job And Life Satisfaction In Automobile Sector Employees In Bursa -Turkey İş, Güç” Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi .7(2):53-58.
20. Kozier B, Erb G (1987). Fundamentals Of Nursing Concepts And Procedures. Addison Wesley Ppubl. Corp. Ss:178-187.

21. Mathieu JE (1993). Job Perceptions-Job satisfaction Relations: An Empirical Comparison of Three Competing Theories. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 56(1): 370-387.
22. Manthey M (1989). What Nurses Value. *Nursing Management*. 20(12): 12-13.
23. Platin N (1998). Lemon Hemşirelikte Eğitim Materyali. Bölüm 9 Mesleki Ve Etik Sorunlar. Sağlık Bakanlığı Matbaası. Yayın No: 609. Ankara. Ss.55-58.
24. Rokeach M (1973). The nature of Human Values. Free Pres. New York. Ss.110-118.
25. Schank MJ, Weis D (2000). Exploring Commonality Of Professional Values Among Nurse Educators in The United States And England. *Journal Of Nursing Education*. 39(1):41-45.
26. Sur H, Söylemez D, Taşdemir M ve ark (2002). SSK Göztepe Eğitim Hastanesi'nde Çalışan Personelin İş Doyumunun Değerlendirilmesi. 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. 16-19 Ekim. Eskişehir.
27. Şirin A (1986). Gençlerin Değer Sıralaması Üzerine Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
28. Taylor C, Lillis C, Lemone P (1989). *Fundamentals of Nursing*. J.B. Lippincot Company. Ss: 59-77.
29. Ting Y (1997). Determinants of Job Satisfaction of Federal Government Employees. *Public Personnel Management*. 26(3): 313-334.
30. Türkistanlı E, Dönmez Z, Sarı Şahin E (1999). SSK Ege Doğumevi Ve İzmir Doğum Evinde Çalışan Hemşire Ve Ebelerin Çalışma Koşullarından Memnuniyetleri Ve Karşılaştıkları Mesleki Sorunlar. VII. Hemşirelik Kongresi Bildirileri El Kitabı. Erzurum.
31. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S (2001). Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri İle İlişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2001; 4:113-118.
32. Yetim Ü (1994). İş ve Meslek Doyumu Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*. 2(5):134-136.

**MENOPOZ SONRASINDA KENDİLİK ALGISI,  
PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ ve UMUTSUZLUK**

*SELF PERCEPTION, PROBLEM SOLVING SKILLS AND HOPELESSNESS  
AFTER MENOPAUSE*

**Esra ENGİN\***

**Şeyda DÜLGERLER\***

**Oya KAVLAK\*\***

**Gül ERTEM\*\*\***

\* E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

\*\* E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

\*\*\* E.Ü. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu, Ödemiş/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** menopoz, kendilik algısı, umutsuzluk, problem çözme

**Key Words:** menopause, self perception, hopelessness, problem solving

VII. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (2-4 Aralık 2004, İstanbul)

---

**ÖZET**

Menopoza bağlı olarak psikososyal sorun yaşayan kadınlara verilecek standart bakım, kadınların yaşam kalitesinin artması açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu araştırma, menopoz polikliniğine başvuran kadınların, menopoz sonrasında kendilerini nasıl algıladıklarını, problem çözme becerilerini ve umutsuzluk duygularını saptamak amacıyla gerekli izinler alındıktan sonra yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

7 Nisan- 6 Haziran 2003 tarihleri arasında E.Ü.T.F. Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Menopoz Polikliniği' ne başvuran, daha önce psikiyatrik bir tanı almamış, araştırmaya katılmayı kabul eden 61 kadın örnekleme oluşturmuştur. Araştırmada dört veri toplama aracı kullanılmıştır. I. Form, araştırmacılar tarafından hazırlanan 23 soruluk, sosyodemografik veri formu, II. Form, "Sosyal Karşılaştırma Ölçeği". III. Form. "Problem Çözme Envanteri". IV. Form, "Beck Umutsuzluk Ölçeği". Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, t test, ANOVA, korelasyon analizi testleri kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması  $4.41 \pm 3.66$ , Sosyal Karşılaştırma Ölçeği puan ortalaması  $91.98 \pm 14.71$ , Problem Çözme Envanteri puan ortalaması  $87.31 \pm 18.24$  olarak saptanmıştır. Benzeri çalışmaların farklı sosyo-kültürel ve ekonomik düzeyde daha geniş popülasyonlarda yapılması önerilmiştir.

## SUMMARY

*Standard care which is given to women that live psychosocial problems related to menopause is important to increasing quality of life of women. The study was prepared and used as descriptive with the purpose of determining the how perception their selves, problem solving skills and hopelessness of women who were apply the menopause polyclinic, after take permission.*

*Study's population were women who applied the E.Ü.T.F. Hospital Pregnancy and Gynecology Clinic's Menopause Polyclinic between 7 April-6 June 2003, before not take any diagnosis from psychiatric disorders. 61 women who were accepted to involve in study were the sample of study. Data were collected by four data collector forms. I. Form socio demographic data form was developed by researcher which was 23 questionnaires. II Form, "Social Comparison Scale". III. Form was " Problem Solving Inventory". IV. Form was "Beck Hopelessness Scale". Percentages, t test, ANOVA, correlation were used for the evaluation of data.*

*Research extent women's Beck Hopelessness Scale point mean was  $4.41 \pm 3.66$ , Social Comparison Scale point mean was  $91.98 \pm 14.71$ , Problem Solving Inventory point mean was  $87.31 \pm 18.24$  found. Similar studies were suggest to make different socio economic-cultural area and the bigger population.*

## GİRİŞ

Menopoz, kadınlarda ergenlik dönemiyle başlayan, düzenli aralıklarla yineleyen, belli bir süre ile sınırlı olarak görülen normal genital kanamaların kesilmesi durumudur. Bir kadın için menarştan sonraki en önemli yaşam dönemidir. Son yüzyılda gelişmiş ülkelerde, menopoz sonrası kadınların oranı üç misli artmıştır ve halen bu grup toplam kadınların 1/3'ünü oluşturmaktadır olup, kadın hayatının ortalama üçte biri de menopoz döneminde geçmektedir. Menopoza girme yaşı tüm dünyada ve antik çağlardan beri fazla değişme göstermemiştir ve ortalama 45-55 yaş civarındadır (Dennestein ve ark 2004, Kişnişçi ve ark. 1996, Şirin 1995, Özkan 1993).

Kadın hayatının yumurtlama fonksiyonlarının sonlandıktan sonraki doğal bir aşaması olan menopoz döneminde oluşan bazı fizyolojik ve psikolojik değişiklikler kadının hayatını derinden ve olumsuz etkilediği için bu durum pek çok hastalıkların ortaya çıkmasına ve kadının yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Özellikle ilk yıllarda kadınlarda adet kesilme, ateş basması, terleme, çocuk doğurma yeteneğini kaybetme gibi durumlar kadının kendini eksik hissetmesi, izolasyon, depresyon, içe kapanma, uykusuzluk, umutsuzluk, aşırı sinirlilik ve saldırganlığa neden olabilir. Menopoz bazen rahatlama ve huzurla karşılanırsa da çoğu kadın bir yitim duygusu yaşar; değerinin, benlik saygısının azaldığını ve kendilik algısının değiştiğini hisseder (Freeman ve ark 2005, Bezircioğlu ve ark. 2004, Aydemir ve ark. 1999).

Menopoz bir gelişim krizi olmakla beraber, tek başına bir psikiyatrik hastalık sebebi değildir. Bu dönemde östrojen azlığına bağlı çeşitli belirti ve bulgular olur. Psikolojik belirtiler fizyolojik sebepler yanında, bireysel, kültürel, sosyal ve yaşa özgü faktörlerle de ilişkilidir. Bu döneme ilişkin kaydedilen başlıca emosyonel ve psikolojik semptomlar arasında anksiyete, huzursuzluk, duygu ve mizaç değişiklikleri, yorgunluk, gerginlik, depresyon, umutsuzluk, problem çözme becerilerinde yavaşlama ya da değişiklik, cinsel işlev bozukluğu, libido azalması, uykusuzluk, sersemlik, baş ağrısı, düşük benlik saygısı ve kendilik algısında değişiklik oluşması sayılabilir (Fugate ve ark. 2005, Sasienska ve ark. 2005, Regestein ve ark. 2004, Sağsöz ve ark. 2001).

Kadın sağlığı çocuk, aile ve buna paralel olarak toplum sağlığına da etkilemektedir. Menopozun kadın yaşamının üçte birini kapsayan doğal bir süreç ve bu sürecinde onun sağlığını etkileyen biyolojik, sosyal ve ruhsal değişikliklere neden olduğu düşünüldüğünde, bu dönemle ilgili olarak yaşanan psikososyal problemlerin sağlık çalışanları tarafından bilinmesi ve gerektiğinde uygun yaklaşımların gösterilmesi önemlidir.

Kadınların mutlu, üretken ve uyumlu olabilme yetilerini bozan menopoz döneminin tanınması ve sağaltımı kadının bu dönemi sağlıklı ve sorunsuz yaşamasında önemli bir yer tutar. Kadınların fizik ve ruh sağlığı, işlevselliği ve sağlıklı gelişimi üzerinde duran, kadının sağlığının korunması, sürdürülmesi ve gelişimsel bir kriz sayılabilen menopoz döneminde ortaya çıkabilecek hastalıkların tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyonu ile ilgilenen hemşirelerin bu alanda yapacakları hizmetin kalitesi çok önemlidir (Fugate ve ark 2005, Regestein ve ark. 2004).

Menopoza bağlı olarak psikososyal sorunlar yaşayan kadınların hemşirelik bakım hizmetleri kadınların temel gereksinimleri, günlük yaşam aktiviteleri ve kadın fizik ve ruh sağlığı ile birlikte hastalıklarına yönelik hemşirelik uygulama standartlarına uygun olarak bağımsızlığı arttırıcı, işlevselliği sürdürücü, güvenliği sağlayıcı, tedavi edici ve komplikasyonları önleyici girişimleri içermektedir.

Menopozun kadın hayatının doğal bir parçası olması nedeniyle hiçbir şey yapmadan izlenmesi artık eskilerde kalmıştır. Bu gün menopoz olumsuz etkileri önlenmeye ve tedavi edilmeye çalışılan dönemselsel bir kriz durumu gibi kabul edilmektedir. Bireyler kriz durumu yaşarken problem çözme becerilerinde yetersizlik hissedebilirler. Bu yetersizlik sonucu depresyon gibi psikiyatrik bir sorunla karşılaşma olasılıkları da artar. Bu döneme ilişkin kadınların yaşadıkları fiziksel sorunları yansıtan pek çok çalışma yapılmış olmasına rağmen, depresyon ve depresyona neden olabilecek psikososyal sorunlar ve bu sorun-



larla baş edebilme becerileri, yaşanan olumsuz duygularla ile ilişkili çalışma sayısı azdır. Kadınların geleceğe umutla bakabilmesi ve yaşam kalitesi açısından bu dönemde kendilerini nasıl algıladıkları ve problem çözme becerilerinin ne durumda olduğunun bilinmesi hemşireler açısından önemlidir.

Bu araştırma, menopoz kliniğine başvuran kadınların, menopoz sonrasında kendilerini nasıl algıladıkları, problem çözme becerilerini ve umutsuzluk duygularını saptamak amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

**Araştırmanın Tipi:** Bu araştırma, menopoz kliniğine başvuran kadınların, menopoz sonrasında kendilerini nasıl algıladıkları, problem çözme becerilerini ve umutsuzluk duygularını saptamak amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

**Araştırmanın Yeri:** Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (E.Ü.T.F.H), Doğum ve Kadın Hastalıkları A.D. Menopoz Polikliniği'nde yapılmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları A.D. Başkanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır.

**Araştırmanın Evren ve Örneklemi:** E.Ü.T.F. Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları A.D. Menopoz Polikliniğine 7 Nisan- 6 Haziran 2003 tarihleri arasında başvuran, daha önce psikiyatrik bir tanı almamış ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar oluşturmuştur. Ayrıca bir örneklem seçimine gidilmemiş olup, bu tarihler arasından başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 61 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

**Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları:** Bu araştırmada verileri toplamak için dört soru formu kullanılmıştır.

**Form I:** Sosyo-demografik ve menopoz dönemine ilişkin özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmış 23 sorudan oluşmuştur.

**Form II:** Bireyin başkalarıyla kıyaslandığında kendini çeşitli boyutlarda nasıl gördüğüne ilişkin algılarını ölçmeye yarayan, Gilbert, Allan ve Trent (1991) tarafından geliştirilen, Şahin ve Şahin (1991) tarafından Türkiye için geçerlik ve güvenilirliği yapılan, çift kutuplu 18 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçek olan "Sosyal Karşılaştırma Ölçeği"dir. Yüksek puanlar olumlu benlik şemasını, düşük puanlar olumsuz benlik şemasını işaret eder (Savaşır ve Şahin 1997).

**Form III:** Heppner ve Petersen (1982) tarafından geliştirilen, Türkiye için geçerlik ve güvenilirliği Şahin, Şahin ve Heppner (1993) tarafından yapılan “Problem Çözme Envanteri”dir. Envanter 35 madden oluşup 1-6 arası puanlanmaktadır. 9,22,29. maddeler puanlama dışı tutulur. 1,2,3,4,11,13,14,15,17,21,25,26,30 ve 34. maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir. Bu maddelerin yeterli problem çözme becerilerini temsil ettiği varsayılır. Puan aralığı 32-192’dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını göstermektedir (Savaşır ve Şahin 1997).

**Form IV:** Beck, Lester, Trexter (1974) tarafından geliştirilmiş ve Seber (1991), Durak (1993) tarafından Türkiye’ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan “Beck Umutsuzluk Ölçeği”dir. Ölçek 20 madden oluşmakta ve 0-1 arası puanlanmaktadır. Puan aralığı 0-20 arasında değişmektedir. Puanların yükselmesi bireydeki umutsuzluk duygusunun yüksek olduğu şeklinde yorumlanır (Savaşır ve Şahin 1997).

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Araştırmacılar tarafından toplanan veriler SPSS 10.0 for Windows paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin sayı, yüzde ve min-max dağılımları hesaplanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki için Pearson Korelasyon testi, ölçeklerle bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için ise independent sample t test ve ANOVA yapılmıştır. Verilerin ileri analizleri için Scheffe, Duncan ve Tam Hane testlerinden yararlanılmıştır.

## **BULGULAR ve TARTIŞMA**

Menopoz sonrasındaki kadınların kendilerini nasıl algıladıkları ve problem çözme becerilerinin umutsuzluk duyguları üzerine olan etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulgularına göre;

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 51.82 ±5.73’tür. Kadınların menopoz sonrası geçen yıl ortalaması 7.01± 5.53 tür. Kadınların %42,6’sı bir yüksekokul ya da fakülte mezunu olup, %81.9’unun geliri giderine göre dengeli ya da geliri giderden fazladır. Kadınların %39,3’ ü emekli olup, %91,8’ i çocuk sahibidir. Araştırma kapsamındaki kadınların %47,5’i eş ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Kadınların %60.7’ si histerektomi olmamıştır. Kadınların %50.8’ i menopozun hayatında olumlu ya da olumsuz herhangi bir etkisi olmadığını belirtirken, %50.8’ i menopozla birlikte fiziksel sıkıntılar yaşadığını, %49.2’ si ise menopozla birlikte ruhsal sıkıntılar yaşadıklarını ve yaşadıkları bu sıkıntılarla %42.6’ sının iyi derecede baş ettiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 1.** Menopoz Sonrasında Kadınların Beck Umutsuzluk ve Sosyal Karşılaştırma Ölçekleri, Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

<b>ÖLÇEKLER</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>S.s.</b>
Beck Umutsuzluk Ölçeği	4.41	3.66
Sosyal Karşılaştırma Ölçeği	91.98	14.71
Problem Çözme Envanteri	87.31	18.24

Araştırma kapsamındaki kadınların “Beck Umutsuzluk Ölçeği”nden aldıkları toplam puan ortalamaları  $4.41 \pm 3.66$ , Sosyal Karşılaştırma Ölçeği toplam puan ortalamaları  $91.98 \pm 14.71$ , “Problem Çözme Envanteri” toplam puan ortalamaları ise  $87.31 \pm 18.24$ tür.

Kadınların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; benlik şemalarının olumlu, umutsuzluk düzeylerinin düşük, yani yaşam beklentilerinin olumlu olduğu, karşılaştıkları sorunlara yönelik problem çözme becerilerinin ölçek minimum puanına yakın olması problem çözme becerilerinin orta düzeyden biraz yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Kadınların eğitim durumlarının iyi, sosyo ekonomik durumlarının orta düzey ve üzerinde olduğu göz önüne alınarak değerlendirilecek olursa, araştırma kapsamındaki kadınların benlik şemalarının olumlu olmasında etkili olabilir.

**Tablo 2.** Menopoz Sonrası Kadınların Sosyal Karşılaştırma. Problem Çözme Becerileri İle Umutsuzluk Duyguları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	<b>BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI</b>	<b>SOSYAL KARŞILAŞTIRMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI</b>
<b><u>BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ PUAN ORT.</u></b>		
Pearson correlation		-0.305*
P		0.017
<b><u>PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ PUAN ORT.</u></b>		
Pearson correlation	0.436**	-0.345**
P	0.000	0.006

Araştırma kapsamındaki kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları ile Sosyal Karşılaştırma Ölçeği puan ortalamaları

arasında yapılan korelasyon analizinde ters yönde bir ilişki saptanırken ( $r=-0.305$ ,  $p<0.05$ ), Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları ile Problem Çözme Envanteri puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ( $r= 0.436$ ,  $p<0.001$ ). Kadınların problem çözme envanteri puan ortalamaları ile sosyal karşılaştırma ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r= -0.345$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 2).

Araştırma kapsamındaki kadınların umutsuzluk düzeyleri arttıkça kendilerini de olumsuz algıladıkları, umutsuzluk düzeyleri arttıkça problem çözme becerilerinin azaldığı, problem çözme becerileri azaldıkça kendilerini olumsuz algıladıkları şeklinde yorumlanabilir. Kadınların yaşadıkları içsel ya da dışsal olumsuz yaşam olaylarının stres ve anksiyete düzeylerinin arttırdığı, bu durumlarla baş etmek için problem çözmeye çalıştıkları, ancak kendilerine yönelik algılarında olumsuzluk yaşayarak umut duygularının azaldığı dolayısıyla bu durumu yoğun yaşayanlarda depresyona eğilimin artacağı düşünülebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların, gelir durumları, medeni durumları, çocuk sahibi olma durumları, histerektomi operasyonu geçirme durumları, menopozla birlikte yaşadıkları ruhsal sıkıntı durumları, hormon replasman tedavisi görme durumlarına göre umutsuzluk puan ortalamaları, sosyal karşılaştırma puan ortalamaları, problem çözme becerileri puan ortalamalarının dağılımları arasında yapılan independent sample t testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).

Kadınların eğitim durumlarına göre, problem çözme becerileri puan ortalamaları incelendiğinde; okuma yazma bilmeyen kadınların problem çözme becerisi puan ortalamalarının yapılan ANOVA testinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanırken ( $p<0.05$ ), eğitim durumuna göre sosyal karşılaştırma ve umutsuzluk puan ortalamaları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ( $p>0.05$ ). Kadınların eğitim durumu düştükçe problem çözme beceri ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Çünkü yaşamda problem çözme ya da stresli olaylarla başa çıkabilme psikolojik sağlık ve uyumla ilişkilidir. Bu becerilerin gelişmesinde eğitimin önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca kendini problem çözmede güvenli, kontrollü hisseden ve problemden kaçma yerine yüzleşmeyi seçen bireylerin daha az kişisel problem bildirdikleri, kendilik algılarının olumlu olduğu, sosyal anksiyetelerinin daha az olduğu, kişilerarası ilişkilerde daha atılgan oldukları gibi bilgiler yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997).

**Tablo 3.** Menopoz Sonrası Kadınların Sosyal Karşılaştırma Puan Ortalamaları, Problem Çözme Becerileri Puan Ortalamaları ve Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Değişkenlere Göre Dağılımı (n= 61)

DEĞİŞKENLER	Beck Umutsuzluk		Sosyal Karşılaştırma		Problem Çözme Env.				
	$\bar{X}$	S.s	$\bar{X}$	S.s	$\bar{X}$	S.s			
<b>Gelir durumu</b>									
Gelir giderden az	0.31	0.20	t=1.735	4.97	0.72	t= -0.691	2.75	0.48	t= 1.928
Gelir giderle dengeli	0.20	0.17	p=0.106	5.14	0.84	P= 0.499	2.43	0.51	P= 0.073
<b>Medeni durum</b>									
Evli	0.15		t=-1.520	0.77		t= 0.814	0.51		t= -0.423
Dul/ boşanmış	0.30	0.28	P=0.134	4.87	1.02	P= 0.433	2.56	0.59	P= 0.680
<b>Çocuk sahibi olma</b>									
Çocuk Sahibi olan	0.22	0.18	t= 0.511	5.15	0.83	t= 1.851	2.51	0.54	t= 1.624
Çocuk Sahibi olmayan	0.19	0.13	P= 0.629	4.66	0.53	P= 0.114	0.23	0.19	P= 0.130
<b>Eğitim durumu</b>									
Okuma yazma bilmiyor	0.00		F= 0.809	0.80		F= 2.080	0.32		F= 3.863
İlkokul mezunu	0.21		P= 0.494	1.23		P= 0.113	0.50		<b>P= 0.014</b>
Orta/ lise mezunu	0.15			0.67			0.26		
Üniversite mezunu	0.20	0.19		5.17	0.50		2.35	0.60	
<b>Histerektomi Op. Olma</b>									
Operasyon olan	0.20		t= 1.108	0.75		t= 1.430	0.53		t= 0.864
Operasyon olmayan	0.19	0.16	P= 0.274	4.99	0.85	P= 0.159	2.45	0.52	P= 0.392
<b>Menopozun yaşa- mını etkileme durumu</b>									
Olumlu yönde	0.21		F= 0.897	0.65		F= 1.301	0.52		F= 0.945
Olumsuz yönde	0.19		P= 0.414	0.91		P= 0.280	0.57		P= 0.395
Etkisi olmadı	0.19	0.17		5.21	0.74		2.42	0.47	
<b>Fiziksel sıkıntı yaşama</b>									
Evet	0.19		t= 1.220	0.94		t= -2.679	0.52		t= 2.100
Hayır	0.19	0.16	P= 0.227	5.38	0.56	<b>P= 0.010</b>	2.35	0.48	<b>P= 0.040</b>
<b>Ruhsal sıkıntı yaşama</b>									
Evet	0.18		t= 1.461	0.87		t= 1.464	0.54		t=1.525
Hayır	0.18	0.17	P= 0.149	5.25	0.73	P= 0.149	2.39	0.48	P= 0.133
<b>Sıkıntılarla baş etme durumu</b>									
Çok iyi	0.21	0.18	F= 6.519	0.71		F= 4.492	0.42		F= 5.219
İyi	0.15	0.11	<b>P= 0.001</b>	0.56		<b>P= 0.007</b>	0.37	0.63	<b>P= 0.003</b>
Biraz	0.35	0.21		1.02			2.21	0.37	
Hiç	0.10	0.00		5.62	0.52				
<b>Hormon replasman tedavisi alma durumu</b>									
Tedavi olan	0.20		t= -0.221	0.92		t= 0.809	0.47		t= 0.640
Tedavi olmayan	0.22	0.16	P= 0.826	5.22	0.72	P= 0.229	2.46	0.55	P= 0.650

Menopoz nedeniyle fiziksel sıkıntı yaşayan kadınların problem çözme puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek

iken, fiziksel sıkıntı yaşama durumlarına göre sosyal karşılaştırma ve umutsuzluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (independent sample t test,  $p>0.05$ ) (Tablo 3). Bezircioğlu ve ark. (2004) Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yeti yitimine ilişkin yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyinin kronik bedensel bir hastalığın bulunması durumunun depresif belirti şiddetini etkilediğini saptamışlardır. Bireylerin problem çözme becerilerindeki düşüş depresyona eğilimi arttırmaktadır.

Sıkıntılılarıyla biraz baş ettiğini ifade eden kadınların sosyal karşılaştırma puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük iken ( $p<0.01$ ), hiç baş edemediklerini ifade edenlerin umutsuzluk puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Tablo 3).

Yazıcı ve ark. (2003) "Menopozda Hormon Replasman Tedavisinin Anksiyete ve Depresyon Belirtilerine Etkisi" ne ilişkin çalışmalarında, hormon replasman tedavisinin hastaların düşük düzeydeki anksiyete ve depresyon belirtilerine etkili olabileceğini, ancak bu konuda farklı bakış açıları olduğunu ve konuyla ilgili değişik sonuçlara sahip çalışmalardan bahsetmektedirler. Bizim çalışma bulgularımıza göre hormon replasman tedavisi alma durumuna göre kadınların umutsuzluk düzeyleri arasında fark saptanmamıştır.

Menopozda ortaya çıkan depresyonun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Bazı çalışmalar menopozdaki duygu durum değişikliklerinin vazomotor belirtiler ya da diğer fiziksel belirtilere ikincil olduğunu savunmaktadırlar. Konuyla ilgili yapılan çalışmalara dayanarak, depresyon ya da depresyona eğilimdeki esas öngörücünün psikososyal etmenler olduğuna dikkat çekmektedir. Daha önce depresyon geçirmiş olma, sosyoekonomik durum, stresli yaşam olayları ve menopoza ilişkin olumsuz inanışlar söz konusu etmenlerin başlıcalarıdır (Jasienska ve ark. 2005, Bezircioğlu 2004, Chang ve Cha 2003).

Bu çalışma bulguları değerlendirildiğinde, sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi yüksek olan bir kadın grubu için menopozun Türk toplumunda olumsuz değerlendirilmeyen bir dönem olduğu görülmektedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Araştırma kapsamına alınan kadınların,

- Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalamaları  $4.41\pm 3.66$ ,
- Sosyal Karşılaştırma Ölçeği toplam puan ortalamaları  $91.98\pm 14.71$ ,
- Problem Çözme Envanteri toplam puan ortalamaları  $87.31\pm 18.24$ 'tür.

- Umutsuzluk Ölçeği ile Sosyal Karşılaştırma Ölçeği arasında ters yönde bir ilişki,
- Umutsuzluk Ölçeği ile Problem Çözme Envanteri puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki
- Problem Çözme Envanteri puan ortalamaları ile Sosyal Karşılaştırma Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, menopoz sonrasındaki kadınların benlik şemalarının olumlu, yaşam beklentilerinin olumlu, karşılaştıkları sorunlara yönelik problem çözme becerilerinin orta düzeyden yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmanın küçük bir popülasyonda yapılmış olması, belli bir sosyo ekonomik ve kültürel düzeydeki kadınları yansıtması, kadınların menopoz öncesindeki durumlarının bilinmemesi ya da menopoz öncesinde bir kontrol grubu olmaması, araştırmanın sınırlılıkları içindedir. Dolayısıyla menopoz döneminin daha iyi anlaşılabilmesi ve bu dönemi kadınların sağlıklı atlatabilmeleri ve sağlık profesyonellerinin gerekli desteği verebilmeleri için benzer çalışmaların, bahsedilen sınırlılıklar olmaksızın yapılması oldukça önem taşımaktadır. Menopoz döneminde sorun yaşayan kadınlar için hemşirelerin aktif rol alacakları psikoeğitim grupları ve multidisipliner bir bakış açısıyla sağlık bakım hizmetinin verilmesi önerilebilir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L ve Ark. (1999) . “Menopoz döneminde anksiyete ve depresyon”. Türk Psikiyatri Dergisi. 10, 268- 274.
2. Bezircioğlu I, Gülseren L, Oniz A, Kindiroğlu N (2004), “Premenopozal ve postmenopozal dönemde depresyon, anksiyete ve yetersizlik”. Türk Psikiyatri Dergisi, 15:3, 199-207.
3. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM ve ark. (2001). Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. Am J Public Health, 91, 1435-1442.
4. Chang HK, Cha BK (2003), “Influencing factors of climacteric women’s depression” Taehan Kanho Hakhoe Chi. Dec, 33:7, 972-80.
5. Dennerstein L, Guthrie JR, Clark M, Leher P, Henderson VW (2004), “A population-based study of depressed mood in middle-aged, born women”. Menopause, Sep-Oct, 11:5, s: 563-8.
6. Freeman EW, Sammel MD, Liu L ve Ark. (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. Arch Gen Psychiatry, 61, 62- 70.
7. Fugate N W, Sullivan E M, Landis C (2005). Anxiety, hormonal changes, and vasomotor symptoms during the menopause transition. Menopause. 12:3, May/June, 242-245.

8. Jasienska G, Ziolkiewicz A, Górkiewicz M ( 2005) . Body mass, depressive symptoms and menopausal status: an examination of the “Jolly Fat” hypothesis. *Women’s Health Issues*. 15: 3, 145-151.
9. Kişnişçi H, Gökşin E, Durukan T ve ark. (1996) Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi, 1319- 1352.
10. Özkan S (1993). “Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi”, İstanbul: Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş., 214-220.
11. Regestein Q R, Friebely J, Shifren JL, Scharf M B, Wiita B, Carver J, Schiff I (2004). Self Reported Sleep in Postmenopausal Women. *Menopause*, 11:2, 198- 207.
12. Sağsöz N, Oğuztürk Ö, Bayram M, Kamacı M (2001). “Anxiety and depression before and after the menopause”, *Arch Gynecol Obstet* 264: 199-202.
13. Savaşır I, Hisli Şahin N (1997). Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler, Ankara, Özyurt Matbaacılık, Türk Psikologlar Derneği, 61, 79, 110.
14. Şirin A (1995). Kadın ve menoz. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 27-75.
15. Yazıcı K, Pata Ö, Yazıcı A, Aktaş A, Tut Ş, Kanık A (2003). Menopozda hormon yerine koyma sağaltımının anksiyete ve depresyon belirtilerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi.*, 14:2, 101- 105.



**DERMATOLOJİ HASTALARININ UMUTSUZLUK, ANKSİYETE,  
ÖFKE VE PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİ**

*HOPELESSNESS, ANXIETY, ANGER AND PROBLEM SOLVING SKILLS  
OF PATIENTS WITH DERMATOLOGIC DISORDERS*

**Aylin ÖZAKSAR\***      **Esra ENGİN\*\***

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

\*\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı,  
Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** dermatolojik hastalık, umut, anksiyete, öfke, problem çözme becerisi

**Key Words:** dermatologic disorders, hopelessness, anxiety, anger, problem solving skill

(11-14 Mayıs 2005, I. Ege Dermatoloji Günleri'nde poster bildiri olarak sunulmuştur)

**ÖZET**

Bu araştırma, Ege Üniversitesi Dermatoloji Kliniğinde yatan hastaların umutsuzluk, anksiyete, öfke duyguları ve problem çözme becerilerinin belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Araştırma gerekli izinler alındıktan sonra, Eylül 2004 – Nisan 2005 tarihleri arasında E.Ü.T.F. Hastanesi Dermatoloji Kliniği'nde yatan hastalara uygulanmıştır. Araştırmada 5 tip soru formu kullanılmıştır. İlk form Araştırmacılar tarafından hazırlanan, hastaların sosyo-demografik özelliklerini, hastalık öyküleri, hastalıkları hakkında bilgi durumları, sağlık algıları ve stresle baş etme durumlarını yansıtmayı amaçlayan 20 sorudan oluşan tanıtıcı bilgi formudur. İkinci form, Beck Umutsuzluk ölçeği (Beck 1974); Üçüncü form, Beck anksiyete envanteri (Beck, Epstein, Brown ve Ster 1974) , dördüncü form; Sürekli öfke- öfke ifade tarzı ölçeği (Spielberger 1983), beşinci form ise Problem çözme envanteridir (Heppner ve Petersen 1982). Araştırma kapsamındaki hastaların Beck umutsuzluk ölçeği puan ortalaması  $5.24 \pm 4.37$ , Beck anksiyete envanteri puan ortalamaları  $14,84 \pm 13,90$ , sürekli öfke puan ortalaması  $20.52 \pm 6.26$ , öfke içte puan ortalaması  $16.01 \pm 5.23$ , öfke dışta puan ortalaması  $15.41 \pm 4.39$ , öfke kontrol puan ortalaması  $23.66 \pm 4.86$  iken, hastaların problem çöme envanteri puan ortalamaları  $86.13 \pm 19.86$  dır.

Dermatolojik problemi olan hastaların fiziksel şikayetleri yanısıra psikolojik değerlendirmelerinin de bütüncül bakış açısıyla yapılması, bu konuda uzman bir konsültasyon- liyezon psikiyatri hemşiresinin çalışması önerilmektedir.

## SUMMARY

*This descriptive study was planned to determinate of hopelessness, anxiety, anger emotions and problem solving skills and relationship between these factors of patients' which were hospitalized in E.Ü. dermatology clinic. This study was used patients which were hospitalized in E.Ü. Dermatology clinic after take permission in September 2004- April 2005. Five questionnaire forms were used in study. First one, descriptive knowledge form was consist of 20 questions which were purposed to reflect patients' socio- demografic characteristics, story f disorder, health and general life perception and it was developed by researcher. Second one, Beck Hopelessness Scale (Beck 1974), Third one, Beck Anxiety Inventory (Beck, Epstein, Brown ve Ster 1974), forth one, trait anger- anger expression scale (Spielberger 1983), fifth one, Problem Solving Skill Inventory (Heppner ve Petersen 1982). Research extent patients' Beck Hopelessness Scale point mean was  $5.24 \pm 4.37$ , Beck Anxiety point mean was  $14.84 \pm 13.90$ , Trait Anger point mean was  $20.52 \pm 6.26$ , Anger include point mean was  $16.01 \pm 5.23$ , anger exclude point mean was  $15.41 \pm 4.39$ , Anger Control point mean was  $23.66 \pm 4.86$ , Problem Solving Skill Inventory point mean was  $86.13 \pm 19.86$ . While physical problems were evaluated psychological evaluations of patients with dermathologic problems should be used with holistic perspective and consultation- liaison psychiatric nurse can do this work were suggested.*

## GİRİŞ

Deri bedenimizi örten, dış dünyayla arada sınır görevi gören, acı haz, sıcak, soğuk gibi duyumları algılayan, bedenin içsel ve çevresel değişikliklerine uyumda önemli işlevi olan bir organımızdır (Özpoyraz ve ark. 1995). Psikodinamik olarak benliğin organik bir örtüsü, en dış sınırı olarak kabul edilir. Açığa vurulmamış bilinçli ya da bilinçdışı ruhsal ve toplumsal sorunların yansıtıldığı, sössüz iletişime aracılık eden bir organ olarak da değerlendirilebilir (Özkan 1993). Pek çok deri hastalığının başlamasında ve alevlenmesinde ruhsal- toplumsal sorunların etkili olduğu ya da kronik deri hastalıklarında sekonder olarak ruhsal sorunların çıktığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada; dermatoloji kliniğinde yatan hastaların %60' unda, ayaktan izlenen hastaların %30' unda ruhsal sorunlar bulunduğu belirlenmiştir (Woodruff ve ark. 1997, Gupta ve ark. 1986).

Genel olarak psikodermatolojik ilişki temelinde dört tür dermatolojik bozukluk tanımlanmıştır. Bunlardan birincisi primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili dermatolojik bozukluklar olup; dermatitis artefakta, nörotik eksskoryasyon, psikojenik pruritis gibi hastalıklar çoğunlukla psikotik durumlar, hipokondriazis ile ilişkilidir. İkincisi psöriazis, ürtiker, alopesi areata, liken planus, atopik dermatit gibi psikosomatik faktörlerle ilişkili dermatolojik hastalıklardır. Üçüncüsü sekonder psikiyatrik bozukluklardır ki; psöriazis, vitiligo gibi hastalıklar sonrasında

gelişen depresyon, anksiyete bozuklukları gibi hastalıklar bu gruba girer. Dördüncüsü postherpetik nevralji gibi psikotrop ilaçların kullanıldığı psikiyatrik olmayan durumlardır (Gupta ve Gupta 1996, Özpoğraz ve ark. 1995, Koo ve Pham 1992).

Klinik psikiyatrik açıdan dermatolojik hastalıklara eşlik eden en yaygın semptomlar depresyon ve anksiyetedir. Özellikle kronik hastalıklarda depresyon semptomlarının en belirgin olanı umutsuzluk duygusu da hastalığa eşlik edebilmektedir. Deri hastalıklarının ortaya çıkmasından önce ya da lezyonların şiddetini artırıcı nitelik olarak sıklıkla kaygı, üzüntü, depresyon, suçluluk gibi duygular ortaya çıkabildiği gibi hastaların bu duygularla baş edebilmesi güçleşmektedir (Çalığıuşu ve ark. 2002, Şirin ve ark. 1988, Ünal ve Ülker 1993). Psöriazis, atopik dermatit, generalize pruritus, akne, ürtiker, alopecia areata gibi bir çok deri hastalığının depresyonla birlikte görüldüğüne ilişkin araştırma bulguları mevcuttur. Ancak bazı durumlarda depresyon tanısı konmaksızın bireyin problem çözme becerilerinin azalması gibi depresif belirtiler de görülmektedir (Cohen-Cole ve Stoudemine 1987).

Psikodermatolojik problemi olan hasta grubunun %90' ı öfkeli, kızgın ve gergin hastalardır. Zaman zaman hastaların bu duygu durumları anlaşılamadığından ilaç tedavisi olmasına karşın hastanın şikayetleri devam etmekte ve tedavide çoğu kez gereksiz yere steroid gibi yan etkileri yoğun olan ilaçlar kullanılmaktadır. Hastalar anksiyetesini, öfke ve kızgınlık duygularını doğrudan göstermeyebilir, değişik biçimlerde yansıtabilir. Bunlar; tedaviye ara verme, uyumsuzluk, inatçılık, bağımlılık, yapışma ve depresyon şeklinde olabilir (Koblenzer 1983).

Dermatolojik problemi olan hastaların anksiyete, öfke, umutsuzluk gibi depresif semptomları ifade eden duygularının ve problem çözme becerilerinin bilinmesi, hastalığın daha bütüncül bir perspektifle ele alınması, özellikle dermatoloji hastalarında görülen duygusal değişimlerin, sorunlarını algılamalarının bilişsel davranışsal tedavi yaklaşımlarıyla tedavi edilebilmesi açısından oldukça önem taşımaktadır. Konsültasyon liyezona birimiyle çalışan uzman bir psikiyatri hemşiresinin dermatoloji kliniğinde yatan hastaların ruhsal ve duygusal durumlarını değerlendirerek, tedavi ekibini bilgilendirmesi hastaların doğru tedaviyi almaları ve bütüncül açıdan değerlendirilmesinde yararlı olacaktır. Bu açıdan konunun multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması önemlidir.

Bu bilgiler ışığında bu araştırma, Ege Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda yatan hastaların umutsuzluk, anksiyete, öfke duyguları ve problem çözme becerilerinin belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Tipi:** Bu araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda yatan hastaların umutsuzluk, anksiyete, öfke duygularının ve problem çözme becerilerinin belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı ve analitik türde bir araştırmadır.

**Araştırmanın Evren ve Örnekleme:** Araştırmanın evrenini, Eylül 2004 – Nisan 2005 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda yatan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda yatan, ilaç erüpsiyonu gibi organik kökenli dermatolojik problemi olmayan, en az ilkokul mezunu olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur (n= 65)

**Araştırmanın Süresi/ Uygulama Yeri:** Bu araştırma, Eylül 2004 – Nisan 2005 tarihleri arasında Ege üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda gerekli yasal izinler alındıktan sonra uygulanmıştır.

**Araştırmanın Veri Toplama Aracı:** Bu araştırmada gerekli verileri toplayabilmek için üç soru formu kullanılmıştır. Soru formları uygulanmadan önce, uygulama süresinin yaklaşık bir saat olacağı konusunda hastalar bilgilendirilmiş, onamları alınan hastalarla çalışma yürütülmüştür.

- ❖ **Form I:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan, hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalık öyküleri, hastalıkları hakkında bilgi durumları, sağlık algıları ve stresle baş etme durumlarını yansıtmayı amaçlayan 20 sorudan oluşan tanıtıcı bilgi formudur (Savaşır ve Şahin 1997).
- ❖ **Form II:** Beck Umutsuzluk ölçeği; Beck ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilen ve Seber tarafından 1991 yılında geçerlik güvenirliği yapılan 20 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Bu ölçekle kişilerin geleceğe yönelik karamsarlık derecesinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Sorulara doğru-yanlış biçiminde cevap verilmekte ve negatif beklentileri yansıtmaktadır. Ölçeğin 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 18, 20. maddeleri pozitif, 1, 3, 5, 6, 8, 13, 15, 19. maddeleri negatif olarak puanlanmaktadır. Bu maddelerin 11 tanesine “evet” seçeneği, 9 tanesine ise “hayır” seçeneği 1 puan almaktadır. 20 puan üzerinden değerlendirilen ölçekte bireylerin aldıkları puanın yüksek olması umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu araştırma için ölçeğin güvenirlik katsayısı cronbach  $\alpha = 0.85$  olarak saptanmıştır (Savaşır ve Şahin 1997).

- ❖ **Form III:** Beck Anksiyete Envanteri; bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amaçlayan, 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından (1988) geliştirilen bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy, Şahin ve Erkmn (1996) tarafından yapılmıştır. Her madde için “hiç”, “hafif derece”, “orta derece” ve “ciddi derecede” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ila 3 arasında değişen puanlar verilir. Puan ranjı 0-63’tür. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Bu araştırma için ölçeğin güvenilirlik katsayısı cronbach  $\alpha$  0.93 olarak saptanmıştır (Savaşır ve Şahin 1997).
- ❖ **Form IV:** Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği; öfke duygusu ve ifadesini ölçen kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Spielberger (1983) tarafından geliştirilen bu ölçek 44 maddeden oluşmaktadır. Ülkemizde Özer (1994) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçekte bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri; “sizi ne kadar tanımlıyor?” sorusuna yanıt olacak şekilde “hiç”, “biraz”, “oldukça” ve “tümüyle” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. “Hiç tanımlamıyor” yanıtından 1, “biraz tanımlıyor” yanıtından 2, “oldukça tanımlıyor” yanıtından 3 ve “tümüyle tanımlıyor” yanıtından 4 puan elde edilir. Ölçekten her bir alt test için 6 toplam puan elde edilir. Ölçekteki ilk 10 madde, Sürekli Öfke alt ölçeğinin maddeleridir. Öfke Tarz ölçeğinin Öfke-içte alt ölçeği puanı, 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no’lu maddelerin toplanmasıyla; Öfke-dışa alt ölçeği puanı, 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no’lu maddelerin toplanmasıyla; Öfke Kontrol alt ölçeğinin puanları ise 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no’lu maddelerin toplanmasıyla elde edilir. Sürekli Öfke’den alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; Kontrol Öfke ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; Öfke-dışa ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve Öfke-içte ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir. Bu araştırma için sürekli öfke alt ölçeği cronbach  $\alpha$  değeri 0.86, öfke içte alt ölçeği cronbach  $\alpha$  değeri 0.81, öfke dışta alt ölçeği cronbach  $\alpha$  değeri 0.74, öfke kontrol alt ölçeği cronbach  $\alpha$  değeri 0.76 olarak saptanmıştır (Savaşır ve Şahin 1997).
- ❖ **Form V:** Problem çözme envanteri; bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini algılayışını gösteren, likert tipi bir ölçektir. Ölçek Heppner ve Petersen (1982) tarafından geli-

tirilmiştir. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Heppner (1993) tarafından yapılmış olan ölçek 35 maddeden oluşmaktadır. Her madde için kişilerin kendilerinin hangi sıklıkla ölçek maddelerindeki gibi davrandıkları sorulmaktadır. Seçenekler: “her zaman böyle davranırım”, “çoğunlukla böyle davranırım”, “sık sık böyle davranırım”, “arada sırada böyle davranırım”, “ender olarak böyle davranırım” ve “hiçbir zaman böyle davranmam” şeklindedir. Verilen cevaplara 1 ila 6 arasında değişen puanlar verilir. Puanlama esnasında 9, 22 ve 29. maddeler puanlama dışı tutulur. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30. ve 34. maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir. Bu maddelerin yeterli problem çözme becerilerini temsil ettiği varsayılır. Puan ranjı 32-192'dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını gösterir. Bu araştırma için ölçeğin cronbach  $\alpha$  değeri 0.80 olarak saptanmıştır (Savaşır ve Şahin 1997).

**Araştırma Hipotezi:** Dermatoloji kliniğinde yatan hastaların anksiyete, umutsuzluk, sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta puan ortalamaları yüksek, öfke kontrol ve problem çözme beceri puan ortalamaları düşüktür.

**Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi:** Araştırma verileri SPSS 10.0 for Windows programında kodlanarak istatistiksel analizler yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, sayı, yüzde dağılımları ile t testi, ANOVA, Scheffe, Duncan, Tukey testleri ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

## BULGULAR

Araştırmanın örneklemini oluşturan 65 hastanın sosyo- demografik özellikleri incelendiğinde; hastaların 34' ünün (%52.3) 42- 64 yaş grubunda oldukları, 39 hastanın cinsiyetinin (%60) kadın olduğu, 50 hastanın (%76.9) evli olduğu, 27 hastanın (%41.5) ortaokul/ lise mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların 51' i (%78.5) çekirdek aile yapısına sahip, 38' inin (%58.5) geliri gidere denktir. Hastaların 30' unun (%46.2) en uzun süreli yerleşim biriminin büyükşehir olduğu saptanmıştır.

Hastaların hastalık öyküleri ve hastalık durumları incelendiğinde; 50 hastanın (%76.9) başka bir fiziksel bir hastalığı, 57 hastanın (%87.7) ruhsal bir hastalığı bulunmadığı, 59' unun (%90.8) ailesinde ruhsal bir hastalık olmadığı saptanmıştır. Hastaların %50.8' i ürtiker, %24.6' sı psöriazis, %13.8' i egzama, % 6.2' si alopesia, %4.6' sı pruritus tanısıyla klinikte yatmaktadır. Hastaların %76.9' unun 6 ay ve daha uzun süre-

dir şikayetleri olduğu, %75.4' ünün kliniğe ilk yatışları olduğu, %64.6' sında tedavi sonrasında da şikayetlerinin devam ettiği saptanmıştır.

Hastaların sağlık ve genel yaşam algıları incelendiğinde ise; toplam 64 hastanın (n=65) 29' unun (%44.6) sağlıklarını genel olarak iyi olarak algıladıkları, 37' sinin (%56.9) güçlüklerle kendi çabasıyla baş etmeye çalıştıkları saptanmıştır. Hastaların 27' sinin (%41.5) özel yaşamlarından, 38' inin (%58.5) iş/meslek yaşamlarından, 43' ünün (%66.2) kişilerarası ilişkilerinden doyum aldıkları saptanmıştır.

**Tablo 1.** Dermatoloji Kliniğinde Yatan Hastaların Beck Anksiyete Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Sürekli Öfke- Öfke İfade tarzı ve Problem Çözme Becerisi Puan Ortalamaları (n=65).

ÖLÇEKLER	$\bar{x}$	S.s.
BECK ANKSİYETE ENVANTERİ	14.84	13.90
BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ	5.24	4.37
SÜREKLİ ÖFKE	20.52	6.26
ÖFKE İÇTE	16.01	5.23
ÖFKE DIŞTA	15.41	4.39
ÖFKE KONTROL	23.66	4.86
PROBLEM ÇÖZME BECERİSİ	86.13	19.86

Tablo 1' de görüldüğü gibi Dermatoloji kliniğinde yatan hastaların anksiyete envanteri puan ortalaması  $14.84 \pm 13.90$ , umutsuzluk ölçeği puan ortalaması ise  $5.24 \pm 4.37$  dir. Hastaların sürekli öfke puan ortalaması  $20.52 \pm 6.26$ , öfke içte puan ortalaması  $16.01 \pm 5.23$ , öfke dışta puan ortalaması  $15.41 \pm 4.39$ , öfke kontrol puan ortalaması  $23.66 \pm 4.86$  dir. Hastaların problem çözme becerisi puan ortalaması ise  $86.13 \pm 19.86$  dir.

Tablo 2' de Dermatoloji kliniğinde yatan hastaların sürekli öfke-öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre dağılımı görülmektedir. Tablo 2' deki istatistik verilerde de görüldüğü gibi, sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta ve öfke kontrol puan ortalamalarını etkilemeyen bağımsız değişkenler hastaların medeni durumları, eğitim durumları, meslek, genel sağlık değerlendirmeleri, sıkıntılı durumlarla baş etme tarzlarıdır (ANOVA,  $p > 0.05$ ). Üç ve daha çok sayıda hastane yatışı olan hastaların öfke dışta puan ortalamaları yapılan varyans analizinde anlamlı düzeyde düşük bulunurken (scheffe,  $p < 0.01$ ), hastaneye yatış sayısına göre; sürekli öfke, öfke içte, öfke kontrol puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Genel olarak, özel yaşamından doyum alan hastaların öfke içte puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük iken (duncan,  $p < 0.01$ ), doyum almayan hasta-

ların sürekli öfke düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (scheffe, 0.05). Özel yaşamından doyum alma durumuna göre öfke dışta ve öfke kontrol puan ortalamalarının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Yaptıkları işten doyum almadıklarını ifade eden hastaların öfke içte puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek iken (tukey,  $p<0.05$ ), yaptıkları işten alınan doyum durumuna göre sürekli öfke, öfke dışta, öfke kontrol puan ortalamaları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Genel olarak insanlarla olan ilişkilerinden doyum almadığını ifade eden hastaların öfke kontrol puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük iken (duncan,  $p<0.05$ ), kişilerarası ilişki doyumuna göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta puan ortalamaları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Kadın hastaların sürekli öfke (independent sample t test,  $p<0.001$ ), öfke içte (independent sample t test,  $p<0.05$ ), öfke dışta puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek iken (independent sample t test,  $p<0.01$ ), hastaların cinsiyetine göre öfke kontrol puan ortalamaları dağılımları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) ( Tablo 2).

**Tablo 2.** Dermatoloji Kliniğinde Yatan Hastaların Sürekli Öfke- Öfke İfade Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı (n=65)

Değişkenler	Sürekli öfke		Öfke içte		Öfke dışta		Öfke kontrol	
	$\bar{X}$	s.s.	$\bar{X}$	s.s.	$\bar{X}$	s.s.	$\bar{X}$	s.s.
<b><u>Medeni durum</u></b>								
Bekar	2.31	0.79	2.29	0.68	1.94	0.99	1.82	0.76
Evli	2.07	0.60	1.96	0.59	2.25	0.63	2.79	0.66
Boşanmış, dul ayrı yaşıyor	1.61	0.40	1.89	0.60	1.89	0.49	1.83	0.62
	F	p	F	p	F	p	F	p
	2.540	0.087	0.928	0.401	1.662	0.198	2.243	0.115
<b><u>Eğitim</u></b>								
İlkokul mezunu	2.20	0.77	2.08	0.72	2.03	0.64	3.12	0.52
Orta/lise mezunu	2.01	0.62	1.93	0.66	1.86	0.54	2.89	0.67
Y.okul/ fakülte	1.98	0.47	2.02	0.59	1.92	0.47	2.90	0.57
	F	p	F	p	F	p	F	p
	0.649	0.526	0.297	0.744	0.527	0.593	0.871	0.424
<b><u>Meslek</u></b>								
Ev hanımı	2.24	0.67	2.07	0.68	2.05	0.49	2.92	0.52
Çiftçi	1.85	0.00	2.06	0.00	1.43	0.44	3.12	0.53
Emekli	1.83	0.54	1.76	0.61	1.72	0.58	3.11	0.68
Öğrenci	2.66	0.80	2.65	0.61	2.32	0.81	2.42	0.52
Serbest meslek	2.12	0.63	1.72	0.20	2.10	0.13	3.22	0.32
Memur	1.95	0.55	2.11	0.69	1.95	0.45	2.84	0.62
	F	p	F	p	F	p	F	p
	2.003	0.091	1.979	0.095	1.832	0.121	1.433	0.226



<b><u>Hastaneye yatış sayısı</u></b>								
İlk	2.13	0.67	2.08	0.67	2.00	0.55	2.96	0.64
İkinci	2.01	0.25	1.90	0.42	1.95	0.35	2.72	0.41
Üç ve üzerinde	1.48	0.21	1.47	0.62	1.22	0.14	3.27	0.39
	F	p	F	p	F	p	F	p
	3.063	0.054	2.572	0.085	6.276	0.003*	1.562	0.218
<b><u>Genel sağlık değerlendirmesi</u></b>								
Kötü	2.11	0.65	2.07	0.59	2.03	0.66	3.04	0.70
Şöyle böyle	2.26	0.68	2.08	0.70	2.07	0.55	2.73	0.55
İyi	1.90	0.53	1.97	0.63	1.81	0.48	3.09	0.60
Çok iyi	1.56	0.37	1.37	0.45	1.50	0.54	3.33	0.40
	F	p	F	p	F	p	F	p
	2.245	0.092	1.092	0.360	1.775	0.161	2.187	0.099
<b><u>Stresle baş etme</u></b>								
Kendi çabamla	2.12	0.67	1.94	0.59	1.94	0.58	3.02	0.60
Aile desteği ile	1.84	0.29	1.81	0.38	1.87	0.23	2.93	0.41
İçime atar olayları akışına bırakırım	2.08	0.62	2.12	0.75	1.85	0.56	2.74	0.66
Dua ederim	1.50	0.62	2.58	1.25	2.29	0.80	3.41	0.71
	F	p	F	p	F	p	F	p
	1.254	0.298	1.324	0.275	0.567	0.639	1.404	0.250
<b><u>Özel yaşam doyumu</u></b>								
Doyum alıyorum	1.91	0.65	1.70	0.53	1.88	0.63	3.04	0.60
Kısmen doyum alıyorum	2.00	0.50	2.10	0.63	1.90	0.46	2.98	0.60
Doyum almıyorum	2.45	0.68	2.44	0.66	2.07	0.52	2.69	0.60
	F	p	F	p	F	p	F	p
	3.321	0.043*	7.049	0.002**	0.521	0.596	1.430	0.247
<b><u>İş doyumu</u></b>								
Doyum alıyorum	2.01	0.66	1.93	0.63	1.84	0.59	3.06	0.60
Kısmen doyum alıyorum	2.10	0.52	1.88	0.51	1.92	0.40	2.75	0.54
Doyum almıyorum	2.13	0.72	2.57	0.81	2.29	0.52	2.93	0.68
	F	p	F	p	F	p	F	p
	0.208	0.813	3.903	0.025*	2.293	0.110	1.756	0.181
<b><u>Kişiler arası ilişkiler doyumu</u></b>								
Doyum alıyorum	1.98	0.62	1.93	0.64	1.91	0.57	3.08	0.59
Kısmen doyum alıyorum	2.20	0.61	2.08	0.57	1.93	0.48	2.77	0.49
Doyum almıyorum	2.08	0.72	2.27	0.98	1.97	0.63	2.50	0.79
	F	p	F	p	F	p	F	p
	0.733	0.485	0.797	0.455	0.025	0.976	3.378	0.040*
<b><u>Cinsiyet</u></b>								
Kadın	2.26	0.62	2.15	0.61	2.07	0.56	2.88	0.54
Erkek	1.72	0.47	1.76	0.64	1.71	0.44	3.06	0.68
	t	p	t	p	t	p	t	p
	3.951	0.000***	2.407	0.020*	2.844	0.006**	-1.138	0.261

**CERRAHİ ENDİKASYONLU HERNİE NUKLEOSUS PULPOSUS  
OLGULARINDA OPERASYONA İLİŞKİN BEKLENTİ, SOMATİZASYON  
BELİRTİLERİ VE FONKSİYONEL OLMAYAN TUTUMLAR**

*SOMATIZATION SYMPTOMS, DYSFUNCTIONAL ATTITUDES AND  
EXPECTATION ABOUT OPERATION OF PATIENTS WITH SURGICAL  
INDICATION HERNIE NUKLEOSUS PULPOSUS*

**Gülbin YILMAZ\***

**Esra ENGİN\*\***

**Sertaç İŞLEKEL\*\*\***

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Diyaliz Ünitesi, Bornova/İZMİR

\*\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı,  
Bornova/İZMİR

\*\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** HNP (Hernie nukleosus pulposus), somatizasyon, fonksiyonel olmayan tutum

**Key Words:** HNP (Hernie nukleosus pulposus) somatization, dysfunctional attitudes

**ÖZET**

**Amaç:** Bu araştırma; cerrahi tedavi endikasyonu konmuş Hernie Nukleosus Pulposus (HNP) hastalarının operasyona ilişkin beklentilerinin somatizasyon belirtileri ve fonksiyonel olmayan tutumları ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma verileri dört tür soru formu ile toplanmıştır. İlk form araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, ikinci form araştırmacılar tarafından hazırlanan ameliyata ilişkin beklenti formu, üçüncü form Hathaway ve Kinley tarafından (1943) geliştirilen somatizasyon ölçeği, dördüncü form Weisman ve Beck tarafından (1978) tarafından geliştirilen fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğidir. Araştırma gerekli izinler alındıktan sonra 1 Mart-30 Eylül 2004 tarihlerinde Ege Üniversitesi Nöroşirürji Kliniği'nde yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon testi, t-test ve ANOVA, ileri analizde ise scheffe, duncan, tamhane testleri uygulanmıştır.

**Bulgular:** Hastaların fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları  $169,68 \pm 26,21$ , somatizasyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları  $13,36 \pm 5,76$  dır. Ameliyata ilişkin beklenti puan ortalamaları  $4,47 \pm 1,65$  tir.

**Sonuç:** Araştırma bulgularına göre, holistik değerlendirmenin HNP hastaları için önemli olduğu saptanmıştır. Holistik değerlendirme ve bakımın konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi tarafından yapılabileceği önerilmiştir.

## SUMMARY

**Purpose:** *This descriptive study was purposed with determinate somatization symptoms, dysfunctional attitudes, operation expectations of patients with HNP which take operation indication.*

**Material and method:** *Data was collected by four forms. First one, sociodemografic knowledge questionnaire form which was developed by researcher, second one operation expectation form was developed by researcher. Third one, somatization scale was developed by Hathaway and Kinley (1943), fourth one dysfunctional attitudes scale was developed by Weisman and Beck (1978). Data was collected by test, ANOVA, pearson correlation analyses, for advanced analysis was used scheffe, duncan, t test.*

**Results:** *Patient's dysfunctional scale point mean  $169.68 \pm 26.21$ , somatization scale point mean was  $13.36 \pm 5.76$ , operation expectation point mean  $4.47 \pm 1.65$ .*

**Conclusion:** *For this study results, holistic evaluation was important for patients with HNP was found. Holistic evaluation and care should be used by consultation -liasion psychiatric nurse was suggested.*

## GİRİŞ

Cerrahi girişimler, teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki ileri gelişmelerin yanında ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açabilmektedirler. Cerrahi girişimler, hastada hastalığından kurtulma umut ve beklentisi yanında psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ, doku kaybı ve ölüm korkusuna neden olabilen girişimlerdir. Genel olarak kalıcı komplikasyon riski az olan girişimlerde dahi, hastalar cerrahi dışı yöntemlere kıyasla daha fazla psikososyal rahatsızlık tanımlamaktadırlar (Özkan 1993, Hehl ve ark.1983, Kaiser ve ark. 2001).

Cerrahi girişimler, bu nedenle hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde psikiyatrik sorunlar oluşturabilir. Ameliyat öncesi ruhsal bozukluk tanımlayan hastalarda, ameliyat sonrası gerek ruhsal, gerekse fiziksel komplikasyonların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Cerrahi servislerinde hastalara en üst düzeyde psikososyal hizmet sunulabilmesi, bu servislerde ameliyat öncesi başlayan ve ameliyat sonrası dönemde devam eden konsültasyonla sınırlı olmayan, liyezon psikiyatrisi ile mümkündür (Özkan 1993).

Ameliyata ilişkin gerçekçi beklentileri olan, yeterli bilgi edinmiş, katılımcı tutum gösteren, ameliyat öncesi kaygı düzeyleri normal sınırlar içinde olan hastaların, gerçek ötesi beklentileri olan, ameliyat öncesi kaygıları yüksek, durumlarını ve gerçeği ileri ölçüde inkar eden hastalara kıyasla, ameliyat sonrası uyumları daha iyi olmaktadır. Ameliyat öncesi psikiyatrik değerlendirmede; anksiyete bozukluğu, kişilik bozuk-

luğu, zeka yetersizliği, demans, alkol bağımlılığı, depresyon ve psikoza olan hastaların belirlenmesi özellikle önemlidir. Depresif bozukluk tanısı alan hastalarda, ameliyat sonrası morbiditenin fazla olduğu ve hastaların ameliyat sonrası kendine ilgi ve bakımın azalmasıyla birlikte diyet ve egzersiz gibi programları yeterince gerçekleştiremedikleri bildirilmiştir (Özkan 1993, Ünal 1990).

Ameliyat olmuş bir hastada komplikasyon olmadığı halde ve uygun tedaviye rağmen yakınmalar (ağrı vb.) devam ediyorsa ve hasta ilaç bağımlılığı tanımlıyorsa depresif bozukluk olasılığı dikkate alınmalıdır. Kiřinin kendisini (içinde bulunduğu durum), çevresini, geleceğini olumsuz algılaması depresyon gelişiminde esastır. Olumsuz dűřünceler, olumsuz duygulara ve uyumsuz davranışlara yol açmaktadır. Kiři erken deneyimlerin geliştirdiği renmeler izerine işlevsel olmayan çıkarımlar yapmaktadır. Tetiđi çeken uyaran, bu çıkarımları uyarmaktadır. Sonuçta negatif otomatik dűřünceler gelişir. Böylece depresif algı ve yaşantı gelişmektedir. Kiři, kendisini, çevresini, çaresiz ve geleceğini olumsuz algılamaktadır (Neatherlin ve Brillhart 1995, Lindal 1990).

Beck' in tanımladığı depresyon gelişiminde rolü olan bilişsel hataları, keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı (olumsuz) genelleştirme, abartma ve küçümseme, kişiselleştirme ve mutlak dűřünme oluşturmaktadır. Bu otomatik dűřünceler ise işlevsel olmayan tutumlar ve algısal hatalarla ilgilidir. Kiřinin gűnlük yaşamını ve sosyal etkinliklerini son derece olumsuz etkileyebilen depresyon sık grűlen psişik hastalık olmakla birlikte, bedensel belirtilerin ön planda olduğu bazı belirsiz yakınmaları nedeni ile bu kişiler psikiyatri dışında hekimlere başvurmaktadırlar (Savaşır 1997).

Yapılan araştırmalar depresyon hastalarının %90' ının psikiyatrist olmayan hekimler tarafından grűlűp değerlendirildiğini ortaya koymaktadır. Özellikle sıklıkla birlikte grűlen kronik ağrı ve depresyon, bir anlamda fiziksel hastalıkla psişik bozukluğun "sınırlarının" birbirini aştığı ya da birbirine karıştığı bir ortamı (alanı) oluşturmaktadır. Ağrı, depresif duyguların bir anlatım biçimi olarak ortaya çıkabileceği gibi, organik bir nedenle ilintili olan ağrı, hastada depresyon oluşumuna yol açabilmekte, umutsuzluk, olumsuz duygulanımlar, enerji kaybı, uykusuzluk ve sosyal ortamdaki uzaklaşmalara neden olabilmekte, böylece birbirini olumsuz etkileyen bir kısır dngű oluşmaktadır (Gűzeldemir 1995, Özkan 1993, Neatherlin ve Brillhart 1995).

Ağrı, HNP tanısı almış hastalarda da kişinin gűnlük üretim ve davranışlarında bozulmalara yol açarak iş yapamama ve işten ayrılmalara, okula gidemeyerek eğitiminde aksamalara, hastanelere abone olmalarına ve başlıca konuşma konularının ve dűřünce içeriklerinin

ağrı üzerine olmasına, gereksiz ve çok miktarda ilaçlar kullanmalarına, evlilik ve sosyal ilişki sorunlarına yol açmaktadır. Bu kişilerde ağrı gidermek amacı ile bağımlılık yapma potansiyeli olan ilaçların yanlış kullanımı ve sonuçta ilaç bağımlılığı görülebilmektedir. HNP olgularının birçoğu ağrıyı önlemek için çok uzaktaki sağlık kurumlarına ya da sağlıkla ilgisiz kişilere, tıp dışı yöntemlere başvurmakta, çok zaman, para ve daha çok sağlık kayıplarına neden olabilmektedirler (<http://www.psikiyatrist.net/index.htm>).

Basit bir tedavi ile iyileşmesi mümkün iken, bilinçsizce yapılan uygulamalar sonucu ameliyatlık hale gelmiş hatta daha da kötüsü ameliyata bile yetişmeden felç kalmış HNP hastaları vardır (<http://www.hastarehberi.com>, Hagg ve ark. 2003).

Önde gelen belirtiler bedensel nitelikte olduğundan doğal olarak bu hastalar organik, fiziksel bir hastalığı olduğunu düşünerek, konuyla ilgili hekimlere başvurumaktadırlar. Yapılmış olan çeşitli klinik çalışmalar, genel tıbbi hizmet veren kurumlara bedensel (somatik) yakınmalarla başvuran hastalarda % 20-84 arasında değişen bir oranda, yakınmaları açıklayacak herhangi bir organik nedenin bulunmadığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla bu durum hastaneye yatış-çıkış, gereksiz ilaç kullanımı, iş gücü kaybı gibi kayıplara da neden olmaktadır (Neatherlin ve Brillhart 1995, Dülgerler ve Özgür 2000, Lindal 1990, Tuncer 1999).

Bu bakımdan, bedensel yakınmalarla hastaneye başvuran kişi, bu belirtiler organik kökenli olsun olmasın, insan sağlığında ve hastalıkta çeşitli etkenlerin birbirleriyle etkileşiminin önemini vurgulayan bir model olan multifaktöryel yaklaşım çerçevesi içinde bütüncül bakış açısıyla ele alınmalıdır. Belirtilerin o kişi için taşıdığı anlam ve önem sağlık ekibi üyeleri tarafından ancak bütüncül bir yaklaşımla açığa çıkarılabilir.

Bu bilgiler doğrultusunda araştırma, cerrahi tedavi endikasyonu konmuş HNP (Hernie Nukleosus Pulposus) hastalarının operasyona ilişkin beklentileri, somatizasyon belirtileri, fonksiyonel olmayan tutumları ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

**Araştırmanın Tipi:** Bu araştırma cerrahi tedavi endikasyonu konmuş HNP (Hernie Nukleosus Pulposus) hastalarının operasyona ilişkin beklentileri, somatizasyon belirtileri, fonksiyonel olmayan tutumları ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır.

**Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:** Araştırmanın evrenini 1 Mart 2004 - 30 Eylül 2004 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Nöroşirurji A.B dalına başvurmuş cerrahi tedavi endikasyonu konmuş HNP (Hernie Nukleosus Pulposus) hastaları oluşturmuştur. Araştırma için örneklem seçim yöntemine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar araştırma kapsamına alınmış (n= 66), gerekli izinler alındıktan sonra veri toplama araçları uygulanmıştır.

**Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları:** Bu araştırmada verileri toplayabilmek amacıyla dört tür soru formu kullanılmıştır. Soru formları uygulanmadan önce işlemin bir saate yakın süreceği konusunda hastalar bilgilendirilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara soru formları uygulanmıştır.

**Form I:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan, araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo- demografik özelliklerini, hastalık öykülerini, ağrı öyküleri, hastalık hakkında bilgi durumları, sağlık algıları ve stresle baş etme durumları yansıtmayı amaçlayan 24 sorudan oluşan tanıtıcı bilgi formudur.

**Form II:** Hastaların HNP ameliyatına ilişkin beklentilerini ölçmeyi amaçlayan araştırmacılar tarafından geliştirilen 15 soruluk bir formdur. Her ifadenin “ EVET” ya da “ HAYIR” seçeneği vardır. 6. ve 7. sorular dışında “EVET” yanıtı için 1 puan, 6. ve 7. sorular dışında “HAYIR” yanıtı için 0 puan verilmiştir. 6. ve 7. sorular ters puanlanmıştır. Bu soru formundan alınabilecek en yüksek puan 15 , en düşük puan ise 0 dır. 0-4 Puan, düşük; 5-9 puan, uygun; 10 Puan üstü ise yüksek beklenti şeklinde yorum yapılmıştır.

**Form III:** Somatizasyon ölçeği, Hathaway ve Kinley tarafından (1943) geliştirilen ve 1970 yılından buyana ülkemizde kullanılan Minesotta çok yönlü kişilik envanterin’ den (MMPI) somatizasyonla ilişkili maddelerin alınması ile oluşturulmuştur. Türkiye için geçerlik güvenirliği Dülgerler ve Özgür (2000) tarafından yapılmış olan ölçek 33 ifadeden oluşmaktadır. Her ifadenin “ DOĞRU” ve “YANLIŞ” seçeneği istenir. Ancak ifadenin içeriği birey için bir şey ifade etmiyorsa cevap vermemesi gerektiği de belirtilir. Ölçeğin puanlaması yapılırken; 1,4,5,6, 7,10,11,19,20, 21, 22, 23, 26, 27, 32, 33 numaralı maddelere “DOĞRU” yanıtı verildiğinde 1 puan, “YANLIŞ” yanıtı verildiğinde 0 puan, 2,3,8,9, 12,14,15,16,17,18,24,25,28,29,30,31 numaralı maddelere “YANLIŞ” yanıtı verildiğinde 1 puan, “DOĞRU” yanıtı verildiğinde 0 puan verilmektedir. Doğru ve yanlış cevaplardan alınan puanlar toplanarak toplam bir puan elde edilir. Ölçekten alınan puanlar “0 ile 33 ” değerleri arasında değişmektedir.

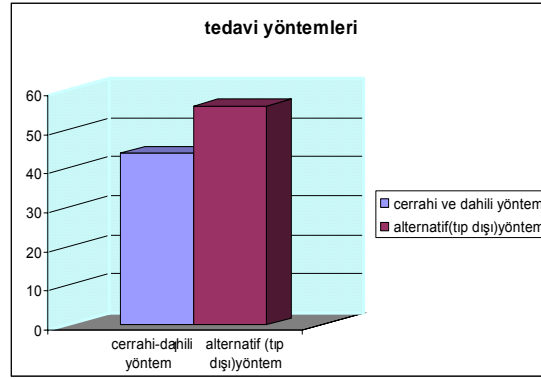
**Form IV:** Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, hastaların depresyonla ilişkili olan fonksiyonel olmayan tutumlarının ortaya çıkma sıklığını ortaya koymayı amaçlayan, 40 maddeden oluşan, 1-7 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçek Weisman ve Beck tarafından (1978) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçeye uyarlanması ve geçerlik, güvenirliği Şahin ve Şahin (1972) tarafından yapılmıştır. Verilen cevaplara 1 ile 7 arasında değişen puanlar verilir. 2,6,12,17,24,29,30,35,37, 40. maddelerin fonksiyonel tutumlara işaret ettiği varsayıldığından, bu maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir. Puan aralığı 4-280 dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin fonksiyonel olmayan tutumlarının sıklığını göstermektedir.

**Verilerin değerlendirilmesi:** Araştırma verileri SPSS 10.0 for Windows paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin sayısı, yüzde, min-max değerleri hesaplanmıştır. Ölçeklerden alınan toplam puan ortalamaları saptandıktan sonra, ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Ölçek puan ortalamaları ile bazı değişkenler arasında ilişkiyi saptamak amacıyla ise t testi ve ANOVA kullanılmıştır. Araştırma verilerinin ileri analizinde ise scheffe, duncan, tamhane testleri uygulanmıştır.

## BULGULAR

Cerrahi tedavi endikasyonu konmuş HNP hastalarının operasyona ilişkin beklentilerinin somatizasyon belirtileri ve fonksiyonel olmayan tutumları ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlanmış araştırma bulgularına göre;

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalamaları  $50,98 \pm 12,64$  dır. Hastaların %53 ü erkek, %81.8' i evli, %40.9' u ortaokul-lise mezunu, %81.8' i çekirdek aile, %45.5' inin geliri gidere göre denk, %45.5' inin geliri gidere göre azdır. Hastaların %37.9' u en uzun süreyle büyükşehirde yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların%63.3' ü tedavi gerektiren ruhsal bir bozukluğu olmadığını belirtmektedir. Hastaların %100' ünün hastalıklarına ilişkin bilgiyi doktorların aldıkları, %87.9' unun ise hastalıklarının ne olduğunu doğru olarak bildikleri saptanmıştır. %33.3' ü ise genel olarak sağlıklarını şöyle böyle olarak değerlendirmişlerdir. Çalışmaya katılan hastaların % 43.9'u daha önce dahili ve cerrahi tedavi yöntemlerine, (Analjezik, FTR-egzersiz, operasyon), % 56.06'sı ise tıp dışı yöntemlere (kupa vurma, bel çektirme, bitkisel ilaçlar, kaplıcalar) başvurdukları saptanmıştır.



**Grafik 1.** Hastaların Başvurdukları Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı. (n=66)

Hastaların fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları  $169.68 \pm 26.21$ , somatizasyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları  $13.36 \pm 5.76$  dir. Ameliyata ilişkin beklenti puan ortalamaları ise  $4.47 \pm 1.65$  tir.

**Tablo 1.** Hastaların Fonksiyonel Olmayan Tutum Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Ameliyata İlişkin Beklenti Soru Formu Puan Ortalamaları. (n=66)

ÖLÇEKLER	$\bar{X}$	S.s.
Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği	169.68	26.21
Somatizasyon Ölçeği	13.36	5.76
Ameliyata ilişkin Beklenti Soru Formu	4.47	1.65

HNP tanısı almış kadın hastaların somatizasyon puan ortalamalarının yapılan independent sample t test ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanırken ( $p < 0.001$ ), hastaların cinsiyetlerine göre ameliyata ilişkin beklenti puan ortalamaları ve fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği puan ortalamaları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.005$ ), (Tablo 2).

HNP tanısı almış hastaların medeni durumlarına ve gelir durumlarına göre ameliyata ilişkin beklenti, fonksiyonel olmayan tutum ve somatizasyon puan ortalamalarının dağılımının istatistiksel olarak farklı olmadığı yapılan independent sample t test ve varyans analizi ile saptanmıştır ( $p > 0.005$ ), (Tablo 2).

Yüksekokul/ Fakülte mezunu olan HNP hastalarının ameliyata ilişkin beklenti düzeyi ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük iken (duncan,  $p < 0.001$ ), okur-yazar olmayan ya da ilkokul mezunu olan HNP hastalarının somatizasyon puan ortalamaları ise



istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (Scheffe,  $p < 0.001$ ). Hastaların eğitim düzeylerine göre Fonksiyonel Olmayan Tutum puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. ( $p > 0.05$ ) (Tablo 2)

**Tablo 2.** Hastaların Fonksiyonel Olmayan Tutum, Somatizasyon ve Ameliyata İlişkin Beklenti Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı. (n=66)

DEĞİŞKENLER	Ameliyata ilişkin Beklenti		Fonksiyonel Olmayan Tutumlar		Somatizasyon	
<b>CİNSİYET</b>	-		-		-	
Kadın	X	S.s.	X	S.s.	X	S.s.
Erkek	0.29	0.10	4.34	0.65	0.52	0.14
	0.30	0.11	4.15	0.65	0.30	0.12
	t=-0.234	p=0.816	t=1.207	p=0.232	t=6.624	<b>p=0.000</b>
<b>MEDENİ DURUM</b>	-		-		-	
Evli	X	S.s.	X	S.s.	X	S.s.
Bekar, Boşanmış, Dul, Ayrı yaşıyor	0.30	0.11	4.27	0.65	0.39	0.16
	0.26		4.10	0.66	0.47	0.21
	t=1.524	p=0.143	t=0.784	p=0.444	t=-1.241	p=0.235
<b>EĞİTİM DÜZEYİ</b>	-		-		-	
Okuryazardeğil/ilkokulmezunu	X	S.s.	X	S.s.	X	S.s.
Ortaokul/Lise	0.29	0.10	4.01	0.70	0.51	0.17
Yüksekokul /Fakülte	0.34	0.11	4.25	0.69	0.37	0.16
	0.22		4.49	0.43	0.33	0.12
	F=7.753	<b>p=0.001</b>	F=2.794	p=0.069	F=7.247	<b>p=0.001</b>
<b>GELİR DURUMU</b>	-		-		-	
Gelir giderden ↑	X	S.s.	X	S.s.	X	S.s.
Gelir giderle denk	0.21	-	4.49	0.56	0.38	0.16
Gelir giderden ↓	0.28	0.10	4.15	0.73	0.43	0.19
	0.32	0.11	4.27	0.58	0.38	0.15
	F=3.028	p=0.056	F=0.735	p=0.484	F=0.619	p=0.542
<b>DAHA ÖNCEKİ TEDAVİ</b>	-		-		-	
Dahili tedavi	X	S.s.	X	S.s.	X	S.s.
Cerrahi tedavi	0.34	0.10	4.25	0.72	0.41	0.16
Tıp Dışı tedavi Yöntemleri	0.25	0.10	4.23	0.48	0.32	0.14
	0.27	0.10	4.23	0.66	0.41	0.18
	F=3.282	<b>p=0.044</b>	F=0.003	p=0.997	F=0.946	p=0.394
<b>GENEL SAĞLIK DEĞERLENDİRMESİ</b>	-		-		-	
Çok kötü/Kötü	X	S.s.	X	S.s.	X	S.s.
Şöyle Böyle	0.33	0.10	4.11	0.69	0.50	0.19
İyi/ Çok iyi	0.26	-	4.42	0.58	0.36	0.13
	0.28	0.12	4.19	0.67	0.31	0.11
	F=2.672	p=0.077	F=1.313	p=0.276	F=8.245	<b>p=0.001</b>
<b>BAŞETME DURUMU</b>	-		-		-	
Başedemiyor	X	S.s.	X	S.s.	X	S.s.
Soğukkanlı ve mantıklı davranarak kendi kendine çözüm buluyor	0.22	0.10	4.47	0.36	0.50	0.16
Aile-dost yardımı alıyor	0.31	0.11	4.15	0.71	0.37	0.15
Uzman yardımı alıyor	0.31	-	4.37	0.64	0.47	0.21
	0.28	0.12	4.28	0.58	0.44	0.21
	F=1.282	P=0.288	F=0.648	P=0.587	F=1.458	P=0.235

Daha önce cerrahi tedavi almış HNP hastalarının ameliyata ilişkin beklenti puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük iken (duncan,  $p < 0.05$ ), hastaların daha önce aldıkları tedaviye göre Fonksiyonel Olmayan Tutum ve Somatizasyon puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 2).

Genel sağlık değerlendirmeleri çok kötü ve kötü olan HNP hastalarının somatizasyon ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek iken (Scheffe,  $p < 0.001$ ), sağlık değerlendirmelerine göre hastalarının ameliyata ilişkin beklenti ve Fonksiyonel Olmayan Tutum puan ortalamaları dağılımları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 2).

HNP tanısı almış hastaların stresle baş etme durumlarına göre, ameliyata ilişkin beklenti, Fonksiyonel Olmayan Tutum ve Somatizasyon puan ortalamalarının dağılımları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (ANOVA,  $p > 0.005$ ) (Tablo 2).

**Tablo 3.** Hastaların Ameliyata İlişkin beklenti, Fonksiyonel Olmayan Tutum, Somatizasyon Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=66).

DEĞİŞKENLER	Ameliyata ilişkin Beklenti	Fonksiyonel Olmayan Tutumlar	Somatizasyon
Ameliyata ilişkin Beklenti			
Pearson Correlation		<b>-0.315</b>	0.126
P	1.000	0.010	0.314
Fonksiyonel Olmayan Tutumlar			
Pearson Correlation	<b>-0.315</b>	1.000	<b>-0.001</b>
P	0.010	-	0.991

HNP tanısı almış hastaların ameliyata ilişkin beklentileri ile fonksiyonel olmayan tutumları arasında ters yönde bir ilişki saptanırken (pearson correlation,  $p < 0.005$ ), hastaların ameliyata ilişkin beklentileri ile somatizasyon semptomları arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.005$ ) HNP' li hastaların fonksiyonel olmayan tutumları ile somatizasyon belirtileri arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.005$ ) (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Hastaların ameliyata ilişkin beklenti düzeyleri, hastaların bu soru formundan aldıkları toplam puan ortalamalarının puan aralığına göre değerlendirildiğinde oldukça düşük düzeydedir. Bu bulgu hastaların tamamına yakınının tanılarını doğru olarak bilmesi ve gerek hastalıkları hakkında gerekse operasyona ilişkin bilgilerin doktorları tarafından

verilmesi ile ilişkilendirilebilir. Hastaların bu soru formundan aldıkları düşük değer gerçekçi bir beklenti olarak değerlendirilmiştir. Dolayısıyla bireylere hastalıkları ve geçirecekleri operasyona ilişkin bilgilendirme yapmanın hastaların sağlıklarına ilişkin gerçekçi beklentilere girmelerini sağladığı gibi, bu beklenti durumunun operasyona ilişkin kaygı düzeylerini de düşürebileceği şeklinde yorumlanabilir. Violante ve ark. 2004 sırt ağrılarında bireysel ve psikososyal farklılıkları inceleyen çalışmalarında, araştırma bulgumuzla benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Hastaların somatizasyon düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu ölçekten aldıkları puanla söylenebilir. Hastaların yine orta düzeye yakın fonksiyonel olmayan tutumları olduğu ölçekten aldıkları puan ortalamaları ile söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki kadın hastaların somatizasyon puan ortalamalarının erkek hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Somatizasyona ilişkin yapılan çalışmalar da da kadın ve erkekler arasında psikosomatik bozukluk skorları ve etiyolojilerinin farklı olduğu yönündedir. Kadınların somatizasyona yatkınlığı ilgi gereksinimlerini bu yolla dile getiriyor olabileceklerini düşündürdüğü gibi, kadın hastaların bu nedenle ağrı eşiklerinin daha düşük olabilecekleri dolayısıyla tedavi sırasında daha fazla ve gereksiz analjezik kullanabileceği şeklinde yorumlanabilir. (Klein ve Cross 1984, Dülgerler ve Özgür 2000, Çermik 1992, Tuncer 1999, Arsan ve ark 1985, Arsan 1987, İpçi 1983).

Üniversite mezunu hastaların ameliyata ilişkin beklenti puanları daha düşüktür. Bu bulgu eğitim düzeyinin stresli durumları gerçekçi değerlendirmede etkili olabileceğini düşündürmektedir. Okur-yazar olmayan ya da ilkökul mezunu hastaların somatizasyon puanlarının daha yüksek olması, bu gruptaki hastaların duygusal durumlarını ve gereksinimlerini açık bir şekilde ifade edememelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Daha önce cerrahi tedavi uygulanmış hastaların ameliyata ilişkin beklentilerinin daha düşük olması, yalnızca operasyonun değil, operasyon sonrasında diyetle uyuma, egzersiz yapma, eğilme-kalkma gibi hastalığın tekrarlamasına yol açabilecek davranışlarının farkında olduklarını düşündürülebilir.

Genel olarak sağlığını kötü ve çok kötü olarak değerlendirenlerin somatizasyon puanlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Ameliyata ilişkin beklenti düzeyi ile fonksiyonel olmayan tutumlar arasındaki negatif yönde saptanan ilişki, beklenti düzeyinin düşmesinin işlevsel olmayan tutumlara yol açtığı dolayısıyla hastaların sağlığına ve geleceğine yönelik olumsuz algılarının olabileceği, bunlarla bir süre sonra baş edemeyerek depresyon yaşayabileceğini gösterebilir. Kronik

ağrılı hastalarda yapılan çalışmalarda depresyon yaşanabileceğine dair benzer bulgular saptanmıştır (Joukamaa 1987, Kreishnan ve 1985).

## SONUÇ

Araştırma bulgularına göre HNP'li hastalarda patolojik düzeyde somatizasyon ve fonksiyonel olmayan tutum saptanmamıştır. Ancak çalışmada yordanmayan değişkenler olabileceği gibi hastaların hastalıklarına ilişkin bilgi düzeylerinin iyi olması da bu sonuçları verebilmektedir. Dolayısıyla HNP'li olgularda holistik bakış açısıyla bakım verilebilmesi için, hastaların psikolojik değerlendirmelerinin ve benzer çalışmaların daha büyük popülasyonlarda yapılması oldukça önem taşımaktadır. Bu alanda yapılan çalışmaların azlığı nedeniyle çalışma bulgularının karşılaştırılması ve yorumlanması da güçleşmiştir.

Eğitimin etkinliği bu hasta grubu için söylenebilir. Hastaların, operasyon öncesinde operasyona ilişkin bilgilendirilmeleri, operasyon sonrasında hastaların önerilen tedaviyi(diyet, egzersiz vs.) uygulayabilmeleri için danışmanlık hizmetinin verilmesi önemlidir.

Organik nedenli yakınma ile birlikte görülebilecek depresyon, somatizasyon gibi psikiyatrik sorunlar konusunda ekip üyelerinin daha dikkatli olması gerekmektedir. Bu amaçla konsültasyon liyezon birimiyle işbirliğinin sağlanması ve bu işbirliği için hastaların ruhsal durum değerlendirmesi, hasta eğitimi ve danışmanlığından sorumlu bir konsültasyon-liyezon psikiyatri hemşiresinin görev alması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Özkan S (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, 117-135, 175-187.
2. Savaşır Ş (1997). Bilişsel Davranışsal Terapilerde Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:9, Ankara, 46.
3. Neatherlin J, Brillhart B (1995) " Body Image In Preoperative Lumbar Laminectomy Patients, The Journal Of Neuroscience Nursing, Vol:27, Number:1, U.S.A.
4. Dülgerler Ş, Özgür G (2000) " İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması" Ege Üni. Sağlık Bilimleri Ens. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
5. Hehl Fj, Makowka U, Schleberger R(1983). " Psychosomatics Of The Success Of Operations In Intervertebral Disk Lesion Patients". J Clin Psychol Psychopathol Psychother. 31(1):53-66.
6. Lindal E. (1990).Interaction Between Constant Levels Of Low Back Pain A Other Psychological Parameters. , Psychol Rep. Dec; 67 (3pt 2), 1223- 1234.
7. [Http://Www.Psikiyatrist.Net/Index.Htm](http://Www.Psikiyatrist.Net/Index.Htm)

8. [Http://Www.Hastarehberi.Com/Fiziktedavi/Fizikted4/Belfitigivekorunmayollari.Htm](http://Www.Hastarehberi.Com/Fiziktedavi/Fizikted4/Belfitigivekorunmayollari.Htm)
9. Norol Bil D 19: 2, 2002 [Http://Www.Med.Ege.Edu.Tr/Norolbil/2002/Nbd19402.Htm](http://Www.Med.Ege.Edu.Tr/Norolbil/2002/Nbd19402.Htm)
10. [Http://Www.Belfitigi.Com/Tr/Ic/Index.Php?Bel=Hyy](http://Www.Belfitigi.Com/Tr/Ic/Index.Php?Bel=Hyy)
11. Tunçer Ö (1999) "Depresyon Ve Somatizasyon" İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul. Aralık, S.47-52.
12. Güzeldemir E(1995)"Ağrı Değerlendirme Yöntemleri" Sendrom, Haziran Ss:11-21.
13. Hagg O, Fritzell P, Hedlund R, Moller H, Ekselius L, Nordwa A (2003). "Pain-Drawing Does Not Predict The Outcome Of Fusion Surgery For Chronic Low-Back Pain" Eur Spine J.Feb;12(1): 2-11.
14. Julkunen J, Huri H, Kankainen J (1988) "Psychological Factors In The Treatment Of Chronic Low Back Pain" Psychother Psychosom.50(4):173-81
15. Kaiser Po, Mattson B, Marklund S, Wimo A.(2001) "The Impact Of Psychosocial 'Markers' On The Of Rehabilitation" Disabil Rehabil. Jul 10;23(10) :430-5
16. Violante Fs, Fiori M, Fiorentini C,Risi A,Garagna ,Bonfiglioli R, Mattioli S.(2004) "Associations Of Psychosocial And İndivual Factors Three Different Categories Of Back Disorder Among Nursing Staff" J Occup Health. Mar;46(2):100-8.
17. Joukamaa M (1987). "Psychological Factors In Low Back Pain" Ann Clin Res.19(2): 129-34.
18. Naliboff Bd, McCreary Cp, Arthur Dl, Cohen Mj, Gottlieb Hj (1998) "Mmpı Changes Following Behavioral Treatment Of Chronic Low Back Pain" Dec;35(3): 271-7.
19. Krishnan Kr, France Rd, Pelton S, Mccann Ud, Davidson J, Urban Bj.(1985)"Chronic Pain And Depression.II Symptoms Of Anxiety Chronic Low Back Pain Patients And Their Relationship The Subtypes Of Depression" Pain.Jul; 22(3): 289-94.
20. Villard Hp, Imbeault J, Duguay M.(1986) "Low-Back Pain" Psychother. Psychosom. 45(2): 78-83.
21. [Http://Www.Tip2000.Com/Tedavi/Belagrilari.Html](http://Www.Tip2000.Com/Tedavi/Belagrilari.Html)
22. Çermik E.(1992) "Somatizasyon" Türk Psikiyatri Dergisi 3:(4) S:281-285.
23. Ünal M (1990) "Stres Ve Psikosomatik Tıp" Türk Psikiyatri Dergisi 1:3 S:190-196.
24. Arsan C, Erdoğan B, Oğuz A.(1985) "Somatizasyon Ve Tıptaki Önemi" Dirim Aylık Tıp Dergisi. Kasım-Aralık 11-12, S:323-332.
25. Arsan C, Erdoğan B, Oğuz A. (1987) "Somatizasyon" Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Dergisi. Temmuz 2(2), S:75-87.
26. İpçi M (1983). "Somatoform (Psikosomatik-Psikofizyolojik) Hastalıklar" Dirim Aylık Tıp Dergisi. Mart-Nisan 3-4(58), S:98-181.

**METAL İŞKOLUNDA ÇALIŞAN İŞÇİLERDE SIRT-BEL AĞRISI  
SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER\***

*PREVALENCE OF BACK PAIN AND ASSOCIATED FACTORS AMONG  
METAL WORKERS*

**Medine ÇALIŞKAN YILMAZ\***      **Nursen Ö. NAHCIVAN\*\***

\* Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bornova/İZMİR

\*\* İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı  
Hemşireliği Anabilim Dalı, İSTANBUL

**Anahtar Sözcükler:** Sırt-bel ağrısı, iş sağlığı hemşireliği, metal işçileri, çalışma şekilleri

**Key Words:** Back-pain, occupational health nursing, metal workers, working postures

Yüksek Lisans Tez çalışmasıdır, "International Public Health Congress-Health 21 in Action-October 8-12, 2000-İstanbul" Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**ÖZET**

Bu çalışmanın amacı, metal işkolunda çalışan işçilerde, sırt-bel ağrısı sıklığını ve ilişkili risk etkenlerini incelemektir. Araştırma örneklemini İstanbul'da metal işkolunda faaliyet gösteren altı işyerinde çalışan işçiler (N=1780) arasından olasılıksız örnekleme yöntemiyle seçilen 314 işçi oluşturdu. Veri toplama aracı olarak Görüşme Formu, Visual Analog Skala (VAS), Oswestry Ağrı Sorgulama Formu, standart tartı ve metre kullanıldı. Bireysel özellikler ve çalışma koşulları ile ilgili veriler doğrudan işçilere sorularak elde edildi. Ağrı şiddeti VAS ile fonksiyonel yetersizlik Oswestry Ağrı Sorgulama Formu ile değerlendirildi. Verilerin analizi bilgisayarda, sayı, yüzdelik ve ki-kare önemlilik testi kullanılarak yapıldı. Çoğunluğunu (% 88.5) erkeklerin oluşturduğu işçilerin % 34.1'inde sırt-bel ağrısı, ağrısı olanların % 81.3'ünde günlük yaşam aktivitelerinde hafif derecede fonksiyonel yetersizlik belirlendi. Sırt-bel ağrısı ile bireysel özellikler arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, çalışma koşulları kapsamında gün içinde dört saat ve daha uzun süreyle yük kaldırarak -taşıyarak çalışan işçilerin %51.6'sında, 0-3 saat süreyle iterek- çekerek çalışan işçilerin % 42.4'ünde sırt-bel ağrısı anlamlı olarak daha fazla bulundu. Yük kaldıran taşıyan işçilerde hafif ve orta derecede fonksiyonel yetersizlik belirlendi. Metal işkolundaki işçilerde çalışma koşullarına bağlı sırt-bel ağrısı oluşumunu önlemek ve azaltmak için çalışanların bilinçlendirilmesi, önlemler alınması ve bu konuya yönelik ileri araştırmaların yapılması önerilir.

## SUMMARY

*The purpose of this study was to examine the prevalence of back pain and associated factors among metal workers. This research was carried out in 314 workers at six factories in Istanbul. The sample was chosen among metal workers (N=1780) by using non-probability sampling method. Data were obtained through interview with workers, with a questionnaire developed according to literature review. Back pain was measured by the Visual Analog Scale(VAS), and the functional disability by Oswestry Disability Questionnaire (ODQ). Statistical analysis was performed using the chi-square test for categorical data. Most of the participants were men (88.5 %) of them, 34.1% have had back pain. 81.3 % of the samples suffered from back pain had mild functional disability in daily activities. There was no relationship between back-pain and individual characteristics. Back pain was found to be high in 51.6% of the subjects who lifted and carried loads over four hours a day, and 42.4 % of the subjects who pulled and pushed for at least three-hour duration. Mild and moderate functional disability was found in the workers of load lifting and carrying. Further research is needed to examine potential risk factors associated with back pain for similar population. It should be recommended to take precautions and make the metal workers conscious for preventing and decreasing the back injuries of them, upon the working conditions.*

## GİRİŞ

Sırt-bel ağrıları, etyolojisi çok yönlü olan, bireysel risk etkenleriyle birlikte çalışma şekillerinden kaynaklanan önemli iş sağlığı sorunlarından biridir (Burdorf 1992, Riihimaki 1991, Toroptsova ve ark. 1995). Son 20 yılda yapılan çalışmalar sırt-bel ağrılarının çalışanların %60-85'ini etkilediğini (Cohen ve ark. 1994, Kraus ve ark. 1997, Pietri ve ark.1992, Riihimaki 1991), işgünü kaybı, erken emeklilik ve sakatlığın en önemli nedeni olduğunu (Cohen ve ark. 1994, Rothenbacher ve ark.1997) göstermektedir. Aynı zamanda sırt-bel ağrıları nedeniyle gelişen işgünü ve iş verimi kayıplarının tazminat bedelleri ve tedavi giderlerini de artırdığı belirtilmektedir (Cohen ve ark. 1994, Glazner 1993).

Sırt-bel ağrıları yaşamın en üretken dönemi olan 25-60 yaşları arasında görülen ve omurganın anatomik yapılarının (disk, vertebra, ligament, tendon ve kaslar gibi) çeşitli etkenlerle zorlanma, incinme, burkulma, gerilme ve buna benzer durumlara maruz kalması sonucu gelişen ciddi bir sağlık sorunudur (Kraus ve ark.1997). Sırt-bel ağrıının oluşmasında çeşitli etkenlerin rolü olduğu bilinmektedir. Sırt-bel ağrılarıyla ilişkili risk faktörlerini tanımlayan epidemiyolojik çalışmalar, bireysel özellikler ile ilgili olarak ileri yaşın, ağır çalışma koşullarında çalıştıkları için erkeklerin, uzun boylu ve obez, düşük eğitimli, düşük sosyoekonomik düzeyli ve çalışma yılı fazla olanların sırt-bel ağrıları yönünden daha riskli olduğunu bildirmektedir (Holmström ve ark. 1992, Kraus ve ark.1997, Riihimaki 1991, Toroptsova ve ark. 1995). Sırt-bel ağrıları yönünden riskli çalışma şekillerinin ise sık postür değişikliklerle

rini (her iki yana dönme, eğilme vb.), ağır araç-gereç materyal/yük kaldırma ve taşımayı, sedanter pozisyonda çalışmayı gerektiren çalışma şekilleri olduğu belirtilmektedir (Burdorf 1992, Frymoyer ve Cats-Baril 1991, Holmström ve ark. 1992, Riihimaki 1991, Rothenbacher ve ark. 1997, Toroptsova ve ark. 1995). Çeşitli epidemiyolojik çalışmalar bu tür çalışma şekilleri sırasında omurganın hatalı duruşu, yanlış ve aşırı yüklenmesi, ani zorlanması ve sık tekrarlayan hareketler sonucu omurganın anatomik yapılarında morfolojik, dejeneratif ve biyokimyasal değişiklikler meydana geldiğini ve bu değişikliklerin sırt-bel ağrılarının gelişmesinde önemli rol oynadığını göstermiştir (Burdorf 1992, Frymoyer ve Cats-Baril 1991, Riihimaki 1991, Rothenbacher ve ark. 1997).

Çeşitli çalışma şekillerinde sırt-bel ağrısı risk etkenlerinin bulunması iş sağlığı hizmet ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşireye, bu riskleri tanıma ve önlemler almada önemli sorumluluklar yüklemektedir. İş sağlığı hemşiresi çalışma şekillerinden kaynaklanan sırt-bel ağrıları ve risk etkenlerinin belirlenmesinde, bu risk etkenlerine yönelik sağlığı koruyucu ve geliştirici programların planlanması ve geliştirilmesinde önemli rol oynar. Ayrıca çalışan kişi ve çalışma şekillerini inceleyerek, çalışma ortamında bireylerin daha sağlıklı ve üretken çalışmalarını sağlamada yönetici, eğitimci, danışman, araştırmacı ve uygulayıcı rollerini kullanarak etkin girişimlerde bulunur (Glazner 1993, Rogers 1993, Burgel 1994).

Çeşitli yayınlarda metal işkolunda çalışan işçilerin yaptıkları iş gereği, sırt-bel ağrıları geliştirme risklerinin yüksek olduğu belirtilir (Leino 1993, Masset ve Malchaire 1994). Bununla birlikte metal işkolu Türkiye'deki işkolları içinde işyeri ve işçi sayısına göre II. sırada büyüklüğe (% 11.83) sahip olan (İstanbul Sanayi Odası Kayıtları 1995) ve sırt-bel ağrıları gelişimini kolaylaştıran, ağır yük kaldırma-taşıma, eğilerek ve her iki yana dönerek yük kaldırma-taşıma, iterek-çekerek çalışma gibi başlıca ağır-riskli çalışma koşullarını kapsayan önemli bir işkoludur. Endüstrileşmiş ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalara karşın Türkiye'de çalışma koşulları ile ilgili sırt-bel ağrıların görülme sıklığı, işkolları, risk faktörleri, maliyeti ve işgünü kaybına yönelik çalışmalar oldukça yetersizdir. Bu konuyla ilgili varolan çalışmalar bilgisayar sektöründe çalışanlara (Pınar ve ark. 1994), diş hekimlerine (Orbak ve Türk 1997), şoförlere (Altunkaynak 1999, Yıldırım ve ark. 2002) ve hemşirelere (Bayık ve ark. 1990) yönelik tanımlayıcı çalışmalardır. Türkiye'de endüstrinin önemli bir işkolunu oluşturan metal işkolundaki işçilerde sırt-bel ağrıların görülme sıklığı ve risk faktörlerine ilişkin yayınlanmış bir çalışma yoktur. İstanbul'da metal işkolunda çalışan işçilerde, sırt-bel ağrısı prevalansını ve ilişkili risk etkenlerini belirlemek amacıyla planlanan bu araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şunlardır;



1. Metal işkolunda çalışan işçilerde sırt-bel ağrısı görülme sıklığı nedir?
2. İşçilerde sırt-bel ağrısı ile ilişkili olan faktörler nelerdir?
  - ❖ İşçilerin bireysel özellikleri ile sırt-bel ağrıları arasında bir ilişki var mıdır?
  - ❖ İşçilerin çalışma şekilleri ile sırt-bel ağrıları arasında bir ilişki var mıdır?

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Araştırmanın Tipi ve Örneklemi**

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma İstanbul ilinde yerleşim gösteren İstanbul Sanayi Odası'na kayıtlı altı fabrikada yürütüldü. Örneklemi, 50 ve daha fazla sayıda işçi çalıştıran, metal işkolu otomotiv yan sanayi ürünleri üretimi yapan, altı işyerinde çalışan toplam 1780 işçi arasından seçilen 314 işçi oluşturdu. Araştırma sonuçlarının daha geniş işçi grubuna genellenebilmesi için Metal işkolu otomotiv yan sanayi ürünleri üretimi yapan İstanbul Sanayi Odası'na kayıtlı, işyeri sağlık birimleri olan 49 işyerine başvuru yapılmış ancak altı tanesi araştırma yapma girişimine olumlu yanıt vermiştir.

Örneklem büyüklüğü, sırt-bel ağrısının görülme sıklığı % 50 kabul edilerek 0.05 sapma ve % 95 güven düzeyinde evren büyüklüğü bilinen formül [ $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$ ] kullanılarak hesaplandı (Sümbüloğlu 1995). İlgili fabrikalardaki çalışma koşulları, belirlenen örneklem hacmine (n=316) göre işçilerin olasılıklı seçilmelerine olanak sağlamadığı için örneklem ilgili fabrikalarda gündüz çalışan işçiler arasından olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçildi. İki işçi bel fıtığı tanısı aldığı için araştırma kapsamı dışında tutulmuş olup, analizler 314 işçiyi kapsadı. Örneklem seçiminde, işçilerin 18 yaş ve üzerinde, okur-yazar ve doğrudan üretim sürecinde çalışıyor olmaları dikkate alındı. İlgili fabrikalarda çalışan işçilerin görev alanları başlıca üretim, torna-freze, montaj-lehim ve kalite kontrol birimleri idi.

### **Verilerin Toplanması**

Araştırma öncesi, ilgili fabrikaların personel işleri bölümü ve işyeri hekimleri ile iletişim sağlandı. Veriler yüz-yüze görüşme yöntemi kullanılarak çalışmadaki ilk yazar tarafından toplandı. Uygulama öncesi işçilere çalışmanın amacı kısaca açıklandı ve çalışmaya katılmada izinleri alındı. İşçilerin önce boy ve kilosu ölçüldü, daha sonra görüşme formundaki diğer bilgiler alındı. Görüşme her bir işçi için yaklaşık 10-15 dakika sürdü. Araştırmada veri toplama aracı olarak "Görüşme Formu,

Visual Analog Skala (VAS) ve Oswestry Ağrı Sorgulama Formu” kullanıldı.

**Görüşme Formu:** Literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulan Görüşme Formu, örneklem grubundaki işçilerin sosyo-demografik, antropometrik ve sağlıkla ilgili özelliklerini, sırt-bel ağrısına ilişkin özellikleri, çalışma şekillerini ve çalışma sırasında kullandıkları araç-gereçleri belirlemek amacıyla kapalı ve açık uçlu 26 sorudan oluştu. Hazırlanan formun ön uygulaması örneklem dışında belirlenen 35 işçide yapılarak forma son şekli verildi.

**Visual Analog Skala (VAS):** Daha çok ağrının şiddetini subjektif olarak ölçmek ve değerlendirmek için kullanılan bu araç, “0” ağrı yok, “10” dayanılmaz ağrıyı ifade eden düz bir hattan oluşur (Gift 1989, Güzeldemir 1995). Ön uygulamada işçilerin yanıtlamada zorlanmaları nedeniyle, bu çalışmada VAS’ın Grafik Değerlendirme Biçimi kullanıldı. VAS’ın bu biçimi, düz hat üzerinde, “1=ağrı yok”, “2=hafif ağrı var”, “3=orta derecede ağrı var”, “4=şiddetli ağrı var” gibi ağrıyı tanımlayan ifadelerin bulunduğu ve bireyin bu hat üzerinde ağrısının şiddetini tanımlayan uygun gördüğü kelimeyi işaretlemesinin istendiği bir yapıdadır. Çalışmalar (Güzeldemir 1995, Turk ve Melzack 1992) VAS’ın bu biçiminin de uygun ölçümü sağladığını göstermektedir.

**Oswestry Ağrı Sorgulama Formu:** Fairbank ve ark. (1980) tarafından geliştirilen, Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği Karan ve ark. (1996) tarafından yapılan form, sırt-bel ağrısı olan işçilerin fonksiyonel yetersizliklerini, ağrının günlük yaşam aktivitelerini ne kadar etkilediğini belirlemek amacıyla kullanıldı. Form 10 ana soruyu içerir. Her bir sorunun içinde altı seçenek vardır. Seçeneklerdeki her bir cümleye 0’dan 5’e kadar bir puan verilir. Toplam puan 50’dir. Elde edilen puanlara göre, 0-10 puan arası *hafif*; 11-30 puan arası *orta* ve 31-50 puan arası *ağır derecede fonksiyonel yetersizlik* olarak değerlendirilir.

**Boy-Kilo Ölçümü:** Sırt-bel ağrıları oluşumunda etkili bir faktör olduğu belirtilen antropometrik ölçümler (Leino 1993, Riihimaki 1991) için standart tartı ve metre kullanıldı. Ölçümlerin doğruluğu ve standardizasyonunu sağlamak amacıyla tüm işçiler aynı ölçüm araçları ve aynı araştırmacı tarafından ölçüldü. Ağırlık ölçümleri ayakkabısız, hafif giysili olarak ve yer baskülü kullanılarak yapıldı. Her ölçüm öncesi baskülün sıfır ayarı yapıldı. Boy ölçümünde esnemeyen şerit mezura kullanıldı. İşçilerin boyu ayakkabısız, topuklar bitişik, sırt ve baş dik konumda duvara dayalı olarak ölçüldü.

**Obesite** durumunun değerlendirilmesinde beden kitle indeksi (BKİ) kullanıldı. BKİ= Ağırlık (Kg) / Boy (m)<sup>2</sup> formülü ile bulunan sayının değerlendirilmesi sonucu 18.50-24.99 olanlar normal kilolu, 25.00-29.99

olanlar hafif kilolu, 30 ve üzerinde olanlar obes olarak değerlendirildi (Atilla 1996).

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizi bilgisayarda SPSS (Statistical Program for Social Sciences) paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve aritmetik ortalama kullanıldı. Araştırma sorularına yönelik bireysel özellikler ve çalışma şekilleri ile sırt – bel ağrısı arasındaki ilişkiyi belirlemek için ki-kare anlamlılık testi kullanıldı. İstatistiksel analizler için “sırtınızda/belinizde ağrı, sızlama, karıncalanma, uyuşma veya incinme gibi rahatsızlıklar olur mu?” sorusuna evet diyenler “sırt – bel ağrısı olan”, hayır diyenler “sırt-bel ağrısı olmayan” işçiler olarak iki ana grupta toplandı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Yaş ortalaması  $31.6 \pm 8.29$  olan işçilerin çoğunluğu (% 88.5) erkek, 18-37 yaş grubunda (% 74.2), evli (% 69.4), lise mezunu (% 44) ve vasıfsız işçidir (% 70.7). Yarıdan fazlası (% 52) ilgili işyerinde 0- 5 yıldır, % 83.1’i günde sekiz saat çalışmakta olup, % 67.5’ i işlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. % 47.4’ü hafif kilolu/ obesdir. Sırt ağrısı nedeniyle 37 işçinin (%11.8 ) işe ara verdiği, işe ara verenlerin dörtte üçünde ( $n=28$ ) 1- 15 gün arasında işgünü kaybı olduğu belirlendi.

İşçilerin çalışma şekilleri günlük çalışma sürelerine göre incelendiğinde günde dört saatten az çalışanlarda en fazla oranda, *hareketsiz pozisyonda çalışma* (% 88.9), *öne uzanarak çalışma* (% 77.7), *eğilerek çalışma* (% 61.1), *4.5 kg’dan fazla yük kaldırma- taşıma* (% 51.6), *yük kaldırma ile birlikte dönme* (% 51.2), *eğilerek yük kaldırma* (% 50.3) ve *itme- çekme* (% 45.9) olduğu belirlendi. Günde dört saat ve üstünde çalışanlarda ise en fazla oranda belirlenen çalışma şekilleri, *ayakta* (% 75.5), *eğilerek* (% 27.7), *oturarak* (% 21.6), *öne uzanarak çalışma* (% 21.3) ve *4.5 kg’ dan fazla yük kaldırarak - taşıyarak* (% 21) çalışmadır.

Bu çalışmada sırt-bel ağrısı prevalansı % 34.1 olarak bulunmuştur (Tablo 1). İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, Rusya, Belçika ve Finlandiya’da yapılan epidemiyolojik çalışmalar sırt ağrısı görülme oranının % 25-90 arasında değiştiğini göstermektedir (Burdorf 1992, Cohen ve ark. 1994, Holmström ve ark. 1992, Kraus ve ark. 1997, Leino 1993, Masset ve Malchaire 1994, Rothenbacher ve ark. 1997, Toroptsova ve ark. 1995). Çeşitli araştırma bulgularına göre sırt-bel ağrısı oranı inşaat işçilerinde % 30 (Holmström ve ark. 1992), makine imalatında çalışan 18-65 yaş arasındaki işçilerde % 48 (Toroptsova ve ark. 1995), şoförlerde % 25.1-% 37.5 arasındadır (Pietri ve ark. 1992). Nahcivan’ın (1997)

bir işyerini kapsayan çalışmada metal işkoluna benzer montaj işi yapan işçilerin % 33'ünde sırt ağrısı yakınması belirtilmektedir.

Literatürde boyun-üst, orta ve alt sırt(bel) bölgelerinde görülen incinme, gerilme, zorlanma sonucu ağrı, iğnelenme, uyuşma gibi sırtta fark edilebilen rahatsızlıklar "sırt yaralanması (back injury)" olarak tanımlanmaktadır (Kraus ve ark. 1997, Macfarlane ve ark. 1997, Riihimaki 1991, Rogers 1993). Bu çalışmada sırt-bel ağrısı olan işçilerde ağrı ile birlikte aynı bölgede sızlama (% 48.6), iğnelenme (% 28) ve uyuşma (% 15.9) gibi sırt yaralanması belirtilerinin de olduğu belirlendi (Tablo 1). Çalışma grubundaki işçilerde sırt yaralanması belirtilerinin oranı azımsanamayacak düzeydedir. Bulgular bu örneklem grubundaki işçilerde bu tip yaralanmaların oluşumunu ve ilerlemesini engellemek için etkin girişimler olarak belirtilen önlemlerin (ağır yük kaldırırken sırtı koruyan emniyet kemeri, ergonomiye uygun sandalye ve tezgah kullanma gibi) alınmasının gerekliliğini göstermektedir (Burdorf 1992, Masset ve Malchaire 1994, Pietri ve ark. 1992, Walsh ve ark. 1989).

**Tablo 1.** Sırt-Bel Ağrısı Olan İşçilerde Ağrı Özelliklerinin Dağılımı

Özellik ( n: 107)	Sayı	%
<b>Sırt-Bel Ağrısı</b>		
Var	107	34.1
Yok	207	65.9
Toplam	314	100.0
<b>Ağrı Bölgesi *</b>		
Boyun- Üst Sırt	30	28.0
Orta Sırt	66	61.7
Alt Sırt (Bel)	81	75.7
Üst + Orta + Alt Sırt	12	11.2
<b>Ağrı Sıklığı</b>		
Her gün	63	58.9
Haftada bir -iki kez	44	41.1
<b>Ağrı Süresi</b>		
0-1 yıldan beri	49	45.8
1 yıldan fazladır	58	54.2
<b>Ağrı Şekli</b>		
Sürekli	23	21.5
Aralıklı	67	62.6
Artıp- azalıyor	17	15.9
<b>Diğer Yaralanma Belirtileri*</b>		
Sızlama	52	48.6
İğnelenme	30	28.0
Uyuşma	33	15.9

\* Birden fazla cevap verilmiştir

Çalışmada sırt-bel ağrısı olan işçilerde ağrının belirlendiği bölge, en fazla oranda sırasıyla *belde* (% 75.7), *orta-sırt* (% 61.7) ve *boyun-üst sırta* (% 28) idi. Her üç bölgede ağrısı olanların oranı ise % 11.2 idi (Tablo 1). Sırt-bel ağrısının yeri ile çalışma şekilleri ve çalışma süreleri arasındaki ilişkiler Tablo 2'de gösterilmektedir. Buna göre günde üç saate kadar *eğilerek* (p<0.05) ve *ayakta* (p<0.01) çalışmanın *boyun-üst sırta*, dört saatten daha fazla süreyle *oturarak* (p<0.001) çalışmanın *orta sırta* ağrı oluşumunda etkili olduğu belirlendi. Çalışma sürelerinin kısa yada uzun olmasına bakılmaksızın, *yük kaldırma- taşıma* (p<0.001), *yük kaldırırken dönme* (p<0.001), *yük kaldırırken eğilme* (p<0.001) gerektiren tüm çalışma şekillerinin ağrı yönünden *bel* bölgesini daha çok etkilediği, dört saatin üzerinde *ayakta* (p<0.01) ve üç saate kadar *hareketsiz pozisyonda* çalışanlarda da (p<0.01) en çok *bel* bölgesinde ağrı olduğu belirlendi. Sırt-bel ağrısı olan işçilerde en fazla oranda *bel* bölgesinin etkilenme durumu, çeşitli araştırmalarda (Macfarlane ve ark. 1997, Masset ve Malchaire 1994, Pietri ve ark. 1992, Walsh ve ark. 1989), yük kaldırma-taşımada önerilen ergonomik kuralların işçi ve işyerlerince dikkate alınmamasına, işçilerin uzun süre (günde dört saatten fazla) ayakta çalışmaları ve beden gücü harcanmasını en aza indirebilecek araç-gereçleri kullanmamalarına bağlanmaktadır. Benzer şekilde Kraus ve ark. (1997) çalışmasında da bel ağrılarının %60'ının yük kaldırma-taşıma aktiviteleri ile ilgili olduğu belirtilmektedir.

**Tablo 2.** Sırt-Bel Ağrısı Olan ve Olmayan Grupta Ağrı Bölgesine Göre Çalışma Şekilleri ve Çalışma Süresi İlişkisi

Ağrı Bölgesi	Çalışma Şekilleri Süre		Ağrı Yok (n =207) (%) <sup>d</sup>	Ağrı Var (n =107) (%) <sup>d</sup>	x <sup>2</sup> ve p
<b>BOYUN-ÜST SIRT</b>	Eğilerek çalışma	b**	46 (%65.7)	24 (%34.3)	x <sup>2</sup> : 3.91
	Oturarak çalışma	c***	31 (%83.8)	6 (%16.2)	p<0.05
	Ayakta çalışma	b	66 (%82.5)	14 (%17.5)	x <sup>2</sup> : 17.4
	Ayakta çalışma	c	11 (%40.8)	16 (%59.2)	p<0.001
	Ayakta çalışma	b	14 (%45.1)	17 (%54.9)	x <sup>2</sup> :15.5
<b>ORTA SIRT</b>	Eğilerek çalışma	c	63 (%82.9)	13 (%17.1)	p<0.001
	Oturarak çalışma	b	22 (%31.4)	48 (%68.6)	x <sup>2</sup> :4.06
	Oturarak çalışma	c	19 (%51.4)	18 (%48.6)	p<0.05
	Ayakta çalışma	b	38 (%47.5)	42 (%52.5)	x <sup>2</sup> : 11.3
	Ayakta çalışma	c	3 (%11.1)	24 (%88.9)	p<0.001
<b>ALT SIRT (BEL)</b>	Ayakta çalışma	b	4 (%12.9)	27 (%87.1)	x <sup>2</sup> :11.9
	Ayakta çalışma	c	37 (%48.7)	39 (%51.3)	p<0.001
	4.5 kg. üzerinde yük kaldırma ve taşıma	a *	14 (%51.9)	13 (%48.1)	x <sup>2</sup> :14.9
	Yük kaldırırken dönme+eğilme	b	7 (%15.2)	39 (%84.8)	p<0.001
	Yük kaldırırken dönme+eğilme	c	5 (%14.7)	29 (%85.3)	
	Yük kaldırırken dönme+eğilme	a	14 (%56.0)	11 (%44.0)	x <sup>2</sup> :17.8
	Yük kaldırırken dönme+eğilme	b	7 (%14.9)	40 (%85.1)	p<0.001
	Yük kaldırırken dönme+eğilme	c	5 (%14.3)	30 (%85.7)	
	Ayakta çalışma	b	13 (%41.9)	18 (%58.1)	x <sup>2</sup> :7.3
	Hareketsiz pozis. çalışma	c	13 (%17.1)	63 (%82.9)	p<0.01
Hareketsiz pozis. çalışma	b	19 (%20.0)	76 (%80.0)	x <sup>2</sup> :0.007	
Hareketsiz pozis. çalışma	c	7 (%58.3)	5 (%41.7)	p<0.01	

\*a:Gün içinde bu şekilde hiç çalışmıyor

\*\* b:Gün içinde toplam 0-3 saat çalışıyor

\*\*\*c:Gün içinde toplam 4 saat ve üzerinde çalışıyor

d: Satır yüzdesi verilmiştir

Sırt-bel ağrısı olan işçilerin büyük çoğunluğunun ağrısı, her gün (% 58.9), bir yıldan daha uzun süreyle (% 54.2) ve aralıklı (% 62.6) yaşadıkları belirlendi. VAS'a göre ağrı ortalaması gece için 1.91 (hafif şiddetli), dinlenme durumunda 1.82 (hafif şiddetli) ve hareketle /çalışırken 3.08 (orta şiddetli) olarak belirlendi (Tablo 3). Ağrı ortalamasının çalışırken yüksek bulunması bu örneklem grubundaki işçilerin, daha çok iş aktivitesi sırasında ani, ters ve vücudu zorlayan riskli davranışlarından ve vücut mekaniğine uygun olmayan çalışma şekillerinden kaynaklanma olasılığını düşündürmektedir.

**Tablo 3.** Gün İçinde VAS Ağrı Puan Ortalaması (n:107)

Gün İçindeki Durumlar	VAS ağrı puan ortalaması	± SS	min-max değerler
Gece	1.91	± 1.10	1 - 4
Hareketle / Çalışırken	3.08	± 0.87	1 - 4
Dinlenme durumunda	1.82	± 1.04	1 - 4

Sırt-bel ağrısı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ve çalışma sırasındaki hareketlerinde çeşitli derecelerde yetersizliklere yol açabilmektedir (Karan 1996). Oswestry Ağrı Değerlendirme formuna göre ağrısı olan işçilerin büyük çoğunluğunda (% 81.3) günlük yaşam aktivitelerinde hafif derecede fonksiyonel yetersizlik olduğu, ağır derecede fonksiyonel yetersizlik yaşayan işçi olmadığı belirlendi (Tablo 4). Bununla birlikte sırt-bel ağrısı olan ve gün içinde 0-3 saat süreyle yük kaldırarak-taşıyarak çalışan işçilerin %84.8'inde hafif, 4 saat ve üzerinde bu şekilde çalışanların % 32.3'ünde orta derecede fonksiyonel yetersizlik ( $\chi^2=6.80$ ,  $p<0.05$ ) bulunmuş olması, sırt-bel ağrısı olan işçilerin aynı zamanda yaralanma belirtileri yönünden henüz başlangıç aşamasında olduklarını ve sekonder koruma önlemlerinin alınmasının kaçınılmaz olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.** Sırt-Bel Ağrısı Olan İşçilerin Fonksiyonel Yetersizlik Durumuna Göre Dağılımları

Fonksiyonel Yetersizlik Düzeyi (n: 107)	Sayı (n)	%
Hafif fonksiyonel yetersizlik	87	81.3
Orta derece fonksiyonel yetersizlik	20	18.7
Ağır derecede fonksiyonel yetersizlik	-	-

İşçilerde sırt-bel ağrısı ile ilişkili faktörler incelendiğinde, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve obezite durumu gibi bireysel özelliklerin sırt-bel ağrısını etkilemediği belirlendi (Tablo 5). Bu çalışma grubunda cinsiyet yönünden anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, Macfarlane ve ark.'nın (1997) çalışmasında kadınların sırt-bel ağrıları

yönünden daha riskli oldukları belirtilmektedir. Yine cinsiyet farklılığını ortaya koyan Kraus ve ark.'nın (1997) çalışmasında ise sırt-bel ağrısı oranının erkeklerde daha yüksek olduğu rapor edilmektedir. Bergenuud ve Nillson (1988) ile Toroptsova ve ark.'nın (1995) eğitim düzeyi düşük olan işçilerde sırt-bel ağrısı şikayetlerinin daha fazla olduğunu bildiren araştırma sonuçlarının aksine bu çalışmada eğitim durumu, vasıflı olma, çalışma deneyimi ve çalışma süresinin sırt-bel ağrısını etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Bu durum örneklem grubundaki işçilerin eğitim düzeylerinin sırt-bel ağrılarının oluşumunda bir katkısının olmadığını ve bu değişkenlerin incelenmesi için ileri araştırmalara gereksinim olduğunu göstermektedir. Ancak, yaptıkları işten memnun olmayan işçilerde sırt-bel ağrısının fazla bulunması ( $p<0.05$ ) (Tablo 5), Bergenuud ve Nillson'un (1988) sırt-bel ağrısı olan işçilerin "işlerinden daha az mutlu oldukları" görüşüyle uyumludur. Sırt-bel ağrısı olan işçilerde, ağrının işlerinden memnuniyetsizliklerini artırdığı düşünülmüştür.

**Tablo 5.** Bireysel Özelliklere Göre Sırt-Bel Ağrısının Dağılımı

<b>Bireysel Özellikler</b>	<b>Ağrı Yok (n =207) (%)</b>	<b>Ağrı Var (n =107) (%)</b>	<b><math>\chi^2</math> ve p</b>
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	189 (%68)	89 (%32)	$\chi^2$ :3.2
Erkek	18 (%50)	18 (%50)	$p>0.05$
<b>Yaş grupları</b>			
18 - 37 yaş	150 (%64.4)	83 (%35.6)	$\chi^2$ : 0.83
38 yaş ve üzeri	57 (%70.4)	24 (%29.6)	$p > 0.05$
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	145 (%66.5)	73 (%33.5)	$\chi^2$ :0.89
Bekar	59 (%61.5)	37 (%38.5)	$p>0.05$
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul	87 (%72.5)	33 (%27.5)	$\chi^2$ : 4.99
Ortaokul	37 (%66.1)	19 (%33.9)	$p>0.05$
Lise	83 (%60.1)	55 (%39.9)	
<b>İşten Memnuniyet Durumu</b>			
Memnun	151 (%71.2)	61 (%28.8)	$\chi^2$ : 8.7
Memnun değil	18 (%46.2)	21 (%53.8)	$p<0.05$
Kararsız	38 (%60.3)	25 (%39.7)	
<b>Toplam</b>	<b>207</b>	<b>107</b>	

\*Satır yüzdesi verilmiştir

Sırt-bel ağrısı olan ve olmayan grupta çalışma süresine göre çeşitli çalışma şekilleri Tablo 6'da gösterilmiştir. Buna göre günde dört saatten daha uzun süreyle yük kaldırarak- taşıyarak, yük kaldırma sırasında her iki yana dönerek ve yük kaldırma ile birlikte eğilerek çalışan işçilerin yaklaşık % 52'sinde sırt-bel ağrısı, anlamlı olarak fazla bulundu ( $p= 0.003$ ). Bu bulgu Kraus ve ark. (1997), Macfarlane ve ark. (1997) ile Pietri ve ark.'ının (1992) çalışma sonuçlarıyla benzer olup, yük kaldırma-taşıma ile ilgili çalışma şekillerinin bu örneklemdeki işçilerde de

sırt-bel ağrıları için risk oluşturduğunu göstermektedir. Toropostova ve ark.'nın (1995) araştırmasına dayanarak benzer şekilde bu çalışmada *gün içinde iterek - çekerek çalışan* işçiler lehinde sırt bel- ağrısı anlamlı olarak daha fazla bulundu (p=0.004)

Glazner ve ark.(1993), Holmström ve ark.(1992) ile Macfarlane ve ark.'nın (1997) çalışmalarında *öne uzanarak, çömelerek ve diz üzerinde durarak* çalışmanın sırt-bel ağrısı ile ilişkili olduğu bulgusunun aksine, bu çalışmada sözü edilen çalışma şekilleri, sırt-bel ağrısı oluşumunda etkili bulunmamıştır (p>0.05)(Tablo 6). Bu durum iş aktivitesi sırasında işçilerin öne uzanma, eğilme, itme-çekme, oturma, yük kaldırma ve taşıma gibi pek çok çalışma şekillerini uygulamaları sonucu tümüyle hareketsiz pozisyonda kalmamalarına ve bu nedenle ilgili çalışma şekillerinin tek başına riskli koşullar yaratmamasına bağlanabilir.

**Tablo 6.** Çalışma Süresi (Toplam Çalışma Saati/Gün) ve Şekillerine Göre Sırt-Bel Ağrısının Dağılımı (N=314)

Çalışma Şekilleri Süre		Ağrı Yok (n =207) (%) <sup>d</sup>	Ağrı Var (n =107) (%) <sup>d</sup>	$\chi^2$ ve p
4.5 kg üstünde	a*	59 (68.6)	27 (31.4)	$\chi^2 = 11.5$
Yük kaldırma	b**	116 (71.6)	46 (28.4)	p<0.01
ve taşıma	c***	32 (48.5)	34 (51.5)	
Yük kaldırırken	a	60 (71.4)	24 (28.6)	$\chi^2 = 12.9$
dönme	b	114 (70.8)	47 (29.2)	p<0.01
	c	33 (47.8)	36 (52.2)	
İtme - çekme	a	124 (72.9)	46 (27.1)	$\chi^2 = 8.12$
	b	83 (57.6)	61 (42.4)	p<0.01
	a	22 (62.8)	13 (37.2)	$\chi^2 = 4.50$
Eğilerek çalışma	b	135 (70.3)	57 (29.7)	p>0.05
	c	50 (57.5)	37 (42.5)	
Eğilerek	a	62 (71.3)	25 (28.7)	$\chi^2 = 10.9$
Yük kaldırma	b	111 (70.2)	47 (29.8)	p<0.01
	c	34 (49.3)	35 (50.7)	
Öne uzanarak	b	164 (66.4)	83 (33.6)	$\chi^2 = 0.11$
çalışma	c	43 (64.2)	24 (35.8)	p>0.05
Çömelerek	a	174 (67.7)	83 (32.3)	$\chi^2 = 1.99$
çalışma	b	33 (57.9)	24 (42.1)	p>0.05
Diz üzerinde	a	183 (66.1)	94 (33.9)	$\chi^2 = 0.02$
durarak çalışma	b	24 (64.9)	13 (35.1)	p>0.05
	a	128 (66.3)	65 (33.7)	$\chi^2 = 1.75$
Oturarak çalışma	b	38 (71.7)	15 (28.3)	p>0.05
	c	41 (60.3)	27 (39.7)	
	a	27 (64.3)	15 (35.7)	$\chi^2 = 3.99$
Ayakta çalışma	b	18 (51.4)	17 (48.6)	p>0.05
	c	162 (68.3)	75 (31.7)	
Hareketsiz pozisyonda	a	188 (66.7)	94 (33.3)	$\chi^2 = 0.68$
çalışma	b	19 (59.4)	13 (40.6)	p>0.05

\*a:Gün içinde bu şekilde hiç çalışmıyor

\*\*\* c:Gün içinde toplam 4 saat ve üzerinde çalışıyor

\*\* b:Gün içinde toplam 0-3 saat çalışıyor

d: Satır yüzdesi verilmiştir



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları bu örneklemdaki metal işçilerinde sırt-bel ağrısının önemli bir oranda yaygın olduğunu; yarıdan fazlasının her gün ağrı yaşadığını; ağrının günlük yaşam aktivitelerinde hafif derecede fonksiyonel yetersizlik oluşturduğunu; *yük kaldırma-taşıma, yük kaldırırken her iki yana dönme ve eğilme* gibi çeşitli çalışma şekillerinin sırt-bel ağrıları için önemli risk faktörleri oluşturduğunu göstermektedir. Çalışmadaki işçilerin tek bir ilde sınırlı sayıda işyerinde çalışıyor olmaları ve olasılıksız seçilmelerinden dolayı araştırma bulgularının tüm metal işkolundaki işçilere genellenmesi sınırlıdır. Elde edilen bulgular, metal işkolundaki en yaygın çalışma şekillerinin sırt-bel ağrısı için oluşturduğu riskler yönünden bazı ipuçları vermektedir. İşyeri sağlık biriminde görev alan hemşirelerin, metal işçilerinde sırt-bel ağrularına yönelik risk etkenlerini belirleme ve bu risk etkenlerine yönelik koruyucu programları planlama ve geliştirme yönünde girişimlerde bulunması önemlidir. Aynı zamanda metal işkolundaki işçilerde sırt-bel ağrısı oluşumunda belirleyici olan risk etkenlerinin incelenmesi ve bu risk etkenlerinin azaltılması yada ortadan kaldırılmasına yönelik ileri araştırmaların yapılması önerilir.

## KAYNAKLAR

1. Altunkaynak O (1999). Ulaştırma hizmetlerinde çalışanların bel (ve sırt) ağrıları üzerine ergonomik koşulların etkisi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul:İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
2. Atilla S (1996). Toplumda Beslenme Sorunlarının Saptanmasında Yöntemler. Halk Sağlığı Kurumu Derneği, Teknik Rapor No:3, Ankara.
3. Bayık A, Erefe İ, Özsoy A (1990). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin koruyucu sağlık davranışları, sağlık sorunları ve karşılaştıkları mesleki riskler. II. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Ege Ün. Basımevi, İzmir: 63- 74.
4. Bergenuud H, Nilsson B (1988). Back pain in middle age: occupational workload and psychologic factors. An epidemiologic survey. Spine, 13: 58-60.
5. Burdorf A (1992). Exposure assessment of risk factors for disorders of the back pain in occupational epidemiology. Scand J Work and Environ Health, 18, 1-9.
6. Burgel BJ (1994). Occupational health nursing in the workplace. (içinde) Dumas L, Bissonnette A (ed). Nurs Clin North America, W.B. Saunders Co., 29 , 43-41.
7. Cohen JE, Goel V, Frank JW, Gibson ES (1994). Predicting risk of back injuries, work absenteeism, and chronic disability. J Occup Med, 36, 1093-99.
8. Fairbank JCT, Mboat JC, Davies JB, O'Brien JP (1980). Oswestry low back pain disability questionnaire. Physiotherapy, 66, 2371-2373.
9. Frymoyer JW, Cats - Baril WL (1991). An overview of the incidences and costs of low back pain. Nurs Clin North America, 22: 2, 263 -71.
10. Gift AG (1989). Visual analog scales : measurement of subjective phenomena. Nurs Res, 38: 5, 286- 287.

11. Glazner LK, Yaloff F, Forsyth M ve ark.(1993). Back Health: development of a risk assessment tool. AAOHN, 41, 289-292.
12. Güzeldemir M (1995). Ağrı değerlendirme yöntemleri. Sendrom, 7, 11-21.
13. Holmström EB, Lindell J, Moritz U (1992). Low -Back and neck / shoulder pain in construction workers: occupational workload and psychosocial risk factor. Part I. Relationship to low-back pain. Spine, 17:6, 663-71.
14. İstanbul Sanayi Odası Kayıtları (1995), İstanbul.
15. Karan A, Müslümanoğlu L, Değer A ve ark. (1996). The reliability of the functional scales for disability in low back pain patients. 7<sup>th</sup> International Symposium the Pain Clinic Abst. Book, Istanbul :Turkey, 176.
16. Kraus JF, Schaffer KB, McArthur DL ve ark. (1997).Epidemiology of low back injury in employees of a large home improvement retail company. Am J Epid, 146: 8, 637-645.
17. Leino PI (1993). Does leisure time physical activity prevent low back disorders? A prospective study of metal industry employees. Spine, 18: 7, 863-871.
18. Macfarlane GK, Thomas E, Papageorgiou AC ve ark. (1997). Employment and physical work activities as predictors of future low back pain. Spine, 22:10, 1143-9.
19. Masset D, Malchaire J (1994). Low back pain: Epidemiologic aspects and work-related factors in the steel industry. Spine, 19: 2, 143-146.
20. Nahcivan N (1997). Bir işyeri ortamının sağlık riskleri yönünden incelenmesi. V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, İzmir: 76-88.
21. Orbak R, Türk MA (1997). Dişhekimlerinde bel ağrısı. Ağrı Dergisi, 9:2, 36-41.
22. Pınar R, Memiş S, Sabuncu H ve ark (1994). Bilgisayar sektöründe çalışanlarda sırt ağrıları. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1:2, 111-125.
23. Pietri F, Leclerc A, Boitel L ve ark. (1992). Low-back pain in commercial travelers. Scand J Work Environ Health, 8, 52-8.
24. Riihimaki H (1991). Low back pain, its origin and risk indicators. Scand J Work and Environ Health, 17, 81-90.
25. Rogers B (1993).Occupational health nursing concepts and practice. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
26. Rothenbacher D, Brenner H, Arndt V ve ark.(1997). Disorders of the back and spine in construction workers. Spine, 22: 13, 1481-1486.
27. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (1995). Biyoistatistik. 6. Baskı. Ankara: Özdemir Yayıncılık.
28. Toroptsova NV, Benevolenskaya LI, Karyakin AN ve ark. (1995). Cross-sectional study of low back pain among workers at an industrial enterprise in Russia. Spine, 20: 3, 328-332.
29. Turk DC, Melzack R (1992). Handbook of pain assessment. New York: The Guilford Press., 20-22, 139-154.
30. Walsh K, Varnes N, Osmand C ve ark.(1989). Occupational causes of low back pain. Scand J Work Environ Health, 15, 54-9.
31. Yıldırım Y, Kılınç F, Çakıroğlu A.F. ve ark (2002). Otobüs sürücülerinde mesleğe bağlı gelişen bel ağrısının incelenmesi: Epidemiyolojik bir çalışma. Sağlık Bilimleri Araştırma Dergisi, 12: 25, 157-166.

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN  
CİNSEL YAŞAMA İLİŞKİN YAŞADIKLARI SORUNLAR VE  
DANIŞMANLIK GEREKSİNİMLERİ**

*TO DETERMINE LIVING SEXUAL DIFFICULTIES AND COUNSULTATION  
NEEDS OF HEMODYALISIS PATIENTS*

**Saliha ALTIPARMAK**

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Hemodiyaliz, hastalar, cinsellik, cinsel danışmanlık

**Key Words:** Hemodialysis, patients, sexuality, information

29-30 Nisan 2004, III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

---

**ÖZET**

**AMAÇ:** Tanımlayıcı tipteki araştırmanın amacı, hemodiyalize giren hastaların cinsel yaşam ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve danışmanlık gereksinimlerini belirlemektir.

**YÖNTEM:** Çalışma Ocak-Şubat 2004 tarihleri arasında Manisa Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde, hemodiyalize giren tüm hastalarla gerçekleştirilmiştir (=60). Verilen toplanmasında soru formu kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş ve istatistiksel analizlerinde ortalama, standart sapma ve yüzdeler testler kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Araştırmadan elde edilen sonuçlar, hastaların cinsel yaşamının hemodiyaliz nedeniyle etkilendiği (%58.3), büyük çoğunluğun cinsel sorunlarını kimse ile paylaşmadıkları (%71.7), % 66.7'sinin cinsel danışmanlığa gerek duyduğu ve çare bulucu (%36.7), açıklayıcı ve destekleyici (%28.3) bir cinsel danışmanlık istedikleri yönündedir.

**SONUÇ:** Hemodiyalize giren hastaların cinsel yaşamla ilgili sorunları olduğu ve konu ile ilgili danışmanlık hizmetlerine büyük ölçüde gereksinim duydukları belirlenmiştir.

**SUMMARY**

**PURPOSE:** The purpose of this descriptive study to determine living sexual difficulties and consultation needs of hemodialysis patients.

**MATERIAL AND METHODS:** The study was done 2004/January-February in Manisa Government Hospital hemodialysis unit with all patients (n=60).

Questionnaire was used for data collection. Data were evaluated on computer SPSS for windows 10.0 pacget programme. Standart deviation, mean of and percentage tests were used in the evaluation of the data.

**RESULTS:** In the result of this study, it is determined that the patients' sexual life was effected because of hemodyalisis (58.3 %), most of the patients never share their sexual problems with someone (71.7%), 66.7% of patients need sexual information and as them the information must be cureable, explainer and supportive.

**CONCLUSIONS:** There are sexual problems of hemodyalisis patients and they more need information about sexuality.

## GİRİŞ

Hemodiyaliz 1960'lı yıllardan sonra son dönem böbrek yetmezliği sonu ölümlerle biten tablodan kurtarıp hayata döndüren bir tedavi olarak gündeme gelmiştir. Hemodiyaliz tedavisinde amaç, hastaların kaybolan böbrek fonksiyonlarını olabildiğince yerine koymanın yanı sıra, yaşam kalitesinin optimal düzeye getirilmesini de sağlamaktır (Akyol A. 1999, Ereğ E. 1995, Kalender B. 2001). Bilindiği gibi hemodiyaliz kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalarda bir replasman tedavisi olarak kullanılmaktadır. Diyaliz, böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi yöntemidir. Bununla birlikte çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı psikososyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte hem hastalık sürecini hem tedaviyi olumsuz etkilemektedir (Kumbasar H. 1997, Özçürümez G. ve ark. 2003). Kuruma ve makineye bağımlı olmanın dışında tedavinin getirdiği kısıtlamalar hastanın alışkanlıklarından vazgeçmek zorunda kalmasına neden olur. Bu nedenle hastalar içe kapanma, izolasyon ve en önemlisi umutsuzluk duygusunu yoğun yaşarlar. Umutsuzluk; hastalık sonucu ortaya çıkan inaktiviteye, izolasyona, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye neden olabilir. Hastalarda duygu ve inanç kaybı ve negatif düşünceler, kendi bakımlarını, yaşamsal fonksiyonlarını yeterince yerine getirememe, pasiflik gibi davranışlarla karakterizedir. Bu durum tüm günlük yaşam aktivitelerinde olduğu gibi cinsel yaşama da yansır. Hemodiyaliz hastalarının sorunlarına yönelik pek çok çalışma yapılmıştır. Aile desteği, eğitim, hastaların psikolojik durumları gibi (Kumbasar H. 1977, Özçürümez G. ve ark. 2003). Ancak spesifik olarak cinsel yaşamlarına yönelik çalışma özellikle ülkemizde yok denecek kadar azdır. Araştırmalar sonucu hemodiyaliz tedavisinin cinsel isteği etkileme durumu ile ilgili birkaç çalışmaya rastlanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada erkek hemodiyaliz hastalarında cinsel işlev bozukluğu % 70 oranında bulunmuştur (Özkan S. 1993). Tanımlayıcı tipteki araştırmanın amacı, hemodiyalize giren hastaların cinsel yaşam ile ilgili yaşadıkları güçlükler ve danışmanlık gereksinimlerini belirlemektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Ocak-Şubat 2004 tarihlerinde Manisa Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde, hemodiyalize giren tüm hastalarla gerçekleştirilmiştir (n=60). Verilerin toplanmasında soru formu kullanılmıştır. Soru formu hastalarla gerçekleştirilmiştir (n=60). Verilerin toplanmasında soru formu kullanılmıştır. Soru formu hastalarla ilgili sosyo-demografik özellikleri, hastaların diyaliz ile ilgili durumlarını ve hastaların kendi ifadeleri ile cinsellik ile ilgili durumlarını belirten soruları içermektedir. Veriler hastalarla yüzyüze görüşülerek iki anketör tarafından toplanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapıldığı yer olan Manisa Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden ve Hemodiyaliz Ünitesi sorumlu hemşiresinden sözlü izin alınmıştır. Veriler toplanmadan önce araştırmanın amacı hastalara açıklanmış ve gönüllü olanlar araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar kullanılmış ve SPSS 10.0 programından yararlanılmıştır. İstatistiksel analizlerde ortalama, standart sapma ve yüzdeler testler ve kullanılmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların, % 65'i erkek, % 35'i kadındır. 31 yaş ve üzeri olanlar % 51.7'yi, 31 yaş altı olanlar % 48.3'ü oluşturmaktadır. Hastaların % 65'i Manisa içinde, % 35'i Manisa dışında ikamet etmektedir. Okur yazar olmayanların yüzdesi % 35, ilkokul mezunu olanlar % 53.3, ortaokul ve üzeri ise % 11.7'dir. Hastalar içinde yüksek okul mezunu bulunmamaktadır. Hastaların % 83.3'ü evli, %16.7'si dul ve bekardır. Araştırmaya katılan hastaların hepsinin sosyal güvencesi vardır, %38.3'ü yeşil kart, %31.7'si SSK, % 21.7'si bağkur, % 8.3'ü emekli sandığı ile sosyal güvence altındadır. Hastaların yarısından çoğunun (%51.7) geliri giderden az %48.3'ünün geliri gidere denk ve üzerindedir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri.

ÖZELLİK	SAYI	%
<b>Cins</b>		
Kadın	21	35.0
Erkek	39	65.0
<b>Yaş Dağılımı</b>	52±13.38	
<b>Yaş</b>		
Ortalama ve altı	29	48.3
Ortalama üzeri	31	51.7
<b>Doğum Yeri</b>		
Manisa içi	39	65.0
Manisa dışı	21	35.0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur yazar değil	21	35.0
İlkokul	32	53.3
Ortaokul ve üzeri	7	11.7

<b>Medeni Durum</b>		
Evli	50	83.3
Evli değil	10	16.7
<b>Sosyal Güvence</b>		
Yeşil kart	23	38.3
SSK	19	31.7
Bağkur	13	21.7
Emekli Sandığı	5	8.3
<b>Meslek</b>		
Mavi yakalı	27	45.0
Beyaz yakalı	33	55.0
<b>Gelir</b>		
Gelir gideri karşılıyor	29	48.3
Gelir gideri karşılamıyor	31	51.7
<b>TOPLAM</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Hastaların Diyaliz ile İlgili Durumları İse Şöyledir;** 1-5 yıldır diyalize girenler çoğunluktadır (%51.7), haftalık diyalize girme sayısı en çok haftada 3 kez olup, tüm grubun %80'ini oluşturmaktadır. Hemodiyaliz hastası olmaktan çok etkilendim diyen hastalar %58.3, bu konuda eş ve çocuklarından destek aldığını söyleyenler %83.3'dür. Ailesinde kendinden başka hemodiyalize giren hasta var diyenlerin oranı düşüktür (%3.3). Çalışmada hemodiyaliz tedavisi nedeniyle, hastaların %86.7 gibi büyük bir çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerinin azaldığı belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastası olduktan sonra hastalar % 33.3 gibi bir yüzde ile iş değişikliği yapmışlar, bu nedenle ekonomik durumunun olumsuz yönde etkilendiğini söyleyenler % 66.7, yaşama bakış açısının olumsuz yönde etkilendiğini söyleyenler ise % 63.3'dür. Hemodiyaliz nedeniyle aile içindeki rolünü yerine getirmede kendini yetersiz hissedilenler % 66.7 olarak belirlenmiştir. Hastalar hemodiyaliz hastası olarak yaşadıkları en büyük sorunun ekonomik sorun olduğunu ifade etmişlerdir (%43.3) (Tablo 2).

**Tablo 2.** Hastaların Diyaliz ile İlgili Durumları ve Hastaların İfadeleri.

ÖZELLİK	SAYI	%
<b>Diyalize girme yılı</b>		
1 yıl ve altı	17	28.3
1-5 yıl	31	51.7
5-10 yıl	12	20.0
<b>Diyalize girme sayısı/hafta</b>		
2/hf	10	16.7
3/hf	48	80.0
4/hf	2	3.3
<b>Hemodiyaliz hastası olmanızı nasıl karşıladınız?</b>		
Çok etkilendim	35	58.3
Oldukça üzüldüm	25	41.7

<b>Aileden Destek aldınız mı?</b>		
Almadım	3	5.0
Yakın akrabalarından destek aldım	7	11.7
Eş ve çocuklarımdan destek aldım	50	83.3
<b>Ailede başka hemodiyalize giren var mı?</b>		
Evet	2	3.3
Hayır	58	96.7
<b>Hemodiyaliz hastası olmanız günlük yaşam etkinliğinizi nasıl etkiledi?</b>		
Azalma oldu	52	86.7
Değişmedi	8	13.3
<b>Hemodiyaliz hastası olduktan sonra iş değiştirdiniz mi?</b>		
Evet	27	45.0
Hayır	33	55.0
<b>Hemodiyaliz hastası olmanız ekonomik durumu etkiledi mi?</b>		
Negatif yönde etkiledi	29	48.3
Etkilemedi	31	51.7
<b>Hemodiyaliz hastası olmanız yaşama bakış açınızı etkiledi mi?</b>		
Değiştirmede	22	36.7
Negatif yönde değiştirdi	38	63.3
<b>Aile içindeki rolünüzü yerine getirmede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?</b>		
Evet+	20	33.3
Hayır	40	66.7
<b>Hemodiyaliz hastası olarak yaşadığınız en büyük sorun nedir?</b>		
Sorun yok	16	26.7
Ulaşım	5	8.3
Aile içi ilişkiler	4	6.7
Ekonomik durum	26	43.3
Özgüvende azalma	9	15.0
<b>TOPLAM</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

Hemodiyaliz hastalarının kendi ifadeleri ile cinsel yaşam ile ilgili durumları şöyle belirlenmiştir: Hastaların %58.3'ü hemodiyaliz cinsel yaşamlarını etkilediğini, %71.7 gibi büyük çoğunluğu cinsel yaşam ile ilgili sorunlarını kimse ile paylaşmadıklarını, sadece %3.3 gibi bir azınlığın sağlık personeli ile paylaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu sorunu paylaşmam sorunumun çözümüne yardımcı oldu diyenler %15'i oluşturmaktadır. Hastaların %66.7'si cinsel danışmanlık gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Bunların %36.7'si çare bulucu, %28.3'ü açıklayıcı ve destekleyici tarzda bir danışmanlık istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Hemodiyaliz Hastalarının Cinsellik ile İlgili Durumları (Kendi İfadelerine Göre).

<b>ÖZELLİK</b>	<b>SAYI</b>	<b>%</b>
<b>Hemodiyaliz hastası olmanız cinsel yaşamınızı etkiledi mi?</b>		
Evet	35	58.3
Hayır	25	41.7
<b>Cinsel yaşam ile ilgili sorunlarınızı birisi ile paylaşabiliyor musunuz?</b>		
Hayır	43	71.7
Eşimle paylaşabiliyorum	12	20.0
Yakın akrabalarım ile paylaşabiliyorum	3	5.0
Sağlık personeli ile paylaşabiliyorum	2	3.3
<b>Hemodiyaliz hastalarının cinsel danışmanlık almaya gereksinimleri var mı?</b>		
Evet	40	66.7
Hayır	20	33.3
<b>Nasıl bir cinsel danışmanlık istersiniz?</b>		
Açıklayıcı ve destekleyici	17	28.3
Çare bulucu	22	36.7
Yanıtsız	21	35.0
<b>TOPLAM</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

## TARTIŞMA

Çalışmalar hemodiyaliz tedavisinin hastaların potansiyelini, iş gücünü olumsuz etkilediği yönündedir (Şentürk A. ve 2003, Uzun Ö. 2003). Çoğu hasta bu nedenle iş değişikliği yaşamakta, ya da işini kaybetmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular hastaların bir kısmının (%33.3) hemodiyaliz nedeniyle iş değişikliği yaşadıklarını göstermiştir. Sonuçlar diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Kumbasar H. 1997, Özçürümez G ve ark. 2003). Tedavi ücreti, her hafta birkaç kez kuruma gelme ve beslenme gibi nedenlerle hastaların genellikle ekonomik güçlük yaşadıkları çalışmalarla belirlenmiştir (Akyol A. Fadiloğlu Ç. 2001, Cihanber K. 1981). Bu çalışmaya katılan hastalarda ekonomik güçlüklerini dile getirmişler ve aile içindeki rollerini yerine getirmede yetersiz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu durum cinsel yaşamlarına da yansımaktadır.

Hemodiyalizin avantajlarından bazıları tedavinin eğitilmiş bir ekip tarafından yürütülmesi, 4-6 saat ve her hafta 2-3 kez gibi kısa sürelerde gerçekleştirilmesidir. Bunun yanında bazı dezavantajları da vardır. Örneğin haftanın çoğu saatinde tedavi merkezine gitme süresi, diyetle potasyum, sıvı ve proteinle ilgili pek çok kısıtlama, makineye uzun süre bağımlı olma-aktivite kısıtlılığı, vasküler girişin devamlı açık olması bu dezavantajlara örnek oluşturabilir (Çetin O. 2003). Hemodiyaliz Hasta-



ları İçin El Kitabı, 1995). Bu nedenle, hemodiyaliz hastalarının sürekli destek ve eğitime gereksinimleri vardır. Nitekim, bu çalışmada hastalar, çoğunlukla hemodiyaliz tedavisinden olumsuz yönde etkilendiklerini belirtmişlerdir (% 58.3).

Yapılan çalışmalar, aile desteğinin hastaların moralini olumlu yönde etkilediği ve yaşamlarında olumlu rol oynadığı yönündedir. Bir çalışmada aile desteği ile psikolojik iyilik hali arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Cihanber K, 1981). Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğu aile desteği aldıklarını belirtmişlerdir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini artırabilir şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmalar, hemodiyaliz hastalarında cinsel istek azalmasının sık bir yakınma olduğunu göstermektedir (Özkan S. 1993). Ancak cinsel sorunları paylaşma ile ilgili ya da bu konuda danışmanlık gereksinimi ile ilgili yapılmış çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada hastalar, % 58.3 oranında hemodiyaliz nedeniyle cinsel yaşamlarının etkilendiği ve büyük oranda (%71.7) bu sorunlarını kimse ile paylaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu konuda sağlık personeli ile paylaşım % 3.3 olarak belirlenmiştir. Cinselliğe ilişkin görüşler veya değerler son yıllarda gelişme göstermesine rağmen, ülkemizde hala tabu olarak görülmesi, diğer sorunlarla ilgili paylaşımların daha fazla olmasına rağmen, bu konunun yeterli düzeyde ele alınmadığı yapılan çalışmalardan görülmektedir (Uzun Ö. 2003, Cihanber K. 1981). Sonuç olarak danışmanlık gereksinimi yadsınamaz bir durumdur. Hemodiyaliz üniterinde hasta ile en çok birlikte olan sağlık personeli hemşiredir. Hasta eğitimi profesyonel hemşirenin sorumluluğundadır. Hemşireler hasta eğitimine önem verdikleri ve uyguladıkları zaman, hastalar sağlık bakım sorumluluklarını üstlenme konusunda daha hazırlıklı olurlar. Anskiyetlerini paylaşabilir, daha iyi öğrenebilirler. Bu durumu yapılan çalışmalar desteklemektedir (Uzun Ö. 2003). Bir çalışmada hastaların hastalıkları nedeniyle eşlerini kaybettikleri belirtilmektedir (Çetin O. 2003). Bu nedenle hastaların cinsellik konusunda danışmanlık gereksinimleri olduğu kanısındayız. Nitekim, hastaları çoğu danışmanlık gereksinimleri olduğunu ve bu danışmanlığın çare bulucu, açıklayıcı ve destekleyici olması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu konuda tüm sağlık personeline, öncelikle hasta ile en yakın olan ve en uzun süre hastanın yanında kalan hemşireye büyük göre düşmektedir. Maslow'un temel insan gereksinimlerinden yola çıkarak, hastaların sorun yaşadığı halde, paylaşım güclüğü çektiği cinsel yaşam aktivitesine pozitif bakıp, ulaşmaya gereksinim vardır.

## KAYNAKLAR

1. Akyol A., (1999). Hemodiyaliz Ünitelerinde Enfeksiyon ve Enfeksiyon Kontrolü. Çınar Dergisi. 5 (1, 2): 1-12.
2. Erek E., (1995). Diyaliz Tedavisi. İstanbul, 1995: 309-315.
3. Kalender B., (2001). Hemodiyaliz Hastalarının Beslenme Durumu, Diyaliz Yeterliliği ve Mortalite' Sendrom Dergisi, ss:19.
4. Kumbasar H. (1997). Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyaliz ve Psikososyal Sorunlar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2 (1).
5. Özçürümez G., Tanrıverdi N., Zileli L., (2003). "Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Sosyal Yönleri" Türk Psikiyatri Dergisi. 14(1): 72-80.
6. Özkan S., (1993). Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul, 1993: 187.
7. Şentürk A., Levent B., Tamam L., (2003). "Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikopatoloji" www.google.com.
8. Uzun Ö. (2000). "Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi" A.Ü.H.Y.O. Dergisi. 3(2): 36-45.
9. Akyol A., Fadıloğlu Ç., (2001). Hemodiyalize Giren Hastaların Rehabilitasyon Programlarına İlişkin Beklentileri ve Bu Beklentilerinin Umut Düzeyine Olan Etkisinin İncelenmesi. Çınar Dergisi. 7(1): 8-9.
10. Chamber K., (1981). "Assessing The Dyalysis Patients At Home" American Journal of Nursing. 750-754.
11. Çetin O., (2003). Diyaliz Hastalarının Sosyo-Ekonomik Durumları. Yaşam Aralığı Dergisi. (2003). 6(10-11).
12. Hemodiyaliz Hastaları İçin El Kitabı. (1995). İstanbul, s: 13.

## **AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE MEMNUNİYETİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

*FACTORS EFFECTING SATISFACTION IN FAMILY PLANNING SERVICES*

**Birsen KARACA SAYDAM\***      **Kenan ERTOPÇU\*\***  
**Ayşegül DÖNMEZ\*\***

\* Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Bornova/İZMİR

\*\* Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Yenişehir/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Aile planlaması hizmetleri, memnuniyet

**Key Words:** Family planning counseling, satisfaction

20-23 Nisan 2005, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi'nde sunulmuştur.

---

### **ÖZET**

Bu çalışma; gebeliği önleyici bir yöntem hakkında bilgi almak için başvuran kadınların aile planlaması hizmetinden memnuniyetlerini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmış olan çalışmada, 03.01.2005-03.03.2005 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Kliniği'ne doğum kontrol yöntemi kullanmak için başvuran kadınlar evreni oluşturmuştur (153 kadın). Çalışmaya katılmayı sözel olarak kabul eden kadınlara sosyo demografik bilgileri içeren anket formu yanısıra Saydam tarafından geçerliği güvenilirliği yapılmış olan (Cronbach Alpha=0.91, r=0.98) "Aile Planlaması Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçeği" uygulanmıştır.

Aile planlaması hizmetlerinden; kadınların %82.7 oranında "Memnun" oldukları belirlenmiştir. Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı, tekrar çocuk sahibi olmak isteme durumu ve daha önce kullanılan doğum kontrol yönteminin memnuniyeti etkilemediği saptanmıştır.

### **SUMMARY**

*This study was planned to evaluate the satisfaction level of women who have applied to family planning services related to given services.*

*Women who applied to Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Kliniği for having family*

planning service between 03.01.2005 and 03.03.2005 were enrolled to this sectional and descriptive study (153 women). Women who accepted to be a part of this study were asked to fill a questionnaire containing questions related to their social and demographic characteristics and also a special query of "Family Planning Services Satisfaction Scale" which was developed by Saydam with Cronbach Alpha=0.91, r=0.98.

It was detected that women were satisfied in respect to given service (%82.7). It wasn't found that age, educational status, salary, number of living child, willing to have one more baby and previously used birth control method had an effect on satisfaction.

## GİRİŞ

İnsan yaşamında üreme sağlığının kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının önemi ancak 20.yy bitirken anlaşılmıştır. Son yıllarda bütün dünya ülkelerinin katıldığı uluslararası toplantılarda üreme sağlığı konusundaki mevcut durum belirlenerek, sorunlarla ilgili çözüm önerileri tartışılmıştır (Akın 1997, Hatcher ve ark.1990).

Kahire'de 1994 yılında yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan üreme sağlığı tanımlaması gözden geçirilerek küçük değişikliklerle Konferans Eylem Planı'nda yer almıştır. Burada, doğurganlığın düzenlenmesi ya da Aile Planlaması üreme sağlığının temel bileşeni olarak ele alınmıştır. Kadın ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi açısından da aile planlaması, koruyucu sağlık hizmeti olarak öncelikli olması ve ağırlık verilmesi gereken üreme sağlığı hizmetleri arasındadır (Akın 1997).

Sağlıkla ilgili olarak, dünyada yalnızca bir günde olan gelişmeleri incelediğimizde; her gün 100 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilen cinsel ilişkilerin 910 000'i gebelik ve 356 000'i de cinsel yolla bulaşan hastalıkla sonuçlanmaktadır. Bu gebeliklerin yarısı planlanmış olmasına rağmen %25'i kesinlikle istenmemektedir. Her gün istenmeyen bu gebeliklerden 150 000'i isteyerek düşükle sonlandırılmaktadır. Bu düşüklelerin üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda yapılmakta ve her gün 500'ü ölümle sonuçlanmaktadır (Özvarış 1997).

Ülkemizdeki kadın sağlığı verileri incelediğinde; gelişmiş ülkelerde 100 000'de 26 olan ana ölüm hızı, ülkemizde 100 000 canlı doğumda 49.2'dir (Arşan 2001). Ülkemizde, anne ölümleri kadın ölümleri içinde en sık görülen ilk beş içinde yer almaktadır. Ayrıca kadın ölümleri arasında gebelik ile ilgili olanların oranı %5.1 olarak oldukça yüksektir. Annelerin, %79.5; abortus, dış gebelik, erken membran rüptürü gibi doğrudan obstetrik nedenlerle, %14.9'u annede var olan ve gebelik nedeniyle şiddetlenmiş olan sistemik hastalıkların neden olduğu dolaylı

obstetrik nedenlerle, %5.6'sı hizmet eksikliği, riskli gebelik gibi diğer nedenlerle kaybedilmektedir. Doğrudan obstetrik ölüm nedenleri incelendiğinde; sırasıyla kanama (%42.9), toksemi (%21.8), diğer (%20.5), obstetrik enfeksiyon (%13.5) ve engellenmiş eylem (%1.3) olduğu görülmektedir. İleri yaş, çok sayıda gebelik, kadının eğitimsiz olması, doğrudan obstetrik nedenlere bağlı ölümlerin önemli risk faktörleridir. Tüm anne ölümlerinin %86.5'i önlenabilir niteliktedir (Arsan 2001, Taşkın 2000, Türkay ve ark. 2001, TNSA 2003).

Doğum sayısı anne ölüm ve komplikasyonlarına neden olan en büyük faktörlerden biridir. Doğum sayısı arttıkça gebelik toksemisi, kanama, zor ve uzun doğum eylemi, uterus rüptürü, hipertansiyon gibi komplikasyonlarda artma gözlenir. Ayrıca artmış çocuk sayısı, kadında uterus prolapsusu, stres inkontinans ve servikal kanserler gibi jinekolojik problemlerin görülme sıklığını da arttırmaktadır (Demir ve Saruhan 1998, Hatcher ve ark.1990, Taşkın 2000, TNSA 2003).

Türkiye'de aile planlaması konusunda, son otuz yılı aşkın bir süredir, riskli gebelikleri önleyerek kadın ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, ailelere gerekli bilgi ve hizmeti sunarak doğurganlıkları ile ilgili özgür ve bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmiştir. Bu politikaların olumlu sonuçları demografik ve sağlık göstergelerimize yansımakla birlikte, aile planlaması konusunda karşılanamayan gereksinimin hala yüksek olması dikkat çekicidir ve sorun günümüzde de önemini korumaktadır (Akin 1997). TNSA-2003' sonuçlarına göre evli kadınların sadece %42,5'i modern bir kontraseptif yöntem kullanmaktadırlar (TNSA 2003). Bu durumda sunulan aile planlaması programları ve gebelikten korunma hizmetlerinin yanı sıra, bu hizmetlerin etkinliği tartışılmaktadır. Yakın zamana kadar ihmal edilen bir öge olan hizmetlerin kalitesi, sağlık hizmetinin kullanımını etkileyen önemli bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Önceleri programların etkinliği, ulaşılması amaçlanan sayısal hedeflere göre değerlendirilirken, günümüzde hizmetin kalitesi etkinlik değerlendirilmesinde giderek önem kazanmaktadır (Bulut 1997).

Klinik hizmetlerin gelişmiş pahalı araçlar ya da malzemenin bulunup bulunmaması gibi alışılmış kalite değerlendirilmesi dışında, kalite için kişiler arası iyi ilişkiler ve çalışanların teknik yeterliliği gibi yeni kavramları 1980'li yıllarda ortaya atan Donabedian, aile planlaması hizmetleri için kalite kavramının geliştirilmesinde önder olmuştur. Akgün'ün (1999) hasta memnuniyeti üzerine yaptığı çalışmasında ve Bulut'un (1997) kalite üzerine yaptığı araştırmalarında da da belirttikleri üzere Sosyolog Judith Bruce diğer araştırmacıların birikimi ve gözlemlerine dayanarak 1990'da aile planlaması hizmetlerinin kalitesi için somut bir çerçeve çizmiştir (Akgün 1999, Bulut 1997).

Aile planlaması hizmeti sürecine katılan herkes kaliteyi iyileştirmek için katkı yapabilir. Basit olarak hizmet için başvuran kişileri var olan hizmet seçeneklerinden haberdar etmek, bunun başvuranın hakkı olduğunu benimsemek, neyin neden yapıldığı konusunda kişileri bilgilendirmek, tüm bunları yaparken saygılı olmak, anlaşılır konuşmak, kişinin güvenini kazanmak için çaba göstermek, kişilere soru sorma hakkı vermek, gelişmiş alet ya da maddi bir kaynak gerektirmez (Bulut 1997, Oddens 1999).

Kaliteli bir aile planlaması hizmeti, kolay ulaşılan ve uyum içinde yönetilen sağlık kuruluşlarında eğitilmiş personel tarafından danışmanlıkla sunulan hizmettir. Başarılı bir danışmanlık yaklaşımıyla hizmet verirken tüm kontraseptifler hakkında bilgi verilir, yöntem seçimi bilgiyle ve isteğe göre yapılır. Kaliteli bir hizmet için eldeki kaynaklara göre olabilecek en iyi bakım iyi ilişkilerle verilmelidir. Kalitenin sağlanmasında kişiler arası ilişkilerin özel bir önemi vardır. İyi yönetilen ve her bir yöntemle ilgili teknik bilgisi ve becerisi olan personel tarafından sunulan bir hizmette bile, karşılıklı ilişkilere gereken önem verilmezse beklenen sonuçlar elde edilemez (Bulut 1997).

Sonuçta çıktı olarak ölçülebilecekler, hizmeti alanların bilgilenme düzeyi, aldıkları hizmetten tatmin olmaları ve sağlık durumlarında olan olumlu değişikliğin görülmesi yani verilen hizmetin algılanmasıdır. Örneğin; gebelikten korunma hizmeti almak için başvurmuş bir kişinin sağlığını olumsuz olarak etkilemeyecek bir yöntem kullanmaya başlaması ve sonuçta en uygun yöntemi bularak kullanımı sürdürmesi, bu sayede istenmeyen gebelikle karşılaşmaması kalite ölçütleri olup karşılığında birey/başvuran/hasta memnuniyetini yansıtacaktır (Bulut 1997, Sezgin ve Argon 1997).

Bu çalışmada amaç; gebeliği önleyici bir yöntem hakkında bilgi almak için Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Kliniği'ne başvuran kadınların aldıkları aile planlaması hizmetinden memnuniyetlerini saptamaktır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Aile planlaması hizmetlerinden memnuniyetin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmış olan çalışmada, 03.01.2005-03.03.2005 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Kliniği'ne doğum kontrol yöntemi kullanmak için başvuran kadınlardan, bireysel danışmanlık sonrası çalışmaya katılmayı söz olarak kabul edenler çalışma kapsamına dahil edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Planlaması Kliniği, 15 Eylül 1992 yılından bu yana ayaktan hasta bakımı veren, Vazektomi, Tüpligasyon da dahil olmak üzere tüm gebeliği önleyici yöntemlerin sunulduğu, yanısıra Menstrüel Regülasyon da uygulanan bir merkezdir. Kliniğe 2005 yılı Ocak ve Şubat aylarında sadece aile planlaması'nda danışmanlık hizmet almak amacıyla 153 kadın başvurmuştur. Kurumdan çalışmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Kliniği'ne doğum kontrol yöntemleri kullanmak için başvuran ve interval dönemde olan 46 kadın ile postabortif dönemde olan 52 kadın olmak üzere 98 kadın sözel olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılmayı sözel olarak kabul eden kadınlarla danışmanlık için ayrılmış olan özel odada danışmanlık hizmeti sunulmuş ve anket formları uygulanmıştır. Verilen danışmanlık hizmetinden sonra; kadınlara sosyo-demografik özellikleri ile obstetrik ve menstrüel anamnezlerini içeren 16 sorudan oluşan, araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan bir anket formu yönlendirilmiştir. Daha sonra Saydam tarafından geçerliliği güvenilirliği yapılmış olan (Cronbach Alpha=0.91, r=0.98) "Aile Planlaması Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçeği" uygulanmıştır (Saydam 2005). Ölçek ile ilgili maddelerin her biri 1' den 3' e kadar değişen "Kesinlikle Katılıyorum" 3, "Kararsızım" 2 ve "Kesinlikle Katılmıyorum" 1 likert tipi puanlama ile puanlanmış olup 46 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan 46-69 arası puanlar "Memnun Değil", 69.1-114.9 arası puanlar "Kısmen Memnun/Kararsız", 115-138 arası puanlar ise "Memnun"iyeti ifade etmektedir (Saydam 2005).

Verilerin kodlanması ve analizler SPSS (11.0) paket programında gerçekleştirilmiştir. Sayı, yüzde dağılımları yapıldıktan sonra ileri analizler için Independent t testi ile ONE-Way ANOVA testleri yapılmıştır.

### **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların bazı sosyo demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; kadınların %48.0'inin 21-30 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının  $30.90 \pm 5.89$  olduğu saptanmıştır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması-2003 (TNSA-2003) sonuçlarına göre ülkemizde en yüksek yaşa özel doğurganlık oranı 20-24 ve 25-29 yaş grubuna aittir (TNSA 2003). Çalışmada elde edilen bu sonuç kadınların gebeliği önleyici bir yöntem kullanmak amacıyla Aile Planlaması merkezlerine gelmek için gereken yaş grubunda olduklarını göstermektedir.

**Tablo 1.** Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

<b>SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş Grubu</b>		
21-30	47	48.0
31-40	45	45.9
41 ve ↑	6	6.1
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	4	4.0
Okur-yazar	1	1.0
İlkokul mezunu	65	66.3
Ortaokul mezunu	10	10.2
Lise/meslek lisesi mezunu	15	15.3
Yüksekokul/Fakülte mezunu	3	3.2
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar	1	1.0
İlkokul mezunu	54	55.2
Ortaokul mezunu	17	17.3
Lise/meslek lisesi mezunu	25	25.5
Yüksekokul/Fakülte mezunu	1	1.0
<b>Evlilik Süresi</b>		
1-5 yıl	34	34.8
6-10 yıl	21	21.4
11-15 yıl	21	21.4
16 yıl ve ↑	22	22.4
<b>Gelir Durumu</b>		
Fazlasıyla yeterli	2	2.0
Yeterli	61	62.2
Yetersiz	35	35.8
<b>Çalışma Durumu</b>		
Ev hanımı	84	85.7
Çalışıyor	14	14.3
<b>TOPLAM</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>

Kadınların %66.3'ünün kendisinin, %55.2'sinin ise eşinin eğitim durumunun "ilkokul mezunu" olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). TNSA-2003 sonuçlarına göre; Türkiye'de kadınların %53.7'sinin ilkokul düzeyinde eğitim aldığı bilinmektedir (TNSA 2003). Çalışmadan elde edilen sonuç ülkemiz kadınlarının eğitim durumlarına yakın bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Kadınların evlilik süreleri incelendiğinde; %34.8'inin 1-5 yıldır evli olduğu görülmektedir (Tablo 1). Bu durum ülkemiz için evliliğin ilk yıllarında kadınların gebeliği önleyici bir yöntem kullanmak için Aile Planlaması merkezlerine müracaat ettiklerini göstermektedir.

Kadınların %62.2'sinin ailesinin gelir durumunun kendi algılarına göre "Yeterli" olduğu ve %85.7'sinin "Evhanımı" olduğu saptanmıştır (Tablo 1).



**Tablo 2.** Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları.

<b>OSTETRİK ÖZELLİKLER</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik Sayısı</b>		
2 ve altı	38	38.8
3-4	50	51.0
5-7	8	8.1
8 ve üzeri	2	2.1
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>		
2 ve altı	81	82.7
3 ve üzeri	17	17.3
<b>Düşük/Kürtaj Sayısı</b>		
Olmayanlar	33	33.7
1	42	42.9
2	17	17.3
3 ve üzeri	6	6.1
<b>TOPLAM</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>

Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre; kadınların %51.0’i 3-4 gebelik geçirmiş olup, ortalama gebelik sayıları  $3.03 \pm 2.46$ ’dır. Dünder ve arkadaşlarının (2002) 15-49 yaş evli kadınlarla aile planlaması yöntemleri kullanımını etkileyen etmenleri saptamak amacıyla yaptıkları çalışmalarında, kadınların ortalama toplam gebelik sayılarını  $3.1 \pm 0.1$  olarak saptamışlardır (Dünder ve ark. 2002). Araştırma sonuçları literatürü desteklemektedir.

Kadınların %82.7’sinin 2 ve daha az sayıda yaşayan çocukları vardır ve ortalama yaşayan çocuk sayısı  $1.85 \pm 0.79$ ’dur (Tablo 2). Dünder ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında da ortalama yaşayan çocuk sayısı  $2.2 \pm 0.1$ ’dir (Dünder ve ark. 2002). Araştırmadan elde edilen sonuç literatürü desteklemektedir.

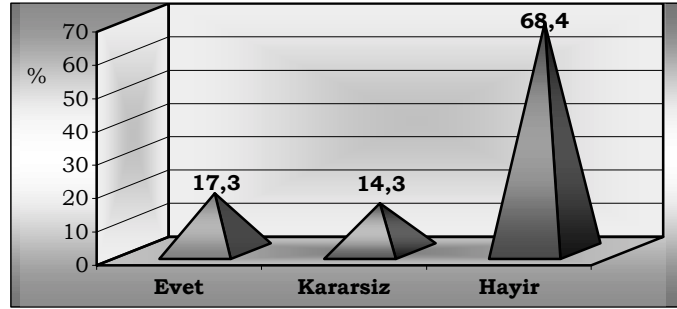
Ayrıca, kadınların %42.9’u en az bir kez düşük/kürtaj yapmış olup ortalama düşük/kürtaj sayısı  $1.15 \pm 2.05$ ’dir (Tablo 2).

Çalışmaya dahil edilen kadınların doğurganlık hedefleri incelenmiştir (Grafik 1). Buna göre; artık çocuk istemeyen kadınların oranı %68.4’tür. Ülkemizde halen evli kadınların %69.3’ü başka çocuk sahibi olmak istememektedirler (TNSA 2003). Türkay ve arkadaşları (2001) çalışmalarında tüm olguların doğurganlık hedeflerini incelemişler ve %70.0’inin artık çocuk istemediklerini saptamışlardır (Türkay ve ark. 2001). Araştırmadan elde edilen sonuç, ülke durumu ve literatür ile benzerlik göstermektedir.

Kadınların kontraseptif hikayelerine göre dağılımları Tablo 3’de görülmektedir. Kadınların %81.6 daha önce gebeliği önleyici bir yöntem kullanmıştır. Gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınlar arasında %60.0 oranında en çok kullanılan yöntemin Rahim İçi Araç (RİA) olduğu

saptanmıştır (Tablo 3). TNSA-2003 sonuçlarına göre ülkemizde kullanılan modern yöntemler arasında ilk sırayı RİA almaktadır (TNSA 2003). Çalışma bulguları ülke durumu ile benzerlik göstermektedir. Şahin ve Koç (2001) “Aile Planlamasında Yöntem Seçimi” konulu araştırmalarında en sık seçilen modern yöntemin tüm çalışma gruplarında RİA olduğunu saptamışlardır (Şahin ve Koç 2001). Çalışmadan elde edilen sonuç literatürü desteklemektedir.

**Grafik 1.** Kadınların Doğurganlık Hedeflerine Göre Dağılımları



**Tablo 3.** Kadınların Kontraseptif Hikayelerine Göre Dağılımları

KONTRASEPTİF HİKAYE	Sayı	%
<b>Daha Önce Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumu</b>		
Evet	80	81.6
Hayır	18	18.4
<b>TOPLAM</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>
<b>Daha Önce Kullanılan Gebeliği Önleyici Yöntem*</b>		
KOK	6	7.5
RİA	48	60.0
Enjeksiyon	2	2.5
Kondom	13	16.2
Geri Çekme	11	13.8
<b>Daha Önceki Yöntemi Kullanım Süresi*</b>		
1 aydan ↓	4	5.0
1 ay – 1 yıla kadar	17	21.3
1 – 3 yıl	12	15.0
3 – 5 yıl	13	16.2
7 – 9 yıl	8	10.0
9 yıldan ↑	12	15.0
	14	17.5
<b>Daha Önce Kullanılan Yöntemi Bırakma Nedeni*</b>		
İstenmeyen gebelik	17	21.2
Çeşitli sağlık problemleri	15	18.7
Gebe kalmak	13	16.3
Yönteme karşı güvensizlik oluşması	10	12.5
Aşırı kanama	9	11.3
Diğer	16	20.0
<b>TOPLAM</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

\* Daha önce gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınlar dahil edilmiştir.

Kadınların daha önce kullandıkları gebeliği önleyici yöntemin kullanım sürelerinin 1 ay-1 yıl arasında olduğu (%21.3), bırakma nedenleri arasında %21.2 oranı ile istenmeyen gebelik olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Gün ve arkadaşları da (2001) çalışmalarında istenmeyen gebelik ve kanamanın başlıca yöntem bırakma nedenleri arasında olduğunu belirlemişlerdir (Gün ve ark. 2001).

**Tablo 4.** Kadınların Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımı

<b>Memnuniyet Toplam Puan Ortalaması</b>	<b>N</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
121.66	98	11.90	71.00	138.00
<b>Memnuniyet Durumu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Memnun	81	82.7		
Kısmen Memnun	17	17.3		
<b>TOPLAM</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>		

Kadınlara uygulanan “Aile Planlaması Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçeği” toplam puanı hesaplanmış ve toplam puan ortalaması  $121.66 \pm 11.90$  olarak bulunmuştur (Tablo 4). Kadınların %82.7’si aldıkları danışmanlık hizmetinden “Memnun”, %17.3’ü “Kısmen memnun” olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4). Baykan ve arkadaşları (2001) Gölbaşı ilçesine bağlı üç köyde yaptıkları çalışmalarında, kadınların %87.6’sının aldıkları hizmetten memnun/çok memnun olduklarını saptamışlardır (Baykan ve ark. 2001). Erdem ve Taşçı (2002) Verem Savaş Dispanser’lerinden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerini belirledikleri çalışmalarında, hastaların memnuniyet puan ortalamalarının 89.50 olarak “memnun” olduklarını saptamışlardır (Erdem ve Taşçı 2002). Çınar (1999) hasta eğitimlerinin memnuniyete olan etkisini araştırdığı çalışmada, hastaların %92.9’unun memnun kaldığını belirlemiştir (Çınar 1999). Tezcan ve arkadaşlarını (1999) hastaların hizmetten memnuniyetlerini inceledikleri çalışmalarında, polikliniklere başvuran hastaların ve yakınlarının memnuniyetlerinin (%72.6) yüksek olduğunu saptamıştır (Tezcan ve ark. 1999). Yılmaz (2001), Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nden taburcu olan hastalarla yaptığı çalışmada, durumu hakkında ve yapılacak işlemler konusunda bilgilendirilen ve danışmanlık verilen hastaların sağlık personeline güvenlerinin arttığını ve memnuniyetlerinin yükseldiğini vurgulamaktadır (Yılmaz 2001). Araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermekte ve danışmanlığın memnuniyet üzerine olan etkisini bir kez daha vurgulamaktadır.

**Tablo 5.** Kadınların Başvuru Nedeni, Çalışma Durumu, Yaşayan Çocuk Sayıları ve Daha Önce Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Memnuniyet Puan Ortalamaları

<b>Başvuru Nedenine Göre</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>SD</b>
Kürtaj için gelenler	52	120.05	11.24
İnterval uygulananlar	46	123.47	12.48
	<b>t = 1.42</b>		<b>p = .15</b>
<b>Çalışma Durumlarına Göre</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>SD</b>
Ev Hanımı	84	121.05	12.49
Çalışıyor	14	125.28	6.68
	<b>t = 1.23</b>		<b>p = .22</b>
<b>Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>SD</b>
2 ve altında çocuğu olanlar	81	122.43	11.58
3 ve üzerinde çocuğu olanlar	17	118.00	13.07
	<b>t = 1.40</b>		<b>p = .16</b>
<b>Daha Önce Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumuna Göre</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>SD</b>
Kullananlar	80	122.18	10.48
Kullanmayanlar	18	119.38	17.06
	<b>t = .89</b>		<b>p = .37</b>

Kadınların başvuru nedeni, çalışma durumu, yaşayan çocuk sayıları ve daha önce kullanmış oldukları gebeliği önleyici yõteme göre memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırılmıştır (Tablo 5). Yapılan istatistiksel analizde, kadınların kliniğe başvuru nedenine göre ( $t=1.42$ ,  $p>0.05$ ) memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 5). Tablo incelendiğinde; interval dönemde başvurmuş olan kadınların daha memnun olduğu görülmektedir. Kürtaj olmak için kliniğe gelen kadınların aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin daha düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Kadınların çalışma durumlarına göre ( $t=1.23$ ,  $p>0.05$ ) memnuniyet puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 5). Çalışan kadınların memnuniyet puan ortalamalarının ev hanımlarına göre yüksek olması dikkat çekicidir. Öztürk ve Yaramış (2003), kadınların aile planlaması yöntemi kullanma ve seçmelerinde danışmanlık hizmeti alma durumlarını araştırdıkları çalışmalarında, ev hanımlarının danışmanlık hizmetinden daha az yararlandıklarını saptamışlardır (Öztürk ve Yaramış 2003). Çalışma bulguları literatürü destekler niteliktedir.

Kadınların yaşayan çocuk sayılarına göre ( $t=1.40$ ,  $p>0.05$ ) memnuniyet puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 5). Mahmoudi ve Şirin (2003), evli kadınlarda aile planlaması yöntemlerini kullanma durumu ve etkileyen

faktörleri araştırdıkları çalışmalarında da kadınların çocuk sayıları ile kullanılan yöntem arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (Mahmoudi ve Şirin 2003). Yönteme devamın memnuniyetin bir sonucu olduğu düşünüldüğünde, çocuk sayısının kullanılan yöntemi etkilemesi de beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

**Tablo 6.** Kadınların Yaş Grubu, Evlilik Süresi, Eğitim Durumu, Eşlerinin Eğitim Durumu ve Tekrar Çocuk İsteme Durumlarına Göre Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

<b>Yaş Grubuna Göre</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>Kaynak</b>	<b>Kareler Toplamı</b>	<b>Kareler Ort.</b>	<b>SD</b>
21-30	47	121.38	Grp.Arası	8.24	4.12	2
31-40	45	121.86	Grup İçi	13749.64	144.73	95
41 ve üstü	6	122.33	Genel	13757.88	-	97
<b>TOPLAM</b>	<b>98</b>	<b>121.66</b>	<b>F = .02</b>		<b>p = .97</b>	
<b>Evlilik süresine göre</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>Kaynak</b>	<b>Kareler Toplamı</b>	<b>Kareler Ort.</b>	<b>SD</b>
1-5 yıl	34	121.61	Grp.Arası	80.75	26.91	3
6-10 yıl	21	120.71	Grup İçi	13677.13	145.50	94
11-15 yıl	21	121.04	Genel	13757.88	-	97
16 yıl ve üzeri	22	123.22				
<b>TOPLAM</b>	<b>98</b>	<b>121.66</b>	<b>F = .18</b>		<b>p = .90</b>	
<b>Eğitim Durumuna Göre</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>Kaynak</b>	<b>Kareler Toplamı</b>	<b>Kareler Ort.</b>	<b>SD</b>
Okur-yazar değil	4	126.00	Grp.Arası	812.04	162.40	5
Okur yazar	1	108.00	Grup İçi	12945.84	140.71	92
İlkokul mezunu	65	120.29	Genel	13757.88	-	97
Ortaokul mezunu	10	125.40				
Lise/m.lisesi mez.	15	123.00				
Y.okul/fak.mezunu	3	131.00				
<b>TOPLAM</b>	<b>98</b>	<b>121.66</b>	<b>F = 1.35</b>		<b>p = .24</b>	
<b>Eşin Eğitim Durumuna Göre</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>Kaynak</b>	<b>Kareler Toplamı</b>	<b>Kareler Ort.</b>	<b>SD</b>
Okur yazar	1	132.00	Grp.Arası	603.49	150.87	4
İlkokul mezunu	54	120.03	Grup İçi	13154.39	141.44	93
Ortaokul mezunu	17	121.82	Genel	13757.88	-	97
Lise/m.lisesi mez.	25	125.00				
Y.okul/fak.mezunu	1	113.00				
<b>TOPLAM</b>	<b>98</b>	<b>121.66</b>	<b>F = 2.31</b>		<b>p = .06</b>	
<b>Tekrar Çocuk İsteme Durumuna Göre</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>Kaynak</b>	<b>Kareler Toplamı</b>	<b>Kareler Ort.</b>	<b>SD</b>
İsteyenler	17	125.35	Grp.Arası	306.61	153.31	2
Kararsızlar	14	122.14	Grup İçi	13451.26	141.59	95
İstemeyenler	67	120.62	Genel	13757.88	-	97
<b>TOPLAM</b>	<b>98</b>	<b>121.66</b>	<b>F = 1.08</b>		<b>p = .34</b>	

Kadınların daha önce gebeliği önleyici yöntem kullanma durumlarına göre ( $t=0.89$ ,  $p>0.05$ ) memnuniyet puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 5). Daha önce bir gebeliği önleyici yöntem kullanmamış olan kadınların memnuniyetlerinin daha düşük olması ilk kez tecrübe ediyor olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre memnuniyet puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6'da görülmektedir. Kadınların yaş gruplarına göre memnuniyet toplam puan ortalaması arasında ( $F=0.02$ ,  $p>0.05$ ) yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 6). Yıldırım ve arkadaşları (1999), Gazi Hastanesi yataklı servislerinden hizmet alan hastaların hastaneden genel memnuniyet durumlarını araştırdıkları çalışmalarında, yaş gruplarına göre hastaneden genel memnuniyet durumları arasında fark saptamamışlardır (Yıldırım ve ark. 1999). Çalışmadan elde edilen bu sonuç literatürü destekler niteliktedir.

Kadınların evlilik süresine göre memnuniyet toplam puan ortalaması arasında ( $F=0.18$ ,  $p>0.05$ ) yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 6). Tablo incelendiğinde; 16 yıl ve daha uzun süredir evli olan kadınların memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Toplumumuzda kadınların 20'li yaşlarda evlendiği düşünüldüğünde ileri yaş grubuna denk gelmesi beklenen 16 yıl ve üzerinde evli olan kadınların memnuniyetinin daha yüksek olması, bu dönemde riskli gebeliklerin yaşanabileceği bir yaş grubu olması bakımından, sevindirici bir sonuçtur.

Kadınların eğitim durumuna göre memnuniyet toplam puan ortalaması arasında ( $F=1.35$ ,  $p>0.05$ ) yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 6). Tablo incelendiğinde, kadınların eğitim durumu yükseldikçe memnuniyet durumlarının da arttığı görülmektedir. Dilbaz ve arkadaşlarının (2001) aile planlaması hizmetlerinde hasta memnuniyetinin araştırılması konulu çalışmalarında eğitim seviyesinin artışı ile verilen eğitimin anlaşılması arasında pozitif bir korelasyon saptanmış ve eğitim seviyesi düşük olan kadınlara daha fazla zaman ayrılması gerektiği vurgulanmıştır. Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir (Dilbaz ve ark. 2001).

Kadınların eşlerinin eğitim durumuna göre memnuniyet puan ortalamaları arasında ( $F=2.31$ ,  $p>0.05$ ) yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 6). Elde edilen bu sonuç ile kadının aldığı hizmetten memnuniyetinin eşinin eğitim durumundan etkilemediği söylenebilir.

Kadınların tekrar çocuk sahibi olmak isteme durumlarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında ( $F=1.08$ ,  $p>0.05$ ) yapılan

istatistiksel analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 6). Tablo incelendiğinde, tekrar çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların memnuniyetlerinin daha az olduğu görülmektedir. Bu durum çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların aile planlaması hizmetlerinden beklentilerinin daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Kadınlar aldıkları aile planlaması danışmanlık hizmetinden %82.7 oranında memnundur. Ancak aile planlaması hizmetlerinden memnuniyeti; yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu, çalışma durumları, yaşayan çocuk sayıları, tekrar çocuk sahibi olmak istemeleri ve daha önce kullandıkları kontraseptif yöntemin etkilemediği söylenebilir.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda, doğum kontrol yöntemi kullanmak amacıyla başvuran tüm kadınlara sağlık personeli tarafından mutlaka danışmanlık hizmeti sunulması gerekmektedir. Ayrıca;

- ❖ Sağlık personelinin bir ekip anlayışı içinde çalışması,
- ❖ Aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin verildiği kurumlarda ısı, ışık, koltuk sayısı v.b. konularda başvurulara konfor sağlayacak tüm koşulların ayarlandığı ayrı odalarda danışmanlık hizmeti sunulması,
- ❖ Kadınlara bire-bir interaktif eğitim yöntemleri ile danışmanlık hizmeti verilmesi ve bu anlamda danışmanlık hizmeti sunan sağlık personelinin sık sık hizmet içi eğitimlere katılması önerilmektedir.

### **KAYNAKLAR**

1. Akgün S., Haberal A., Aydın P., Güneş Y., Kaya N.(1999) Başkent Üniversitesi Hastanesinde Hasta Memnuniyetlerinin Belirlenmesi Çalışması Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu Bildirileri Kitabı, 43-45.
2. Akın A.(1997) Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Damla Yayıncılık, İstanbul.
3. Arsan S.(2001) Ülkemizde Ana Sağlığı ve Aile Planlamasının Durumu, 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, Baran Ofset, Ankara, 116-126.
4. Baykan Z., Özkan S., Aksakal N., Aycan S. (2001) Gölbaşı İlçesine Bağlı Üç Köyde Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Nüfusun Bazı Sağlık Hizmetlerinde Tercih Ettikleri Sağlık Kurumları ve Bunu Etkileyen Faktörler, Sağlık ve Toplum, 11(4):27-33.
5. Bulut A. (1997) Aile Planlaması Hizmetlerinin Kalitesi, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, Damla Yayıncılık, İstanbul, 35-38.
6. Çınar F.Y. (1999) Hasta Eğitimlerinin Hasta Memnuniyetine Etkileri, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu, Ankara, 155-157.
7. Demir Ü., Saruhan A. (1998) Kürtaja Başvuran Kadınların Aile Planlamasının İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 11(1):11-25.

8. Dilbaz BÖ., Öztürk Y., Kayman M., ve ark. (2001) Aile Planlaması Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Araştırılması, I.Uluslararası & II.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Antalya, Abstract Kitabı, 53.
9. Dündar C., Süren C., Ordulu F., ve ark. (2002) Samsun İl Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler, 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır, 163-166.
10. Erdem M., Taşçı N. (2002) Verem savaş dispanserinden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, 6(1):5360.
11. Gün İ., Öztürk A., Öztürk Y. (2001) Sağlık Personelinde Aile Planlaması Kullanımı Sırasında Görülen Yan Etkiler ve Yöntem Bırakma Nedenleri, I.Uluslararası & II.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Antalya, Abstract Kitabı, 140.
12. Hatcher, Kowal, Guest ve ark. (1990) Kontraseptif Yöntemler, Uluslararası Basım, Çev.Edit.Prof.Dr.Ayşe Akın Dervişoğlu, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 1-51.
13. Mahmoudi MF., Şirin A. (2003) Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumu ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 194.
14. Oddens BJ. (1999) Women's Satisfaction with birth control: A population survey of Physical and Psychological effects of Oral Contraceptives, Intrauterine Devices, Condoms, Natural Family Planning and Sterilization Among 1466 Women, Contraception, 59:277-286.
15. Özvarış Ş.B. (1997) Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Aile Planlamasında Temel Bilgiler, Damla Yayıncılık, İstanbul,1-2.
16. Öztürk A., Yaramış N. (2003) Nevşehir İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Evli kadınların Aile Planlaması (AP) Yöntemi Kullanma ve Bu Yöntemleri Seçmelerinde Danışmanlık Hizmeti Alma Durumları, 3.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, Kongre Kitabı, 182.
17. Saydam B.K. (2005) Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerinden ve Progesteron İçeren Kontraseptif Kullanımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
18. Sezgin B., Argon G. (1999) Acil Servise Başvuran Hastaların Aldıkları Hizmetten Memnuniyetlerinin İncelenmesi, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu, Ankara, 9-15.
19. Şahin ŞÇ., Koç S. (2001) Aile Planlamasında Yöntem Seçimi, I.Uluslararası & II.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Antalya, Abstract Kitabı, 79.
20. Taşkın L. (2000) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, IV.Baskı, Sistem Ofset, Ankara.
21. Tezcan S., Altıntaş H., Yeşildal N. (1999) Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Hizmetlerden Memnuniyet Düzeyi. Hacettepe Tıp Dergisi, 30(3):267-285.
22. Türkay T., Ertopçu K., Benli Z., ve ark. (2001) İstanbul (2), İzmir, Diyarbakır ve Gaziantep İllerinde Aile Planlaması Kliniğine Başvuran Toplam 43342 Olgunun Toplam Doğurganlık Hedeflerinin Karşılaştırılması, I.Uluslararası & II.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Antalya, Abstract Kitabı, 167.
23. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması Sonuçları (TNSA). (2003) H.Ü.N.E.E., S.B., Macro Inc.
24. Yıldırım A., Maral I., Aycan S., Bumin MA. (1999) Gazi Hastanesi Servislerinden Hizmet Alanların Bazı Temel Özelliklerine Göre Hastaneden Memnuniyet Durumları, Gazi Kalite Günleri II, Ankara.
25. Yılmaz M. (2001) Sağlık Bakım Sisteminin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5(2):69-74.



**ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARINDA  
ÖFKE İFADESİ VE KİŞİLERARASI İLİŞKİ TARZI**

*ALCOHOL AND SUBSTANCE DEPENDENT PATIENTS'  
ANGER EXPRESSION AND INTERPERSONAL RELATIONSHIP TYPES*

**Esra ENGİN\***

**Kadriye GÜLTEKİN\*\***

**Hakan COŞKUNOL\*\***

**Nuran HOROZOĞLU\*\***

\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** alkol ve madde bağımlılığı, öfke, kişilerarası ilişki

**Key Words:** alcohol and substance dependence, anger, interpersonal relationship

**ÖZET**

**Amaç:** Bu araştırma, alkol ve madde bağımlılarında öfke duygusu ve kişilerarası ilişki tarzlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

**Yöntem:** Araştırma, E.Ü.T.F. Hastanesi Psikiyatri Kliniği Bağımlılık Servisi'nde yatan ve bağımlılık polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden alkol ve madde bağımlılığı tanısı alan hastalarda yapılmıştır (n=50). Araştırma verilerini toplamak amacıyla, üç tür soru formu kullanılmıştır. İlk form, "Tanıtıcı Bilgiler Soru Formu", ikinci form, "Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği" (SÖÖTÖ), üçüncü form, "Kişilerarası İlişkiler Ölçeği" dir. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdellik, t test, varyans analizi, korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 41.56±11.99, eğitim yılı ortalaması 10.18±3.22 dir. Hastaların sürekli öfke puan ortalamaları 24.34±7.17, öfke içte puan ortalamaları 19.26±4.37, öfke dışta puan ortalamaları 18.46± 4.80, öfke kontrol puan ortalamaları 20.96±4.78 olarak saptanırken, zehirleyici ilişki tarzı puan ortalamaları 11.76±6.74, besleyici ilişki tarzı puan ortalamaları 32.12±7.90 olarak saptanmıştır. Hastaların cinsiyetlerine göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta, öfke kontrol, zehirleyici ve besleyici ilişki tarzı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanırken, gelir getiren bir işi olmayanların sürekli öfkelerinin daha yüksek, gelir getiren bir işi olanların öfke kontrollerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Alkol ve madde bağımlısı olan hastalar için nüksleri önlemek amacıyla, öfke yönetimi ve kişilerarası ilişki becerileri kazandırmaya yönelik psikoeğitim grupları önerilmektedir.

## SUMMARY

**Objective:** This study was prepared as descriptive with the purpose of determining the evaluation of alcohol and drug dependency patients' anger emotion and interpersonal relationship form.

**Method:** This study was conducted in E.U.M.F. Hospital Psychiatry Clinic Dependency Department. Study patients were inpatients, out patient and accepted to involve in study (n=50). Data were collected by 3 questionnaire forms. The first one was, "Demographic and Personal Information Form", the second one was TAAES "Trait Anger, Anger Expression Scale, the third one was "Interpersonal Relationship Scale". Data were evaluated by percentages, t tests, variance analysis, correlation analysis.

**Results:** The results of this study showed that; Patients' age mean was  $41.56 \pm 11.99$ , education year mean was  $10.18 \pm 3.22$ . Patients' trait anger point mean was  $24.34 \pm 7.17$ , anger include point mean was  $19.26 \pm 4.37$ , anger exclude point mean was  $18.46 \pm 4.80$ , anger control point mean was  $20.96 \pm 4.78$ . poisonous relationship form point mean was  $11.76 \pm$ , nutritive/supporter relationship form point mean was  $32.12 \pm 7.90$ . While trait anger, anger include, anger exclude, anger control, poisonous and nutritive relationship forms point means were not found different statistically significant according to patients gender. The trait anger of the unemployed patients were found higher. The anger control of the ones who have jobs statistically significantly.

**Conclusion:** As a result, for alcohol and substance dependent patients, psycho- education groups which are oriented for anger management and interpersonal relationship skills by nurses may be use for relapse prevention.

## GİRİŞ

Alkol ve madde bağımlılığının gidişini belirleyen süreçler relaps ve remisyon dönemleridir. Alkol ve madde bağımlılığına ilişkin geliştirilen tedavi yöntemleri genellikle relapsları önleyerek, remisyon sürelerini olabildiğince uzun tutmayı amaçlamaktadır (Marlat 1996, Sjöberg ve Samsonowitz 1995).

Ancak alkol ve madde bağımlılığı problemi yaşayan bireylerde relapslara neden olabilen durumlardan birisi, bu bireylerin öfkeleri ile baş edememeleridir. Bağımlı birey için yönetilemeyen öfke, ayık kalmayı tehdit eden önemli bir faktördür (Daley 1996).

Öfke duygusu ayıklığı birkaç şekilde tehdit edebilir. İlki bireyin sahip olduğu sürekli öfke duygusudur. Bağımlılık problemi olan bireyler yaşamlarında karşılaştıkları güçlükler ve engellenmeler nedeniyle öfke yaşarlar, bu problemleri ile baş edemedikleri durumlarda alkol ve madde kullanırlar. İkincisi bağımlı bireylerin öfkelerini ifade etmekte yaşadıkları güçlükten kaynaklanmaktadır. Alkol ve madde kullanan bireyler genellikle öfkelerini ya içlerine atarak yada agresif bir tutumla dışa vururlar. Öfkeyi kontrol edememe ve girişken olamama nedeniyle

de kişilerarası ilişkilerinde bozulma yaşayarak yalnız kalabilirler. Kişilerarası ilişkilerde problem yaşama ve bu nedenle yalnızlık, suçluluk yaşama ayıklığı tehdit edebilecek diğer faktörler arasında yer almaktadır (Daley 1996, Björg ve ark. 2003)

Bağımlı hastalarda yapılan mizaç ve kişilik durumlarını saptamaya yönelik çalışmalarda; antisosyal, borderline, kaçınan, pasif agresif, obsesif kompulsif, paranoid, narsistik ve şizoid kişilik bozuklukları gibi kişilik bozukluklarının madde alkol bağımlılığıyla birlikte olduğu, yine bağımlı hastalarda anksiyete bozuklukları ve depresyonun yoğunlukla yaşandığı saptanmıştır (Sayın ve ark 2004, Evren ve ark. 2004). Alkol ve madde bağımlısı bireylerde bağımlılık problemi ile birlikte görülen pasif agresyon, borderline, antisosyal, paranoid kişilik bozuklukları öfke duygusu ile direkt ilişkili kişilik patolojileridir (Kassinove ve Sukhodolsky 1995).

Kişilerarası ilişkilerin belirleyicisi olan öfke duygusu ve tepkisi, alkol ve madde problemi olan bireylerin günlük hayatlarında sıklıkla sorun olmasına ve ruh sağlığı çalışanları tarafından gözlemlenmesine rağmen henüz bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır.

Bu nedenle bu çalışma alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış bireylerin relaps ve remisyonlarını etkileyebilecek olan öfke duygusu ve kişilerarası ilişki tarzlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmış bir çalışmadır.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

Bu çalışma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği Bağımlılık Servisi'nde gerekli yasal izinler alındıktan sonra, 31.12.2004-15.5.2005 tarihleri arasında Bağımlılık servisinde yatan, detoksifikasyon tedavisini bitirmiş hastalar ve bağımlılık polikliniğine başvuran hastalardan, çalışmaya katılmayı kabul eden, DSM-IV tanı ölçütlerine göre alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış hastalarla yapılmıştır (n=50).

### **Veri Toplama Araçları**

**1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veri Formu:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan, hastaların sosyodemografik özellikleri, genel sağlık algıları, fiziksel ve ruhsal hastalık durumları, madde/ alkol kullanımı öykülerine ilişkin bilgileri yansıtmayı amaçlayan 25 sorudan oluşan bir formdur.

**2. Sürekli Öfke - Öfke İfade Tarz Ölçeği:** Spielberger (1983) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlik güvenirliği Özer (1994) tarafından yapılan 34 maddeden, sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta, öfke kontrol

olmak üzere dört alt ölçekten oluşan bir ölçektir. Sürekli öfke bireyin genelde yaşadığı öfke durumunu ölçerken, öfke dışta, öfke içte ve öfke kontrol alt ölçekleri bireylerin öfkeyi ifade etme tarzlarını göstermektedir. Sürekli Öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu, Öfke Kontrol alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, Öfke Dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu ve Öfke İçte alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir

**3. Kişilerarası İlişkiler Ölçeği:** Şahin, Yasak ve Durak (1994) tarafından geliştirilen ve 31 madde, iki alt ölçekten oluşan bir ölçektir. Besleyici ilişki tarzına ait puanların yüksekliği (0-48) kişilerarası ilişkilerde olumlu bir tarzın göstergesi iken, zehirleyici ilişki tarzına ait (0-45) puanların yüksekliği kişilerarası ilişkilerde olumsuz bir tarzın göstergesidir. Besleyici ilişki tarzına ait 8 madde (1, 5, 17, 19, 21, 23, 25, 27) açık iletişim alt boyutuna, diğer 8 madde (3, 7, 9, 11, 13, 15, 29, 31) saygılı iletişim alt boyutuna aittir. Zehirleyici ilişki tarzına ait 5 madde (2, 4, 8, 26, 28) saygısız ilişki alt boyutuna, diğer 10 madde (6, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 30) küçümseyici ilişki alt boyutuna aittir.

**Verilerin değerlendirilmesi:** Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri “SPSS 10.0 for Windows” paket programı kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler ve sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için t test ve varyans analizi, sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemede pearson korelasyon testi uygulanmıştır.

### **BULGULAR ve TARTIŞMA**

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması  $41.56 \pm 11.99$ , eğitim yılı ortalaması  $10.18 \pm 3.22$  dir. Hastaların %90' ının erkek, %62' sinin evli olduğu, %22' sinin yalnız yaşadığı, %86' sının gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır. Hastaların genel sağlık algıları ortalamaları 1-10 likertli değerlendirmede  $5.10 \pm 2.52$  olduğu saptanmıştır. Bu puan hastaların orta düzeyde bir sağlık algıları olduğunu göstermektedir.

Alkol ve madde bağımlılığı tanısı yanı sıra, DSM- IV tanı ölçütlerine göre 17 hasta (%34) depresyon, 5 hasta (%10) anksiyete bozukluğu, 1 hasta (%2) kişilik bozukluğu, 1 hasta (%2) depresyon ve kişilik bozukluğu, 4 hasta (%8) depresyon ve panik bozukluğu, 1 hasta (%2) bipolar bozukluk, 1 hasta (%2) paranoid şizofreni, 20 hasta (%40) bağımlılık tanısı almıştır.

Hastaların alkol ve madde kullanma durumları incelendiğinde; son altı aydır 3 hasta (%6) alkol, 1 (%2) hasta uçucu madde, 28 (%56) hasta alkol ve sigara, 2 hasta (%4) uyuşturucu madde ve alkol, 12 hasta

(%24) alkol, sigara ve uyuşturucu maddeyi birlikte, 3 hasta (%6) ikiden fazla uyuşturucu maddeyi birlikte, 1 hasta (%2) uyuşturucu madde kullanmıştır. Hastaların en uzun ayık kaldıkları zaman ortalaması  $1.88 \pm 1.81$  yıldır. Araştırma kapsamındaki hastalar ortalama  $3.08 \pm 1.73$  yıldır alkolün ya da kullandıkları maddenin yaşamlarında sorun yarattığını ifade etmişlerdir. 5 hastanın (%10) daha önce ayaktan tedavi, 10 hastanın (%20) klinikte yatarak tedavi, 35 hastanın (%70) hem ayaktan hem de klinikte yatarak tedavi aldığı saptanmıştır.

Hastaların sürekli öfke puan ortalaması  $24.34 \pm 7.17$ , öfke içte puan ortalaması  $19.26 \pm 4.37$ , öfke dışta puan ortalaması  $18.46 \pm 4.80$ , öfke kontrol puan ortalaması  $20.96 \pm 4.78$  dir. Hastaların zehirleyici ilişki tarzı ölçeği puan ortalaması  $11.76 \pm 6.74$ , zehirleyici ilişki alt boyutu olan saygısız ilişki puan ortalaması  $5.10 \pm 3.07$ , küçümseyici ilişki alt boyutu puan ortalaması  $6.66 \pm 4.85$  dir. Besleyici ilişki tarzı ölçeği puan ortalaması  $32.12 \pm 7.90$  olarak saptanmıştır. Besleyici ilişki alt boyutu olan açık ilişki puan ortalaması  $16.04 \pm 4.44$ , saygılı ilişki puan ortalaması  $16.08 \pm 4.62$  dir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hastaların Sürekli Öfke-Öfke Tarz ve Kişilerarası İlişki Alt Ölçek Puan Ortalamaları. (n=50)

ÖLÇEKLER	$\bar{X}$	S.s.
Sürekli öfke	24.34	7.17
Öfke içte	19.26	4.37
Öfke dışta	18.46	4.80
Öfke kontrol	20.96	4.78
Zehirleyici ilişki tarzı	11.76	6.74
Saygısız ilişki alt boyutu	5.10	3.07
Küçümseyici ilişki alt boyutu	6.66	4.85
Besleyici ilişki tarzı	32.12	7.90
Açık ilişki alt boyutu	16.04	4.44
Saygılı ilişki alt boyutu	16.08	4.42

Araştırma bulgularına göre hastalarımızın yaşadığı sürekli öfke düzeyi puan aralığı ile değerlendirildiğinde orta düzeyden biraz yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür bağımlılık problemi olan bireylerin engellenme eşiğinin normal popülasyondan daha düşük olduğunu göstermektedir (Howell ve Day 2003, Deffenbacher 1992). Dolayısıyla, engellenme sonucu yaşanan sürekli öfkenin bu bireylerde yüksek olması beklenmektedir. Ülkemizde alkol ve madde bağımlılığında öfke ve kişilerarası ilişkileri belirlemeye yönelik bir çalışmaya rastlanmaması sonucu bulgular benzer popülasyonla karşılaştırılamamıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların öfke içte ve öfke dışta puan ortalamalarının da orta düzeyden yüksek olduğu görülmektedir. Ancak aynı ölçek kullanılarak sağlık çalışanlarında öfke düzeyi ve ifadesine ilişkin çalışmalarda, ki popülasyon sağlıklı olarak düşünüldüğünde, madde ve alkol bağımlısı hastaların sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta puan ortalamalarının bu gruptan daha yüksek olduğu, öfke kontrol puanlarının da daha düşük olduğu görülmektedir (Çam ve Baysal 1998, Engin ve Çam 2004, Durmuş ve ark. 2000). Bu sonuçlara göre madde ve alkol bağımlılığı olan bireylerin; öfke duygusunu daha yoğun yaşadıkları, öfke ifade tarzlarının girişken bir tarzdan uzak olduğu düşünülmektedir.

Hastaların zehirleyici ilişki tarzından aldıkları puan oldukça düşük bir değerdedir. Zehirleyici ilişki alt boyutları olan küçümseyici ve saygısız ilişki alt boyutları puan ortalamaları da puan aralığı göz önüne alındığında düşük bir değerde olduğu görülmektedir. Besleyici ilişki puan ortalaması, puan aralığı göz önüne alınarak değerlendirildiğinde yüksek bir değerdedir. Saygılı ilişki ve açık ilişki boyutları puan ortalamalarının da yine yüksek bir değerde olduğu görülmektedir.

Bireylerin toplumsallaşabilmesi, kişilerarası ilişki kurabilme becerisi ile paralellik göstermektedir. Alkol ve madde bağımlılığı sorunu yaşayan bireylerin gerek aile, gerek özel ve gerekse iş hayatlarında karşılaştıkları zorluklar iletişimlerini olumsuz yönde etkilemekte ve bu iletişim sorunları giderek artma eğilimi gösterebilmektedir (Frijda ve Mesquita 1994, Jakops ve ark. 1987). Ancak araştırma bulgularımız bu bilgilerden farklılık göstermektedir. Dolayısıyla hastalarla kurulacak terapötik ilişkide, hastaların besleyici ilişki düzeylerinin yüksek olması, tedavinin gidişini belirleyecek olumlu bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Hastaların bazı değişkenlere göre sürekli öfke- öfke ifade tarzı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 2' de, kişilerarası ilişki ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3' de özetlenmiştir.

Bu bulgulara göre hastaların cinsiyetlerinin yapılan independent sample t test sonucuna göre; sürekli öfke- öfke ifade tarzı puan ortalamaları ve kişilerarası ilişki puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak farklı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 2, Tablo 3).

Gelir getiren bir işte çalışan hastaların sürekli öfke puan ortalamaları dağılımının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanırken ( $p<0.05$ ), öfke ifade puan ortalamaları ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları dağılımları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (independent sample t test) (Tablo 2, Tablo 3).

**Tablo 2.** Hastaların Bazı Değişkenlere Göre Sürekli Öfke – Öfke Tarz Puan Ortalamalarının Dağılımı. (n=50)

DEĞİŞKENLER	Sürekli öfke		Öfke içte		Öfke dışta		Öfke kontrol	
	X	S.s	X	S.s	X	S.s	X	S.s
<b>Medeni durum</b>								
Evli	24.25	6.85	19.32	5.04	18.43	4.91	21.22	3.93
Bekar	25.85	9.45	18.42	3.59	20.14	6.46	19.00	7.09
Ayrı yaşıyor, dul, boşanmış	23.66	7.08	19.58	2.84	17.58	3.42	21.41	5.41
	F= 0.205	P= 0.816	F=0.157	P=0.855	F= 0.629	P= 0.543	F=0.681	p= 0.511
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	24.26	7.10	19.06	4.52	18.50	4.82	20.88	4.45
Kadın	25.00	8.57	21.00	2.23	18.20	5.21	21.60	7.82
	t=0.184	p=0.862	t=-1.603	p=0.146	t=0.123	p=0.907	t=-0.200	p=0.862
<b>Gelir getiren bir işi olma durumu</b>								
İş olmayan	29.28	5.49	20.28	2.36	21.71	6.07	16.42	6.16
İş olan	23.53	7.13	19.09	4.61	17.92	4.41	21.69	4.16
	t=2.451	<b>p=0.035</b>	t=1.049	p=0.311	t=1.581	p=0.157	t=-2.183	p=0.066
<b>Fiziksel bir hastalık olma durumu</b>								
Fiziksel hastalığı olan	24.04	7.59	19.65	3.99	18.31	5.00	21.69	4.94
Fiziksel hastalığı olmayan	24.59	6.92	18.92	4.72	18.59	4.72	20.33	4.64
	t=-0.265	p=0.792	t=0.589	p=0.559	t=-0.196	p=0.846	t=0.998	p=0.323
<b>Ruhsal bir hastalık olma durumu</b>								
Ruhsal hastalığı olan	27.43	5.94	20.33	4.50	20.06	4.73	19.83	4.48
Ruhsal hastalığı olmayan	19.70	6.39	17.65	3.71	15.94	3.80	22.65	4.83
	t=4.373	<b>p=0.000</b>	t=2.295	<b>p=0.026</b>	t=3.352	<b>p=0.002</b>	t=-2.077	<b>p=0.044</b>

Fiziksel bir hastalığı bulunmayan hastaların besleyici ilişki tarzı puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken sürekli öfke- öfke tarzı puan ortalamaları ve diğer kişilerarası ilişki alt ölçek puan ortalamaları dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (independent sample t test) (Tablo 2, Tablo 3).

Ruhsal bir hastalık durumu olan hastaların sürekli öfke ( $p<0.001$ ), öfke içte ( $p<0.05$ ), öfke dışta ( $p<0.01$ ) puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken, öfke kontrol puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşüktür ( $p<0.05$ ). Ruhsal bir hastalık durumuna göre kişilerarası ilişki puan ortalamaları dağılımında istatistiksel olarak

anlamli bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (independent sample t test) (Tablo 2, Tablo 3).

Hastaların medeni durumlarına göre hastaların sürekli öfke- öfke ifade tarzı ve kişilerarası ilişki puan ortalamaları dağılımlarında yapılan ANOVA testi ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 2, Tablo 3).

**Tablo 3.** Hastaların Bazı Değişkenlere Göre Kişilerarası İlişki Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı. (n=50)

DEĞİŞKENLER	Zehirleyici ilişki tarzı		Besleyici ilişki tarzı	
	$\bar{X}$	S.s	$\bar{X}$	S.s
<b><u>Medeni durum</u></b>				
Evli	11.67	5.87	33.16	7.90
Bekar	16.71	10.20	27.28	7.71
Ayrı yaşıyor, dul, boşanmış	9.08	5.29	32.25	7.55
	F=3.079	p=0.055	F=1.621	p=0.209
<b><u>Cinsiyet</u></b>				
Erkek	11.77	6.52	31.84	8.05
Kadın	11.60	9.42	34.60	6.46
	t=0.041	p=0.969	t=-0.880	p=0.416
<b><u>Gelir getiren bir işi olma durumu</u></b>				
Hayır	14.71	11.35	27.71	9.55
Evet	11.27	5.73	32.83	7.48
	t=1.258	p=0.215	t=- 1.353	p=0.217
<b><u>Fiziksel bir hastalık olma durumu</u></b>				
Evet	11.56	6.19	34.73	5.99
Hayır	11.92	7.29	29.88	8.71
	t=-0.189	p=0.851	t=2.318	p=0.025
<b><u>Ruhsal bir hastalık olma durumu</u></b>				
Evet	12.63	6.97	31.26	8.36
Hayır	10.45	6.32	33.40	7.16
	t=1.125	p=0.266	t=-0.934	p=0.355

Araştırma kapsamındaki hastaların sürekli öfke- öfke ifade tarzı ölçeği ve kişilerarası ilişki ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki kontrol edildiğinde; sürekli öfke (p<0.001) , öfke içte (p<0.05), öfke dışta (p<0.001) puan ortalamaları ile küçümseyici ve saygısız ilişki puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanırken, öfke içte puan ortalaması ile açık ilişki puan ortalaması arasında negatif bir korelasyon (p<0.05), öfke kontrol puan ortalaması ile açık (p<0.05) ve



saygılı ilişki ( $p < 0.001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif, küçümseyici ( $p < 0.001$ ) ilişki puan ortalamaları arasında negatif yönde bir korelasyon saptanmıştır (pearson correlation) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Hastaların Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği Puan Ortalamaları İle Kişilerarası İlişki Alt Ölçekleri Puan Ortalaması Arasındaki İlişki. (n=50)

Ölçekler	Sürekli öfke	Öfke içte	Öfke dışta	Öfke kontrol	Açık ilişki	Saygılı ilişki	Saygısız ilişki
Sürekli öfke							
Pearson correlation	1.000	0.633	0.755	-0.500	-0.191	-0.228	0.298
P		<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	0.185	0.112	0.036
Öfke içte							
Pearson correlation	0.633	1.000	0.390	-0.233	-0.314	-0.129	0.407
P	<b>0.000</b>		<b>0.006</b>	0.103	<b>0.026</b>	0.372	<b>0.003</b>
Öfke dışta							
Pearson correlation	0.755	0.390	1.000	-0.600	-0.064	-0.268	0.335
P	<b>0.000</b>	<b>0.006</b>		<b>0.000</b>	0.664	0.062	0.019
Öfke kontrol							
Pearson correlation	-0.500	-0.233	-0.600	1.000	0.327	0.427	-0.226
P	<b>0.000</b>	0.103	<b>0.000</b>		<b>0.020</b>	<b>0.002</b>	0.115
Açık ilişki							
Pearson correlation	-0.191	-0.314	-0.064	0.327	1.000	0.517	0.977
p	0.185	<b>0.026</b>	0.664	<b>0.020</b>		<b>0.000</b>	0.594
Saygılı ilişki							
Pearson correlation	-0.228	-0.129	-0.268	0.427	0.517	1.000	0.009
P	0.112	0.372	0.062	<b>0.002</b>	<b>0.000</b>		0.948
Saygısız ilişki							
Pearson correlation	0.298	0.407	0.335	-0.226	0.977	0.009	1.000
P	<b>0.036</b>	<b>0.003</b>	<b>0.019</b>	0.115	0.594	0.948	
Küçümseyici ilişki							
Pearson correlation	0.538	0.334	0.625	-0.449	-0.211	-0.540	0.413
P	<b>0.000</b>	<b>0.018</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	0.141	<b>0.000</b>	<b>0.003</b>

Öfke duygusunun kişilerarası ilişkilerin belirleyicisi olduğu yönünde bilgi araştırmamızdan elde ettiğimiz sürekli öfke-öfke tarz ölçeği ve kişilerarası ilişki ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçları ile paralellik göstermektedir (Baklaya ve Şahin 2003, Davey ve ark. 2005).

Sürekli öfke ve küçümseyici ilişki ile yaş arasında negatif bir korelasyon ( $p<0.05$ ), öfke kontrol ( $p<0.05$ ) ve saygılı ilişki ( $p<0.01$ ) ile yaş arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmektedir (Pearson correlation). Hastaların eğitim yılları ile her iki ölçeğin alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır (pearson correlation,  $p>0.05$ ). Bağımlı hastaların sağlık algısı ile sürekli öfke ( $p<0.01$ ), öfke içte ( $p<0.05$ ), öfke dışta ( $p<0.001$ ) ve küçümseyici ilişki ( $p<0.05$ ) arasında negatif bir korelasyon saptanırken, öfke kontrol ile sağlık algısı pozitif bir korelasyon göstermektedir ( $p<0.01$ ) (pearson correlation) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Hastaların Bazı Değişkenlerinin Puan Ortalamaları İle Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği Puan Ortalamaları ve Kişilerarası İlişki Alt Ölçekleri Puan Ortalaması Arasındaki İlişki. (n=50)

Ölçekler	Yaş	Eğitim	Sağlık algısı
Sürekli öfke			
Pearson correlation	-0.348	-0.163	-0.373
P	<b>0.013</b>	0.257	<b>0.008</b>
Öfke içte			
Pearson correlation	-0.038	0.015	-0.289
P	0.792	0.915	<b>0.042</b>
Öfke dışta			
Pearson correlation	-0.280	-0.077	-0.482
p	0.051	0.599	<b>0.000</b>
Öfke kontrol			
Pearson correlation	0.302	-0.015	0.374
p	<b>0.033</b>	0.915	<b>0.008</b>
Açık ilişki			
Pearson correlation	0.166	0.179	0.218
p	0.249	0.214	0.129
Saygılı ilişki			
Pearson correlation	0.390	0.249	0.162
p	<b>0.005</b>	0.081	0.262
Saygısız ilişki			
Pearson correlation	0.031	0.126	0.164
p	0.830	0.385	0.255
Küçümseyici ilişki			
Pearson correlation	-0.347	0.005	-0.283
p	<b>0.014</b>	0.971	<b>0.046</b>

Hastaların yaşları ile sürekli öfke ve küçümseyici ilişki puan ortalamaları arasında negatif bir korelasyon olması yaş arttıkça öfke düzeyinin düşmesi ve küçümseyici ilişkinin azalması şeklinde yorumlanabilir. Bağımlı bireylerin yaşlarının artmasıyla beklentilerinin de azaldığını düşündürmektedir. Yaşın artması ile iyi ilişkiler kurmanın ve öfkeyi kontrol etmenin başarılabilirdiği araştırma bulgularımızda görülmektedir.

Eğitim süresi ile öfke duygusu ve ifade tarzı, kişilerarası ilişki tarzı arasında ilişki olmamasına ilişkin araştırma bulgumuz, öfkeyi doğru ifade etme, başka bir anlatımla girişken olabilme ve kişilerarası ilişkileri düzenleyebilme becerisinin ailede ve erken yaşlarda öğrenilen davranışlar olduğu bilgisini destekler yöndedir.

Sağlık algısının bireyin kendini değerlendirmesinin, bir anlamda kendilik algısının bir boyutu olabileceği göz önüne alındığında, bağımlı hastaların kendi sağlıklarını kötü olarak değerlendirmeleri arttıkça, sürekli öfkeleri, öfkeyi içe yönlentmeleri ve öfkeyi dışa yönlentmeleri de artmaktadır. Bu bulgu bu hasta grubu için beklenen bir sonuçtur.

## SONUÇ

Araştırma bulgularına göre alkol ve madde bağımlısı hastaların sürekli öfke düzeyi orta düzeyden biraz yüksek, öfke içte ve öfke dışta puan ortalamalarının da orta düzeyden yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç bu hasta grubu için beklenen bir sonuçtur.

Hastaların zehirleyici ilişki tarzından aldıkları puan oldukça düşük bir değerdedir. Zehirleyici ilişki alt boyutları olan küçümseyici ve saygısız alt boyutları puan ortalamaları da düşük bir değerdedir. Besleyici ilişki puan ortalaması yüksek bir değerdedir. Saygılı ilişki ve açık ilişki boyutları puan ortalamalarının da yine yüksek bir değerdedir olduğu görülmektedir.

Gelir getiren bir işi olan hastaların sürekli öfke düzeyleri anlamlı düzeyde düşüktür. Ruhsal bir hastalığı olan hastaların sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, öfke kontrol puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir. Fiziksel bir hastalığı olmayan hastaların besleyici ilişki tarzı puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu da araştırma bulguları arasındadır.

Araştırma kapsamındaki hastaların sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta puan ortalamaları ile küçümseyici ve saygısız ilişki puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanırken, öfke içte puan ortalaması ile açık ilişki puan ortalaması arasında negatif bir korelasyon, öfke kontrol puan ortalaması ile açık ve saygılı ilişki puan ortala-

maları arasında pozitif, küçümseyici ilişki puan ortalamaları arasında negatif yönde bir korelasyon saptanmıştır.

Araştırmanın küçük bir hasta popülasyonunda sınırlı değişkenler incelenerek yapıldığı göz önüne de alındığında, benzer çalışmaların daha büyük popülasyonda, farklı değişkenlerle ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu kullanılarak yapılması önemli olduğu görülmektedir. Alkol ve madde bağımlısı hastalara uygulanacak tedavi prosedürlerinin belirlenmesinde ve bu hastalarla kurulacak terapötik ilişkilerde bu çalışma ve yapılacak benzer çalışmalar oldukça önem taşımaktadır. Öfke düzeyi yüksek, öfkeyi sağlıklı ifade edemeyen, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalar yaşayan hasta grubu için klinikte uzman bir hemşirenin yapacağı bilişsel davranışçı yaklaşım kapsamında öfke yönetimi psikoeğitim grupları ve kişilerarası ilişki yönelimli grup tedavileri önerilebilir.

### KAYNAKLAR

1. Balkaya F, Şahin N H (2003) Çok boyutlu öfke ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi. 14:3, 192- 202.
2. Bjork J M, Hommer D W, Grant S J, Danube C (2004) Impulsivity in abstinent alcohol- dependent patients: relation to control subjects and type 1-/type 2-like traits. Alcohol. 34: 2-3, 133- 150.
3. Çam O, Baysal A (1998) Ruh sağlığı alanında çalışan kişilerin öfke ifadeleri. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi. Bilimsel Çalışmalar (18- 20 Eylül 1996, Boğaziçi, İstanbul). Türk Psikologlar Derneği Yayınları. No: 15, Ankara, 463- 479.
4. Daley Dc (1986) Relapse Prevention Workbook. For Recovering Alcoholics And Drug Dependent Persons. USA.
5. Davey L, Day A, Howells K (2005) Anger, over- control and serious violent offending. Aggression And Violent Behavior. 10: 5, July- August, 624- 635.
6. Deffenbacher JI (1992) Trait anger: Theory and implications. Advances in Personality Assessment , 9: 177- 201.
7. Durmuş A, Öztürk H, Kurşun M (2000). Hemşirelerin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının belirlenmesi. Ege Üni. HYO Dergisi, Cilt 16, Sayı 2-3, 21- 28.
8. Engin E, Çam O (2004) Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Öfke Düzeyleri Ve İş Motivasyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Ege Üni. Sağlık Bil. Enst. Yayınlanmış Doktora Tezi, İzmir.
9. Evren C, Evren B, Saatçioğlu Ö, Çakmak D(2004). Erken ve geç başlangıçlı alkol bağımlılarında mizaç ve karakter boyutları. Türkiye’ de Psikiyatri. 6: 1, 19- 25.
10. Frijda NH, Mesquita B (1994) The social role and functions of emotions. Emotions And Culture, S. Kitayama HR. Markus (Eds), Washington, Dc, American Psychological Association, s. 51- 87.
11. Hargie O, Saunders C, Dickson D (1981). Social Skills in Interpersonal Communication, Second Edit., Croom Helm Ltd. London And Sydney, 209- 227.

12. Howells K, Day A. (2003). Readiness for anger management. *Clinical and Theoretical Issues. Clinical Psy. Reiew* 23, 319- 337.
13. Jakops E, Fischer AH, Manstead ASR (1987) emotional experience as a function of social context: The role of the other. *Journal Of Nonverbal Behavior*, 21. 103-130.
14. Kassinove H, Sukhodolsky DG (1995) Anger Disorders: Basic Science And Practice İssues. *Anger Disorders: Definition, Diagnosis And Treatment . Kassinove H (Ed.,) Washington, Taylor& Francis.*
15. Marlatt A (1996) Taxonomy of high risk situations for alcohol relapse: Evoluation And Development Of A Cognitive- Behavioral Model. *Addiction*; 91 (Supp.I): 37- 49.
16. Pedersen W C, Aviles Fe, Ito T A, Miller N, Pollock V E (2002). Psychological experimentation on alcohol- induced human aggression. *Aggression and Violent Behavior*.7, 293- 312.
17. Sayın A, Karshoğlu E, Arıkan Z, Aslan S (2004) Alkol Bağımlısı Bir Grup Hastada Kişilik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 5: 1, 13- 19.
18. Sjöberg L, Samsonowitz V (1985) Coping strategies and relapse in alcohol abuse. *Drug Alcohol Depend*; 38, 229- 235.
19. Şahin N, Durak A, Yasak Y (1994). Kişilerarası İlişkiler Ölçeği, Psikometrik Özellikleri. 8. Ulusal Psikoloji Kongresi, 21- 23 Eylül, İzmir.

## ALTERNATİF TERAPİLER VE PSİKİYATRİK HEMŞİRELİĞİ

### ALTERNATIVE THERAPIES AND PSYCHIATRIC NURSING

Ayça GÜRKAN\*

Ayşegül BİLGE\*\*

\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Bornova/İZMİR

\*\* Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Alternatif terapi, psikiyatri hemşireliği

**Key Words:** Alternative therapies, psychiatric nursing

---

### ÖZET

Alternatif terapi, modern tıbbın dışında bireylerin sağlığa kavuşturulmaları için uygulanan bir çok metodun tümüne verilen isimdir.

Amerikan Holistik (bütüncül) Hemşirelik rehberi için son uygulamalar ve standartlarda, hemşirelik uygulamaları içinde bu terapilerin kullanılması önerilmiştir. Holistik hemşirelik uygulamaları kapsamındaki alternatif terapiler içinde, kognitif tedavi, refleksoloji, beslenme, egzersiz ve hareket, mizah ve oyun, aktif pasif gevşeme, meditasyon, yoga, müzik terapi, aroma terapi ve yazı yazma (Journaling ) en sık kullanılanlardır.

Türkiye’de de hastalıkların tedavisinde alternatif terapilerin kullanımını ve bu konuda profesyonel bakım veren kuruluşların sayısı giderek artmaktadır. Bu makale, alternatif terapiler ve psikiyatri hemşireliği hakkında bilgileri içermektedir.

### SUMMARY

*Alternative therapy is called outside of modern medicine, different kind of methods helps the which helps to health for human being.*

*The current standards of practice for holistic nursing guidelines offer examples of the use of these therapies within nursing practice. The handbook for holistic nursing practice lists are includes cognitive therapy, self- reflection, nutrition, exercise and movement, humor and play, active and passive relaxation, meditation, yoga, music therapy, touch and healing journey.*

*In Turkey are increasing alternative therapies using to care and number of Professional companies about this kind of places. This article is including about informations alternative therapies and psychiatric nursing.*

## GİRİŞ

Alternatif terapi, modern tıbbın paralelinde bireylerin sağlığa kavuşturulmaları için uygulanan bir çok metodun tümüne birden verilen addır. Alternatif terapi ve tamamlayıcı terapi kavramları çoğu zaman birbirinin yerine kullanılmasına rağmen iki kavram aynı anlamı ifade etmemektedir. Alternatif terapi, modern tıbbın yerine kullanılan ve paralelinde olan bir tedavi şeklidir. Örneğin ağrısı olan hastaya analjezik yerine akupunkturun uygulanması gibi. Tamamlayıcı terapi ise ağrının kontrolünde ilaç tedavisiyle birlikte hayal kurma, müzik ve gevşeme teknikleri gibi bir takım tekniklerin uygulanmasıdır (Khorshid, Yapucu 2005).

Modern terapi ve alternatif terapi alanı ilk çağlardan itibaren insanlığa hizmet etmiştir. İlk çağlarda tanrıların armağanı olarak kabul edilen 'şifalar' din adamlarının görev alanına girmekteydi. Antik çağa gelindiğinde, Batı'da doğal şifa yöntemlerini öğreten okullar kurulmuş, tıbbın dahili ve cerrahi olmak üzere iki büyük kola ayrılması bu döneme rastlamıştır. Dahiliye uzmanları; tıbbi bilgilerle, yani teorilerle meşgul olurken, cerrahlar; işin pratik yönüyle, pansuman ve ameliyatla uğraşmışlardır. Pratisyenler; berber, ayakkabıcı, fırıncı gibi zanaatkârlar olarak iş görmüşlerdir. Sonraki dönemde okullarda teori ağırlık kazanmaya başlamış ve pratisyenler bilimselliğin dışına itilmiştir. Batı dünyasında bu gelişmeler olurken, Doğu ve Uzakdoğu'da tıbbın gelişimi daha farklı gerçekleşmiştir. Geleneksel yöntemler bir kenara itilmemiş, aksine geliştirilmiştir. Bu nedenle geleneksel yöntemler, bu bölgelerde ağırlıklı olarak kullanılmıştır (<http://www.maksimum.com/saglik/haber/54/392.php?page=5>).

Alternatif tedavi yöntemleri, yurtdışında giderek daha fazla önemsenmeye başlanmıştır. Doğal tedavi yöntemleri, bir çoğunun kaynağı olan Uzakdoğu ve Hindistan'da yaklaşık 1000 yıldır uygulanmaktadır ancak batı dünyasında, Amerika, Almanya, Fransa ve Rusya gibi ülkelerde de giderek büyüyen bir ilgi görmeye başlamıştır. Örneğin tıp alanında en bilinçli ülke sayılan Almanya'da insanların üçte ikisi alternatif terapi tekniklerine başvurmaktadır. Ayrıca batılı sınıfa girmeyen, dünyanın büyük bir kısmı (Çin, Japonya, Hindistan, Nepal, Bangladeş) özellikle geleneksel Çin ve Hint tıbbını uygulamaktadır (<http://www.maksimum.com/saglik/haber/54/392.php?page=5>).

Son zamanlarda A.B.D.'de 10 alternatif ve tamamlayıcı tedavi araştırma merkezi kurulmuş, bunlardan yedisi tıp fakültesi tarafından, ikisi özel, biri ise Virginia Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda varlık göstermeye başlamıştır (Reed, Pettigrew, King 2000).

Gerçekte alternatif terapi teknikleri; Uzakdoğu'da öğrenim görüp gelmiş ya da Avrupa'nın bir ülkesinde bir kaç haftalık kurslara katılmış

hekim, psikolog, hemşire ve diğer meslek üyelerinden oluşan kişilerin, sıcak su içine atıp ısıttıkları taşlar ve egzotik kokular eşliğinde masajla tedavi etme şekilleri; ülkemizde, köylerde yaşlıların sobanın üzerinden eksik etmedikleri taş tuğlaları, sızlayan bacaklarına, yada sırtlarına tutmalarının modernleşmiş şeklidir (<http://www.ipekcaldemir.com/aksiyon.htm>).

Bu bilgiler ışığında önemli olan asıl nokta; alternatif terapileri modern tıpla bütünleştirerek, bireylerin yararına sunmaktır. Çünkü hedef; bireyin kısa zamanda sağlığına kavuşturulmasıdır ([www.sonsuzlukotesi.com/html/](http://www.sonsuzlukotesi.com/html/)).

### **Alternatif Terapi Türleri**

Alternatif terapiler her ülkede, her grupta farklı türlerde ve şekillerde uygulansa da, son zamanlarda değişik tiplerde uğraşı alanı olduğu bildirilmiştir (Yavuz 2001). Alternatif terapi teknikleri uygulama alanları açısından, dört ana başlıkta toplanmaktadır. Bunlar; (Beck, Rawlins, Williams 1984)

**Bedene odaklı terapiler:** Bireyin fiziksel yapısına odaklanır.

**Düşünce odaklı terapiler:** Bireyin bilişsel ve emosyonel yapısına odaklanır.

**Ruhsal farkındalık odaklı terapiler:** Bireyin yaşamını yeniden anlamlandırmasına odaklanır.

**Holistik yaklaşımlı terapiler:** Bireyi bedensel, emosyonel, bilişsel, sosyal ve spirüel olarak değerlendiren yaklaşımdır.

### **Alternatif Terapi Tekniklerine Günümüzden Bazı Örnekler**

Alternatif terapilerin hemşireler tarafından kullanım sıklığı ile ilgili yapılan bir çalışmada hemşirelerin %68'inin masajı, %59'unun aromaterapiyi, %18'inin refleksolojiyi ve %13'ünün ise terapötik dokunmayı kullandıkları belirlenmiştir (Khorshid, Yapucu 2005). Bu bölümde hemşirelerin hizmet alanlarında sıklıkla kullandıkları terapi teknikleri açıklanmaktadır.

### **Renk Terapisi**

Bu terapi tekniği; renk gözlüğü kullanılıp, kişinin problemine göre değişik renkte takılarak 'renk filtreleri' ile yapılan bir yöntemdir. Özellikle aşırı stres, uykusuzluk, gerginlik ve çeşitli beden ağrıları gibi sorunlarda 10 gün üst üste uygulanır. Renk terapisinde kullanılan renklerin bireye etkilerinin farklı olduğu belirtilmektedir (<http://www.ipekcaldemir.com/index.htm>).



**Kırmızı:** Sahip olduğu yoğun enerji sebebiyle bireyin bedenine enerji ve canlılık veren bir ışıdır. İntikam, kin, öfke, aşk ve seks duygularını da harekete geçirebilir. Turkuazı da beraberinde kullanmak zararı azaltır.

**Turuncu:** Neşenin ve bilgeliğin rengidir. İnsanlardaki sosyalleşme duyguları, turuncu yardımıyla faaliyete geçer. Tamamlayıcı rengi olan maviyle kullanımı önerilmektedir.

**Sarı:** Bu rengin enerjisi, kişinin zihinsel faaliyetlerini her yönüyle harekete geçirir.

**Yeşil:** Doğanın, dengenin, barış ve uyumun rengidir. Yeşil renk sakinleştirici bir özellik taşıdığı için, enerjiyi dengeler ve şefkat duygularını artırır. Unutulmaması gereken bir nokta ise, yeşilin kanser ve tümör gibi hastalıkları iyileştirmek amacıyla asla kullanılmaması gerektir.

**Mavi:** Sezgilerin güçlendirilmesi ve üzüntü duygusunun giderilmesi için çok uygun bir renktir. Tamamlayıcı rengi kırmızı veya turuncudur.

**Lacivert:** Ruhsal ve bedensel rahatsızlıkların giderilmesinde önemli bir renktir.

**Mor:** Vücudun iskelet yapısını etkiler. Kanser türlerinin tedavisinde kullanılabilir.

### **Aroma Terapi**

Aromalı kokan bitkilerin kullanımı çok eskilere dayanır. Kurutulmuş çiçek, odun, reçine, meyve veya kabukların yakılarak tütsülenmesi ile hastalar tedavide, temizlikte veya bazı ilkel kabilelerde batıl inançların tapınmalarında kullanılmıştır (<http://www.ipekcaldemir.com/index.htm> )

Çiçekler ezildikten sonra sabun, kozmetik madde yapımında ve tedavi maksadıyla kullanılmaktadır. Bitkilerin çiçek, kök, gövde, reçine veya kabuklarından özel metotlarla damıtılarak esanslar elde edilmektedir. Aroma terapinin uygulanma şekilleri (<http://www.ipekcaldemir.com/index.htm>):

- ❖ Masaj yoluyla,
- ❖ Kompres yoluyla,
- ❖ Teneffüs/Buğu yoluyla,
- ❖ Banyo yoluyla,
- ❖ Mekanın kokulandırılmasıyla.

### **Refleksoloji**

Ayaklarda bedenin tüm bölge, organ ve sistemlerine karşılık gelen refleks noktaları olduğu ve bu noktaların beden anatomisinin aynası olduğu prensibine dayanan bir sanattır. Özel el ve parmak teknikleriyle bu refleks noktalarına uygulanan baskı, stresin azaltılmasını sağlayarak bedende fizyolojik değişikliklere yol açar.

Amerika'da yapılan bilimsel bir araştırmaya göre refleksolojinin, Premenstrual Sendromu (PMS) % 45 oranında azalttığı kanıtlanmıştır. Ayrıca araştırmalar refleksolojinin hiçbir yan etkisinin olmadığını ve 20 dk.'lık bir refleksoloji terapisiyle, vücut sirkülasyonunun % 10-15 oranında harekete geçirdiğini tespit etmişlerdir (<http://www.ipekcaldemir.com/index.htm>).

### **Gassho**

Sözlük anlamıyla Gassho, iki elin bir araya gelmesi demektir. Sabahları kalkınca ya da akşam yatmadan önce 20-30 dakika süre ile yapılması önerilmektedir. Gassho yalnız ya da grupla da gerçekleştirilebilir. Bireyin en az üç ay süreyle her gün yapması önerilmektedir (<http://www.reikilight.net/reikiweb.asp?ContentID=565>).

Gassho tekniğinin adımları (<http://www.reikilight.net/reikiweb.asp?ContentID=565>):

- ❖ Eller göğsün önünde birleşmiş, gözler kapalı bir halde oturulur. Dikkat orta parmakların birleşmiş olduğu yere verilir.
- ❖ Gerilime girmeden gevşenir. Sonra yine orta parmakların birleştiği yere odaklanılır.
- ❖ Eğer elleri göğüsde birleşmiş halde 20 dakika süreyle tutmak sıkıntı yaratıyorsa, rahat bir şekilde dizlerin üzerine konur, tekniğe bu şekilde devam edilir.
- ❖ Omurganın yada ellerin çok sıcak olduğu hissedildiği an enerji oluşmuş demektir.

**Alternatif terapi tekniklerinde bireye önerilen ortak noktalar şunlardır; (Beck ,Rawlins, Williams 1984).**

- ❖ Beden kaslarını gevşetmek,
- ❖ Solunum egzersizleri yapmak, 16'ya kadar sayarak soluk vermek,
- ❖ Bedensel ve zihinsel özgürlük sağlamak,
- ❖ Bitkisel çayları tüketmek ( Papatya, lavanta çayı gibi,...)
- ❖ Yaşama ısınma egzersizleri ile başlamak,

- ❖ Müzik aletleri kullanmak veya dinlemek,
- ❖ Yaşamda olumlu düşünceyi arttırmak,
- ❖ Kafein ve nikotin tüketmemek,
- ❖ Günlük tutmak ve bunu dönem dönem okumak,
- ❖ Sosyal etkileşimde bulunmak,
- ❖ Farkındalığı arttırmak,
- ❖ Yaşamda şimdi ve buradalığı kullanmak,
- ❖ Açık ve güvenilir bir iletişim kurmak,
- ❖ Sorumluluk almak,
- ❖ Postürü dik tutmak,
- ❖ Meyve, sebze ve rafine edilmemiş pirinç tüketmek,
- ❖ Konsantre olmak,
- ❖ Rahat oturmak,
- ❖ Kendi kendini gözlemlemek,
- ❖ İletişim esnasında karşıdakinin gözlerine bakmayı ve gülmeyi unutmamak,
- ❖ Yaşam alanlarının, renk, koku uyumlarını sağlamak (Sarı bilişsel açıdan iyi bir renk, lavanta ise iyi bir kokudur.)
- ❖ Masaj yaptırmaktır.

### **Alternatif Terapiler ve Psikiyatri Hemşireliği**

Alternatif terapi; birey ya da gruplara daha çok stres ile baş etmeleri için uygulanan ve uygulayıcıların özel eğitimden geçerek uygulaması gereken tedavi tekniğidir. Türkiye’de alaydan yetişmiş terapistlerin fazla olması hemşirelik mesleğinin de içinde olduğu bir çok meslek grubunun bu alana ilgisini arttırmıştır. Pek çok sağlık birimi, bu bireylerin dışlanmaması, ancak bilinçli bir eğitimden geçirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır.

Günümüzde, hemşirelik bölümüne alternatif terapileri eğitim müfredatında daha yaygın olarak veren yüksekokul, Virginia Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokuludur. Virginia Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndaki alternatif ve tamamlayıcı terapi (ATT) çalışma merkezi olan ATT’nin uygulamalı araştırmaları, ulusal sağlık fonundan desteklenen 11 merkezden birisidir. Amerika’da 1993 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsü Alternatif Tıp Ofisi tarafından araştırma için iki milyon dolar bütçe ayrılırken 1998’de bu elli milyon dolara yükseltilmiştir. Bunun nedenlerinden biri A.B.D.’de yetişkinlerin %40’ının alternatif terapilerin en az bir çeşidini kullanmalarıdır (Colbath, Prawlucky 2001).

Amerika'daki hemşirelik hizmetlerinin alternatif terapiler konusunda bu kadar duyarlı olmasının iki ana nedeni vardır. Birincisi yaşlı bir nüfusa sahip olması, ikincisi ise hemşirelik hizmetleri ile ilgili yapılmış olan literatür çalışmaları. Örneğin; A.B.D.'de yapılan bir çalışmada 2740 hemşirenin alternatif terapiler hakkında bilgileri ve algıları incelenmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre; hemşirelerin %49.5'i bir veya daha fazla alternatif terapi tekniğini hastalarına uyguladığı, %82'sinin ise alternatif terapileri kişisel olarak kendi yaşamlarında kullandığı belirlenmiştir (Reed, Pettigrew, King 2000).

Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi, ABD'deki hastaların holistik (bütüncül) ve diğer alternatif tedavilere daha çok yönelmelerinden dolayı, alternatif tıp enstitüsü kurmuştur (Minidev 2001). Burada, holistik uygulama standardı ve bu terapilerin hemşirelik bakımında kullanılan örnekleri verilmiştir. Holistik hemşirelik programında bu terapi tekniğine giren tüm türler bulunmaktadır. Programda tamamlayıcı ve alternatif terapilerin ayırımının yapılması ve bu doğrultuda programa alınması önerilmiştir. Amerika'da hemşirelik uygulamalarında, alternatif terapiler kapsamına giren; reiki, iyileştirici dokunma, refleksoloji, beslenme, müzik terapi, yazı yazma, aktif pasif gevşeme, masaj, aroma terapi, bitki ilaçları uygulamalar daha çok kullanılmaktadır (Gaydos 2001).

Psikiyatri hemşireleri, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından belirlenmiş bakım standartlarına göre görev yapan meslek grubudur. Bu standartlarda sağlık eğitiminden psikoterapilere kadar uzanan bir dizi görev tanımlanmıştır.

Türkiye'deki psikiyatri hemşireliği hizmetleri alternatif terapileri fazla içermemesine rağmen; mesleğin ilk yıllarından itibaren psikiyatri hemşireliği alanının hasta, hasta yakını hatta ekibe yönelik grup hizmetini kapsadığı bilinmektedir. Bu doğrultuda yapılan grup çalışmalarında hemşireliği kapsayan bazı etmenler saptanmıştır. Bunlar: hemşirelerin eğitim kapsamı, psikiyatrik kurumun tedavi felsefesi, diğer ekip üyelerinin bu konuya yakınlık durumu ve hemşirenin böyle bir görevde bulunma isteğidir (Hofling 1981).

Ülkemizde psikiyatri hemşireliğinin alternatif terapileri hizmet alanlarında uygulamalarına yönelik yapılan araştırma sonuçlarının azlığı ve ulaşılabilirliğinin olmayışı bu alanla ilgili araştırmalara gereksinim duyurmaktadır. Bazı standartlarla hizmetini sürdüren psikiyatri hemşireliğinin alternatif terapi alanına giren tekniklerin ortak özelliklerini içeren bilgi birikimine sahip olarak (gevşeme, postür esnekliği, doğru solumun, renkler, bitkiler vb...) tedavi ortamını sağlama, araştırma verileri doğrultusunda düzenlemeler yapma ve bu alanla ilgili sertifikalı eğitim programlarına katılıp, diğer alanlardaki meslektaşlarını da eğiterek hasta ve hasta yakınlarına uygulaması önerilmektedir.

## SONUÇ

Alternatif terapiler gerçekte bireyi bütün olarak ele alan, bireyin bütünlüğüne zarar vermeyen ve bireyin kendi başına da uygulayabileceği tekniklerdir. Alternatif terapi teknikleri konusunda belli bir bilgi birikimine sahip olan sağlık personelinin alternatif terapiyi kullanmak isteyen bireylere, bu teknikleri doğru kullanımlarını öğreterek bireyi bilinçlendirmeleri, önerilmektedir. Böylece birey kendi başına kaldığında stresi ile daha kolay baş edebilecektir. Gürelman (2004) tarafından aktarıldığı üzere, Thomas A. Edison'un belirttiği gibi” Geleceğin doktoru, hiç ilaç vermeyecek fakat hastasının; kendi vücuduna bakımı, beslenmesi, hastalığın nedeni ve tedbirleri ile ilgilenmesini sağlayacaktır”.

## KAYNAKLAR

1. Beck CM, Rawlins RP, Williams S. R. (1984). Mental Health Psychiatric Nursing, Holistic Life –Cycle Approach. The C. Y. Mosby Company: 979-1001.
2. Colbath J D, Prawlucki, PM (2001). Holistic Nursing Care. The Nursing Clinics of North America, March 16(1).
3. Gaydos, HLB (2001). Complementary and Alternative Therapeutic Therapies in Nursing Education: Trends and Issues. Online Journal of Issues in Nursing, vol.6, No.12, Man.5.
4. Gürelman A (2004). Kişisel gelişim ve spirüel yaşam kitapları Yoga.Lamure yayın grubu İstanbul.
5. Hofling C (1981). Hemşirelikte ana psikiyatrik kavramlar. çev: Aysel Kumral, Vehbi Koç Vakfı, İstanbul:453.
6. Khorshid L, Yapucu Ü (2005). Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirelerin Rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, c:8.s:2:124-130.
7. Minidev (2001). <http://www.minidev.com/atip>.
8. Reed FC, Pettigrew AC, King MO (2000). Alternative and Complementary Therapies in Nursing Curricula. Journal of Nursing Education, March, 39.3.133-137 The New York College the School of Wholistic Nursing, <http://www.wholenurse.com/>
9. Yavuz M (2001). Hemşirelik Eğitiminde Alternatif Terapiler. 1. Uluslararası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, 19-22 Eylül, Kapadokya.
10. ....<http://www.sonsuzlukotesi.com/html/modules.php%3Fname%3DNews%26file%3Darticle%26sid%3D241+alternatif+terapiler&hl=tr&ie=UTF-8&inlang=tr> 21.05 2004.
11. ....<http://www.maksimum.com/saglik/haber/54/392.php?page=5> Erişim tarihi: 08.04.2004.
12. ....<http://www.ipekcaldemir.com/index.htm> 20 5 2004.
13. ....<http://www.rekilight.net/reikiweb.asp?ContentID=565> 2003.

## HEMŞİRELİK VE SPRİTÜEL BAKIM

### NURSING AND SPIRITUEL CARE

Leyla KHORSHID\* Gülşah GÜROL ARSLAN\*\*

\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları AD, Bornova/İZMİR

\*\* Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, MANİSA

**Anahtar Sözcükler:** spritüel gereksinimler, hemşirelik, hasta bakımı

**Key Words:** spiritual needs, nursing, patient care,

---

### ÖZET

Hastalıklar çoğu kez emosyonel, mental ve fiziksel semptomlara ek olarak spritüel gereksinimleri de tetikler. Bireylerin hastalıklarının şiddeti arttıkça ve hastalık süresi uzadıkça spritüel boyut da şiddetlenmektedir.

Spritüel gereksinimlerin belirtilmesi, holistik hemşirelik bakımının temel bir komponenti olarak kabul edilmektedir. İncelenen çağdaş hemşirelik literatüründe son on yılda vücut ve spritüalite arasındaki bütünlüğün holistik bağlantıda güçlü bir canlanma olduğunu göstermiştir. Hemşireliğin temel prensiplerinden birisi de spritüel gereksinimlerin belirtilmesini içeren, hastaya kapsamlı bir bakım sağlamayı geliştirmektir. Hemşirelerin bakımlarında spritüel bakım kavramını ihmal ettiğini gösteren birçok kanıt bulunmaktadır.

Bu makale, spritüel kavramların tanımlanması, hastaların spritüel gereksinimlerinin belirlenmesi, hemşirelerin hasta bireylerin spritüel gereksinimlerini nasıl tanımladıkları ve karşıladıkları hakkında bilgi içermektedir.

### SUMMARY

*Illness often triggers spiritual needs in addition to emotional, mental and physical symptoms. The spiritual dimension intensifies when patients suffer from severe and protracted illness.*

*Addressing spiritual needs is acknowledged as an essential component of holistic nursing care. A review of the contemporary nursing literature shows a strong resurgence in the holistic link between body and spirit in recent decades. One of the key principles of nursing is the provision of comprehensive care for patients, which includes addressing spiritual needs. There is more evidence that many nurses have difficulty with concepts of spiritual care and may consequently neglect this aspect of care.*

*This article comprised of knowledge related to definition of spiritual concepts, determining of patient's spritüel needs and how nurses identify and meet the spritüel needs of patients and met this needs.*

## GİRİŞ

İnsan biyolojik, psikolojik, spiritüel, sosyal ve kültürel boyutlarıyla bir bütündür. Gelişimi etkileyen kalıtım, zaman ve çevre faktörlerine göre insanın bireysel gelişiminde farklılıklar ortaya çıkabilir. Bu özellikler doğrultusunda her birey, kendine özgü, tek ve biricik olarak farklılaşır (Öz 2004, Özcan 1996).

Biyopsikososyal bir varlık olan insanın, biyolojik gereksinimleri ile psikososyal gereksinimleri arasında sürekli bir etkileşim vardır. Fiziksel alanda oluşan bir sorun, sosyal ve psikolojik alanı da etkileyebilmektedir. Ayrıca, duygusal-ruhsal alandaki etkilenmeler, bedende bazı patolojik değişimler yaratabilmektedir. Bu nedenle insan değerlendirilirken; biyolojik, sosyal, psikolojik, kültürel ve spiritüel boyutları ile bir bütün olarak ele alınmaktadır (Ormsby 2003, Öz 2004).

İnsanın varoluşunda tartışılmaz yere sahip kültürel özelliklerin, insana doğrudan hizmet sunan bir meslek olan hemşirelik için önemi yadsınamaz. Mesleğin amacı insanlara anlamlı, uygun, kültürel değerlere ve yaşam tarzına saygılı ve insana yakışır bir hizmet sağlamaktır. Bu da, kültürel olarak insanı tanımayı, değer vermeyi ve uygulamaları bu doğrultularda gerçekleştirmeyi getirir.

Hastalar bakım kurumlarından kaliteli bakım alsalar da bazen bu bakımdan yeterince memnun kalmayabilmektedirler. Bunun nedeni, kültürel gereksinimlerin karşılanmaması olabilir. Yaşanan bu kültürel körlük ise, öncelikli olarak hemşirenin hastasının farklı özelliklerini bilmemesi, kavrayamaması, önemsememesi ve yok sayması ile ilgili olabilir (Öz 2004, Özcan 1996).

Her etnik ya da kültürel grubun inançları vardır ve o kültüre üye insanlar, bu inançların doğru olduğunu düşünürler. Sağlık ve hastalık kavramına ilişkin inançlar kişinin içinde bulunduğu kültür doğrultusunda şekillenir. Gelenek ve ritüeller özellikle iyilik, ölüm gibi dini ve spiritüel hizmetler ile ilgilidir. Hemşire de bunların farkında olmalıdır (Öz 2004).

Bugüne kadar sağlık bakımında biomedikal görüş hakim olmuştur. Günümüzde ise bütün bilim dalları insana “holistik” yaklaşımı savunmaktadırlar. Yani insanı bir bütün olarak ele almaktan yanadırlar. Holistik bakım bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerine yanıt olarak yorumlanmaktadır (Ormsby 2003).

Humanistik perspektifin temelinde, bireye ve onun yaşamında dini ya da felsefi hayat görüşlerine saygı vardır. Bu, bakım verenlerin hastalara spiritüel ve varoluş gereksinimlerini dikkate alarak saygılı bireyselleştirilmiş bakım sunmaları anlamına gelir. Holistik hemşirelik

bakımı, hastaların ve aile üyelerinin spiritüel gereksinimlerine dikkat etmeyi de içermektedir. Sağlık bakım ekibi bu gereksinimleri kavrayabilecek, cevap verebilecek, gereksinimleri ortaya çıkarabilecek yeterlikte olmalıdır (Harrington 1998, Ormsby 2003, Strang et al. 2002, Taylor 2003).

### **Spiritüalite**

Spiritüalite Latince “spiritus”tan gelmektedir, “nefes almak, canlı olmak” anlamındadır. Daha geniş tanımıyla hayatı hissetmektir. Spiritüel kelimesinin geniş anlamı, spiritüel gereksinimleri ve bir dinde veya inançta herhangi bir uygulamanın açık olmayan konularını düşünmeyi kapsar. “Spiritüel” ve “din” sık sık birbirinin yerine geçebilir anlamlar olarak kullanılmakta, buna rağmen spiritüalite her zaman aşırı dindarlık ile eş anlamlı olmamaktadır (Strang et al. 2002).

Literatürde tanımlanan spiritüalite ya da spiritüel yaşam tanımları **Tablo 1**'de sıralanmıştır.

**Tablo 1.** Spiritüalite Tanımları.

Gizli yolculuk (Mische 1982)
Bireyin yaşam prensibi ya da temeli (Clark ve ark. 1991)
Radikal doğruların (Legere 1984) ve en son değerlerin açıklanması (Cowley 1997)
Yaşama verilen anlam ve amaç (Legere 1984, Clark ve ark. 1991, Fitchett 1995, Sherwood 2000)
Koşulsuz sevgiyle bağlanma (Ellison 1983, Clark ve ark. 1991, Ross 1997)
Kendi içinde bağlılık (Reed 1992) ve başkalarına bağlılık (Sherwood 2000)
Sır, büyük güç, Tanrı ya da evren ile bağlantı hissi ya da yaşam ilişkisi (Reed 1992)
Bireyin dünya ile ilişkili inançları (Soeken ve Carson 1987)

**Narayananasamy A.** (2002) Spiritual Coping Mechanisms in Chronically Ill Patients. *British Journal of Nursing* 11(22):1462.

**Din;** “Din” kelimesi Latince “religio” dan gelmektedir. Tanrı ya da Allah’a bağlanmayı, canlı olmanın anlamını içermektedir. Buna ek olarak din aynı inançları, gelenekleri, ibadetleri, yasaları ve dini ritüelleri paylaşan bireyleri bir araya getiren sosyal müessese olarak da düşünülebilir (Strang et al. 2002).

Din, spiritüalitenin bir boyutu olarak tanımlanmıştır. Geleneksel dine eğilimi olmamasına rağmen bir bireyin spiritüel boyutu gereksinimlerinin önemli bir parçası olabilir. Spiritüalite dini geleneklere bağlı olmayı gerektirmemektedir. Bu ifade bireyin hayatına anlam ve amaç getirmekte ve bireyin yaşamını ifade eden geniş anlamlara da gelmektedir.



dir. Spritüalite, dinden başka kaygı duyma, umut ve ait olma hislerini de içermektedir (Narayanasamy 2002, Ormsby 2003, Strang et al. 2002).

Spritüel bakımın hastanın dini uygulamaları, kişisel inançları ve değerlerini destekleyen tüm hemşirelik bakımlarını içerdiği belirtilmektedir. Bu nedenle din, spritüalite kavramının temel parçasını oluşturmaktadır (Strang et al. 2002).

### **Spritüel Gereksinimler:**

Spritüel gereksinimlerin tanımı holistik hemşirelik bakımının temel komponentleri olarak kabul edilmektedir. Literatürde, holistik bakım beden, akıl ve ruh bakımı olarak tanımlanır (Narayanasamy 2002).

Spritüalitenin önemi spritüel bakım uygulayanlar ve yasa koyucular tarafından daha sık olarak vurgulanmaktadır (Scottish Executive Health Department (SEHD) 2002). Ancak hemşirelerin hasta bakımı sırasında bu kavramı ihmal ettiklerini gösteren kanıtlar bulunmaktadır (Greenstreet 1999, Milligan 2004).

Birçok hemşire akademisyen, hasta bireylerin gözlenmesi ile elde edilecek spritüel gereksinimlerin kategorilendirilmesini önermektedir. Hemşireler tarafından tanımlanan bu kategorilerin, kolaylıkla karşılaştırılabilmesi amacıyla **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Bazı hemşireler spritüel gereksinim çeşitlerini literatür incelemelerinden, bazıları ise niteliksel araştırmalardan kategorilendirip tanımlamıştır (Taylor 2003).

Araştırmalarda çağdaş bir teorik bakış açısı ile spritüel gereksinimler güven, umut, sevgi, doğruluk, hayatın anlam ve amacı, ilişkiler, bağışlayıcılık, yaratıcılık ve tecrübeye ulaşılmasını sağlayabilme olarak tanımlanmıştır (Narayanasamy 2002).

Bazı araştırmacıların tanımladığı gibi spritüel gereksinimler olarak ritüeller, dua etme ve ibadetler gibi geleneksel dini uygulamalarla karşılanmaktadır. Bu ritüeller yaşama her gün yeni anlam katmayı, bireylerin ağrı, hastalık, felaket gibi sıkıntılı durumlarına yardımcı olmayı sağlamaktadır (Strang et al. 2002).

Milligan (2004) ve Narayanasamy (2001-2002) spritüel gereksinimlerin, özellikle yaşamı tehdit eden, akut, ağır hastalıklar ve ölüme yaklaştığı durumlarda evrensel bir kavram olduğunu ileri sürmektedirler. Hastalıklar spritüel çatışmalara neden olmakta ve hasta gittikçe daha çok umut, iç güven gücü, başkalarını sevme, uyumlu ilişkilere ve diğer spritüel kaynaklara ihtiyaç duymaktadır (Milligan 2004, Narayanasamy 2001, Narayanasamy 2002).

**Tablo 2.** Hemşirelik Literatüründeki Spritüel Gereksinimlerin Kategorileri.

<b>Hemşire Yazar / Bilgi Kaynağı</b>	<b>Kategoriler</b>
Highfield (1983)/Howard Clinebell tarafından tanımlanan özetlenmiş kategoriler	Sevgi verme ihtiyacı Sevgi alma ihtiyacı Umut ve yaratıcılık ihtiyacı Anlam ve amaç ihtiyacı
Emblen & Halstead (1993)/ABD’de tıbbi niteliksel çalışması/Cerrahi hastalarının “spritüel gereksinimler ne anlama gelmektedir?” sorusuna olan yanıtları	Dini ihtiyaçlar (Örn; ibadet, dua) Değerler (Örn; sağlık, iman) İlişkiler Üstünlük deneyimleme ihtiyacı “Huzur” gibi duygusal hisleri duyumsama ihtiyacı ➤ Konuşma ihtiyacı
Narayanasamy (1995)/Büyük Britanya’da kronik hastalığı olan 6 hasta ile yaptığı niteliksel pilot çalışması	Suçluluk Spritüel baş etme stratejilerinin kullanımı Tanrı’nın yarattıklarını düşünme Spritüelitelere hakkında başkaları ile konuşma İnanarak umut etme İbadet etme
Nolan&Crawford (1997) / Literatür incelemesi	<b>-ye ilişkin spritüel ihtiyaçlar</b> Bireyin kendisine ilişkin ihtiyaçları Bireyin başkalarına ilişkin ihtiyaçları Tanrı’nın varlığına ilişkin ihtiyaçlar Bireyin gruplar arasında ve içindeki ihtiyaçları Dini ihtiyaçlar
Ross (1997) / Büyük Britanya’da hastaneye yatan 10 yaşlı hasta ile yapılan niteliksel pilot çalışması	Yaşamın anlamını bulma ihtiyacı Sevgi / ait olma ihtiyacı Ölüm ve ölmek üzereyken gereksinim duyulan ihtiyaçlar Ahlaki devamlılık için ihtiyaçlar (Örn; doğru olan şeyleri yapmak)
Moller (1997)/ABD’de ruhsal bozukluk nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların ve aile üyelerinin ele alındığı iki odak grup çalışması	Spritüel ihtiyaçlar: Konfor Arkadaşlık Sohbet etme Teselli bulma
O’Brien (1999)/ABD’de örneklemini hemodiyaliz hastaları, yaşlılar, HIV ve AIDS’li bireylerin oluşturduğu deneysel araştırması	Bilgilendirmeyi içeren spritüel bütünlük için ihtiyaçlar Spritüel yabancılaşma (uzaklaşma) Spritüel anksiyete Spritüel suçluluk Spritüel öfke Spritüel kayıp Spritüel çaresizlik Spritüel beslenme ihtiyacı Ruhun dinlenme ihtiyacı Ruhun korunma ihtiyacı
Hermann (2001)/ABD’de beyaz ve Protestan hastanesi hastaları ile yapılan niteliksel araştırması	Korunma ve kontrol ihtiyacı Arkadaşlık etme ihtiyacı Sorunların giderilme ihtiyacı Dini ihtiyaçlar Var olmayı deneyimleme ihtiyacı Pozitif bakış açısı kazanma ihtiyacı

**Taylor E. J.** (2003) Spiritual Needs of Patients With Cancer and Family Caregivers. *Cancer Nursing* 26(4):262.

### **Spritüel Bakımda Hemşirenin Rolü**

Hemşirelik alanı, sağlıklı veya hasta olan bireylerin bütünlüğünü ve işlevlerini mümkün olduğu kadar sürdürmesini ve güçlendirip geliştirmesini amaçlar. Hemşirelik, bireylerin gereksinimlerini tanımaya, bunların karşılanmasına, bireyin fiziksel ve duygusal yönden bağımsızlaşmasına odaklanmıştır (Özcan 1996).

19. yüzyılın son ve 20. yüzyılın ilk dönemlerinde hemşirelik bakımını dini organizasyonlar çatısı altında yürütülmüştür. Bu dönemde sağlık ve iyiliğe bakış açısında holistik yaklaşımdan uzaklaşma vardır. Bazı bilim adamları vücudun akıldan ayrı, aklın da vücuttan ayrı incelenmesi gerektiğini ileri sürmüştür (Ormsby 2003).

Yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmak, bireylerde ciddi bir psikolojik zorlanma yaratmaktadır. Bu hastalar, tıbbi tedavilerin sonuç vermediği ancak, palyatif olarak tedavisi mümkün olan hasta grubudur. Hastalığın tedavisinde kullanılan palyatif bakımda hastanın semptomlarının rahatsızlığını azaltarak huzurlu olması ve hasta yakınlarının da fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halinin sağlanması esastır (Babaoğlu 2003, Öz 2001, Treloar 2002).

Bazı çalışmalar göstermektedir ki; hasta bireylerin hastalıklarının şiddeti arttıkça ve hastalık süresi uzadıkça spiritüel boyutta şiddetlenmektedir. Hemşireliğin temel prensiplerinden birisi de spiritüel gereksinimleri olan hasta ve aile üyelerine geniş bir bakım sağlamaktır (Kuuppelomäki 2002, Strang et al. 2002).

### **Spritüel Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Karşılanması**

Hemşire – hasta ilişkisi, spiritüel gereksinimlerin karşılanmasına ilişkin olumlu sonuçların kazanılmasında önemlidir (Milligan 2004). Tedavi ve bakım süresince hastalarla en uzun süre iletişim halinde olan hemşire, her hastanın iletişimde kendine özgü, apayrı bir iletişim tarzı olduğunu görür.

Çağdaş hemşirelik literatüründe son 10 yılda akıl, vücut ve spiritüalite arasındaki bütünlüğe ilginin arttığı görülmektedir. Hemşirelikle ilgili sağlık ve iyilik teorilerinde spiritüel gereksinimler giderek daha çok vurgulanmaktadır. Uluslararası hemşirelik ve palyatif bakım literatüründe spiritüel ve varoluş gereksinimlerinin vurgulandığı geniş metinler bulunmaktadır. Yazarlar spiritüel gereksinimlerin hemşirelik bakımının önemli bir parçası olduğunu savunmaktadırlar (Ormsby 2003, Strang et al. 2002).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonlarına Yönelik Birleşik Kurulu'nun (Joint Commission on

Accreditation for Health Care Organizations) acil önerilerinde, spiritüel değerlendirmenin tamamlanmış olması ve spiritüel desteğin tüm bireylere kolaylıkla sağlanabilir olması belirtilmektedir. Hemşirelik politikalarında spiritüalitenin kabulü sağlanmıştır. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) hemşirelik kodları içinde spiritüaliteyi de ele almıştır. Literatürde, her ne kadar ICN’de spiritüel hemşirelik bakımının önemi belirtilmiş olsa da uygulamaların tam olarak açıklanmadığı saptanmıştır (Ormsby 2003, Taylor 2003).

Strang ve arkadaşlarının (2002) belirttiğine göre her ne kadar birkaç istisna olsa da, yayınlanmış dikkat çekici birkaç çalışmada spiritüaliteye ilişkin konular, hemşirelik bakımının komponentleri olarak ele alınmıştır. Bu çalışmalardan birkaçında Eriksson (1993) spiritüel hemşireliğin önemini vurgulamış; Qvarnström (1993) ölüm ve ölmekle ilişkili spiritüel sorunlara odaklanmış; Benzein (1999) yapılan farklı kavram tanımlarında insanların bakım sırasındaki umudun önem ve anlamını deneyimlemelerini incelemiştir (Strang et al. 2002).

Spiritüel sağlık ve bütüncül sağlık bakımının geliştirilmesi, spiritüel bakım planının oluşturulmasında hemşirelere öncülük etmiştir (Taylor 2003). Hasta bireylerin spiritüel gereksinimlerinin değerlendirilmesinde izlenebilecek aşağıdaki adımlar spiritüel gereksinimlerine ilişkin verilerinin toplanmasında rehberlik edebilir;

#### ***Hastaların Spiritüel Yönelimlere İlişkin İfadelerinin Dinlenmesi:***

- ❖ Hastanın Tanrı, Büyük Güç, dua etme, dini mekanlar (kilise, cami vb.), dini liderler hakkındaki ifadeleri.
- ❖ *Hastanın Kendi Üzerinde ve Odasındaki Spiritüel Yönelimlere İlişkin Gözlenebilir Simgelerin Değerlendirilmesi:*
- ❖ Spiritüel kitaplar (İncil, Kuran vb) ve sembollerin bulunması (haç vb.)
- ❖ *Spiritüel Endişe (kaygı) Belirtilerinin Değerlendirilmesi:*
- ❖ Cesaretsizlik, anksiyete, her zamanki spiritüel uygulamalara katılmakta güçsüzlük/yetersizlik, hastanın Tanrı ya da Büyük Güç ile ilişkileri hakkında endişelerine ilişkin ifadeleri.
- ❖ *Spiritüel Sıkıntı Belirtilerinin Değerlendirilmesi:*
- ❖ Ağlama, suçluluk ifadesi, uyku bozuklukları, spiritüel güvenin bozulması, Tanrı ya da Büyük Güçten uzaklaşma hissi, sağlık personeline/ aileye/ Tanrı ya da Büyük Güç’e karşı öfke, inanç ve değer sistemlerini reddetme, yaşamdaki anlam ve amacı kaybetme şeklindeki ifadeleri.

### ***Spritüel Umutsuzluğun (Çaresizliğin) Belirtilerinin Değerlendirilmesi:***

- ◆ Hastanın umudunu, spritüel inancını kaybettiğini, sevdiği biriyle görüşmeyi istemediğini, tedaviye katılmayı reddettiğini, ölümü istediğini ifade etmesi (Harrington 1998).

Hemşire, hasta bireyin spritüel gereksinimlerini değerlendirdikten sonra farmakolojik ya da psikiyatrik müdahale gerektirebileceği için elde ettiği bilgileri doktora bildirmelidir. Hastanın izni alındıktan sonra spritüel kaygıları, sıkıntı, umutsuzluk (çaresizlik) durumları dini liderlere haber verilmeli, hastanın / ailesinin / özel kişilerin davranışları, doktor notları, dini liderlerin yorumları, hemşire gözlemine kaydedilmelidir.

Hasta bireylerin bakımını üstlenen hemşireler de zaman zaman hastanın kendisi ve ailesi gibi korku, kaygı, inkar, öfke, suçluluk, depresyon, çaresizlik ve keder duyguları yaşarlar. Hemşirelere eğitimleri süresince yaşamı sürdürme sorumluluğu yüklenmiştir. Her koşulda yaşatma sorumluluğunu kendinde gören bu sağlık çalışanları için, ölümün önlenemeyişi başarısızlık, çaresizlik ve yetersizlik duygularını ortaya çıkarmaktadır. Bu da mesleki yetersizliklere yol açmaktadır (Öz 2001). Tüm bu değerlendirmelerin ardından ortaya çıkan spritüel boyuta ilişkin veriler, hemşireyi hastanın gereksinimlerinin çözümüne yönelik hemşirelik yaklaşımına götürür.

Sağlık ve hastalık durumlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlama, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü bulmada spritüalitenin etkisi olduğu belirtilmektedir (Narayananasamy 2001, Narayananasamy 2002).

Bazı çalışmalarda spritüel iyiliğin, umudun ve ruh halinin etkilerine odaklanılmıştır. Strang'ın (2002) bildirdiğine göre, Fehring ve arkadaşları (1997) spritüel iyilik, dindarlık, umut ve depresyon ilişkisini tanımlamıştır. Fehring ve ark. dindarlık ve spritüel iyiliği yüksek düzeyde olan yaşlı bireylerin umut ve pozitif ruh hallerinin yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır. Yine Strang (2002) Post-White ve ark.'nın (1996) genel olarak umudu tanımlayan 32 kanserli hastada spritüel ve dini umudunun etkili olduğunu saptadıklarını belirtmiştir (Strang et al. 2002). Yapılan bir çalışmada 248 kanserli hastanın 7 spritüel gereksinimlerinin karşılanması ile %40'ından fazlasının korkularını atlattıkları, hayatın anlamını buldukları, umutlarının arttığı ve kendilerini dinç hissettikleri belirlenmiştir (Taylor 2003).

Araştırmacılar spritüalite ve kronik hastalıkları dikkatlice incelemişler ve sağlıkla ilişkili problemlerin üstesinden gelmek için spritüalitenin güçlü bir kaynak olduğunu belirlemişlerdir. Dinin birçok hasta için önemli bir destek kaynağı olduğu belirtilmektedir. Otuzbeş hemodi-

yaliz hastası ile yapılan bir çalışmada umut, ibadet ve Tanrı'ya güvenin savunma mekanizmasında önemli bir yeri olduğu saptanmıştır. Artritli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların iyilik durumlarında Tanrı'ya olan inancın önemli olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Bir başka çalışmada da ibadet ve imanın kanserli hastalar için ne kadar büyük ve önemli bir kaynak olduğu belirlenmiştir (Narayanasamy 2002).

Kolorektal kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, yüksek düzeyde spritüel iyiliğin önemli derecede fiziksel semptomların tedavisinde etkili olduğu bulunmuştur. Kanserle birlikte yaşanan deneyimlerin, bireylerin kendilerinin bir parçası olan spritüel farkındalıklarının arttırdığı belirtilmektedir (Taylor 2003).

Kuuppelomäki'nin (2002) belirttiğine göre hastalarla yapılan çalışmalarda, hemşirelerin hastaların spritüel gereksinimlerini yeterince karşılayamadıkları bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin spritüel gereksinimlerini belirlemede hemşirelerin teselli eden, danışmanlık ve savunucu gibi rollerinin kolaylaştırıcı olduğu belirtilmektedir (Kuuppelomäki 2002, Narayanasamy 2002).

### **Öneriler**

Hemşire sabır, dikkatli gözlem, dinleme, hastayı destekleme ve rahatlığını sağlama becerilerini kullanarak hastanın gerçek duygularını öğrenmelidir. İyi bir dinleyici olmak, saygı göstermek ve hastayı tanımak, onun değer ve inançlarını kabul etmek, hoşgörü ile yaklaşmak son derece önemlidir. Holistik bakımı yerine getirmek ve hastaların spritüel gereksinimlerine gereken önemi vermek için, hastaya bakım veren sağlık ekibine, hasta ihtiyaçlarına göre farklı meslek disiplinlerinin de katılabileceği düşünülmelidir. Hastanın fiziksel ihtiyaçları kadar önemli olan duygusal ihtiyaçları düşünülerek ekipte hastanın yanında kalacak, elini tutacak bir yakınının olması sağlanmalıdır. Hastanın bakım alırken sevdikleri ile beraber olabileceği ortamların yaratılmasının hem hasta hem de aile üyeleri açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarında, hastaların ailelerinin spritüel bakımda büyük bir rol üstlendiği görülmektedir. Bu rolü yerine getirmek için aile üyelerinin de fiziksel, psikososyal ve spritüel sağlıklarının iyi olması gerekir (Harrington 1998, Kuuppelomäki 2002, Meriç ve Elçioğlu 2004, Öz 2001, Strang et al. 2002).

Hemşirelerin, eşleri/aile üyelerini bakım vermeye yönelik olarak bilgi ve teknik açıdan desteklemesiyle de eşlerin/aile üyelerinin bakım verici rolünde yaşadığı sorun alanlarının azalacağı düşünülmektedir. Sempatik bir şekilde duygularını belli etmeden dinleyen bir hemşire, hastanın güç bulmasına yardımcı olabilir (Kuuppelomäki 2002).

İyileşme imkanı olmayan kronik hastaların bakımını umutsuzluğa kapılmadan ümit ve inançla sürdürebilmek, hastanın yaşamını anlamlı kılabilmek, umutlarını taze ve canlı tutabilmek hemşireler için çok önemlidir (Meriç ve Elçioğlu 2004). Duygusal alanda yaşadıkları sorun alanlarının azaltılması için var olan baş etme becerilerinin değerlendirilmesi ve gerekiyorsa problem çözme becerisinin kazandırılması uygun olacaktır.

Meriç ve ark.'ının (2004) yaptıkları bir çalışmada, mevcut sorunların çözümünde hemşirelerin; psikolojik olarak ekibin desteklenmesi, hasta ve yakınları için özel destek birimlerinin kurulması, ölümün de doğum gibi olağan bir süreç olarak karşılanmasının gerekliliği gibi önerilerde bulunduğu saptanmıştır.

Hemşireler için spiritüel destek hazırlıkları farkında olma, kutsal kitap okuma, Tanrı'yla bütünlük sağlayabileceği huzurlu sakin bir ortam sağlama, hastanede uygun ibadethane (mescid, kilise vb.) organize edilmesi, farklı dinlere göre aktivitelerin düzenlenmesi kadar hastaların bu aktiviteler hakkında bilgilendirilmesine de bağlıdır. Aile üyeleri ve hemşirelerin tanımladıkları spiritüel destekler hemşirelerin hazır olması, ulaşılabilirliği, tutumları, doğru söyleme, soruları ve isteklerine cevap verebilmesini içermektedir (Kuuppelomäki 2002).

Avrupa ve ABD'de oldukça yaygın olan 'Hospis' olarak isimlendirilen bakım evleri terminal dönem hasta ve yakınlarının özel gereksinimlerini karşılamaktadır (Babaoğlu 2003, Öz 2001). Ülkemizde de bu tür bakım kurumlarının oluşturulması ile bu alanda yaşanan ve yaşanacak olan sorunların azalacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, dini, manevi ilgi, inanç ve düşünceleri ne olursa olsun hastanın gereksinimlerine yönelik bakım planlanmalıdır. Hemşirelik bakımlarında holistik bakım ve spiritüel bakım konularına yer verilmesi ve konuya dikkatlerin çekilmesi açısından bu alanda araştırmaların yapılması yararlı olacaktır.

## **KAYNAKLAR**

1. Babaoğlu E (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5:2, 24-28.
2. Greenstreet W M (1999). Teaching Spirituality in Nursing: Literature Review. Nurse Education Today, 19, 649-658.
3. Harrington J A (1998). Spiritual Needs Protocol. American Journal of Nursing, 98:1, 28-30.

4. Kuuppelomäki M (2002). Spritual Support for Families of Patients With Cancer: A Pilot Study of Nursing Staff Assessments. *Cancer Nursing*, 25:3, 209-217.
5. Meriç M, Elçioğlu Ö Ş (2004). Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Gözlemleri ve Karşılaştıkları Sorunlar. *Sendrom, Ocak*, 109-115.
6. Milligan S (2004). Perceptions of Spritual Care Among Nurses Undertaking Postregistration Education. *International Journal of Palliative Nursing*, 10:4, 162-171.
7. Narayanasamy A (2002). Spritual Coping Mechanisms in Chronically Ill Patients. *British Journal of Nursing*, 11:22, 1461.
8. Narayanasamy A (2001). Owens J. A Critical Incident Study of Nurses' Responses to The Spritual Needs of Their Paients. *Journal of Advanced Nursing*, 33:4, 446-455.
9. Ormsby A (2003). Harrington A. The Spritual Dimensions of Care in Military Nursing Practice. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 321-327.
10. Öz F (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12:1, 61-68.
11. Öz F (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Tic. AŞ.1-31.
12. Özcan A (1996). Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. İzmir, Saray Tıp Kitabevleri.1-29.
13. Strang S, Strang P, Ternstedt B M (2002). Spritual Needs as Defined by Swedish Nursing Staff. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 48-57.
14. Taylor E J (2003). Spritual Needs of Patients With Cancer and Family Caregivers. *Cancer Nursing*, 26:4, 260-266.
15. Treloar L L (2002). Disability, Spritual Beliefs and The Church: The Experiences of Adults With Disabilities and Family Members. *Journal of Advanced Nursing*, 40:5, 594-603.



## HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE YARATICILIĞI GELİŞTİRME

### DEVELOPING CREATIVITY IN NURSING EDUCATION

Yıldız DENAT (TULUM)\*

Sakine MEMİŞ\*\*

\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Bornova/İZMİR

\*\* Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu, AYDIN

**Anahtar Sözcükler:** Yaratıcılık, hemşirelikte yaratıcılık, hemşirelik eğitimi

**Key Words:** Creativity, creativity in nursing, nursing education

“Hemşirelik Eğitiminde Yaratıcılığı Geliştirme” konulu yazımız, 07-11 Eylül 2003 tarihinde Kemer/Antalya’da düzenlenen 2. Uluslararası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresinde Poster bildirisi olarak sunulmuştur.

---

### ÖZET

Yaratıcılık, günlük yaşamdan bilimsel çalışmalara kadar uzanan her alanda çeşitli yapıtların ortaya çıkmasına neden olan süreçlerin bütünü olup bir tutum ve davranış biçimidir. Sağlık gibi insanlığın geleceğini etkileyecek bir çok alandaki yeni buluşlar, bireylerin yaratıcılığını kullanabilmesi ile mümkün olacaktır.

Bireylerin yaratıcılığını kullanabilmesi ve geliştirebilmesi eğitim sistemlerine getirilecek çağdaş anlayışlarla mümkündür. Günümüzdeki okul eğitimi, kişisel girişimleri ortaya çıkarmak yerine geleneksel anlayışı savunmakta ve yaratıcılıktan yoksun olma yönünde eleştiriler almaktadır.

Hemşirelik eğitiminin en temel yapı taşlarından birisi yaratıcılığı geliştirmektir. Sağlık bakım gereksinimleri dikkate alındığında hemşirelik; yaratıcı, araştırmacı, bilgiye ulaşan, bilgi üreten ve bilgiyi kullanabilen meslek üyelerine ihtiyaç duymaktadır. Yaratıcı hemşirelerin yetiştirilmesi ve geliştirilmesi için hemşirelik eğitiminde; yaratıcılığı geliştirmeye yönelik eğitim etkinliklerine yer verilmelidir.

### SUMMARY

*Creativity is a way of attitudes and behaviors whilst being the whole of those processes that enhance the emergence of various innovations in all areas from daily life to scientific studies. New inventions in many areas such as the health field that would affect the future of the humanity will come into existence through the ability of individuals to use their creativity.*

*The ability of individuals to use and improve their creativity is possible only through contemporary understandings brought to the education systems. Today, school education seems to support traditional views on education rather than encouraging personal enterprises and is criticized in terms of lacking creativity.*

*One of milestones in nursing education is to develop creativity. When health care needs are considered, it is seen that nursing profession needs such health professionals that are creative, researcher, able to acquire knowledge, able to elicit knowledge, and able to use this knowledge. In order to raise and improve creative nurses, those educational activities directed towards promoting creativity should be included in the nursing curriculum.*

## **GİRİŞ**

Günümüzde bilgi akışında yaşanan yoğunluk, bireylerin çok yönlü gelişmesini ve yeni roller üstlenmesini zorunlu kılmaktadır. Bireylerin yalnızca belli düşünsel becerilere sahip olması diğer bir ifade ile zeki olması bu yüzyılda değerini yitirmiş, yerini çok yönlü insan kavramına bırakmıştır. Çok yönlü insan; başkalarının düşüncelerinden yararlanarak kendi kendine karar verebilen, uygulamalarında etki altında kalmadan olaylara geniş bir perspektifle bakmayı alışkanlık haline getirebilen, yeni durumlara uyum sağlayabilen, karar verme becerileri gelişmiş, olaylara ve durumlara eleştirel yaklaşabilen, yaratıcı insandır (American Association of Colleges of Nursing 1999, Gürkan 2001).

Hemşirelik eğitiminin en temel yapı taşlarından birisi de bireylerde yaratıcılığı geliştirmektir. Değişen sağlık bakım gereksinimleri dikkate alındığında hemşirelik yaratıcı, araştırmacı, bilgiye ulaşan, bilgi üreten ve bilgiyi kullanabilen meslek üyelerine ihtiyaç duymaktadır. Sağlık gibi insanlığın geleceğini etkileyecek birçok alandaki yeni buluşlar bireylerin yaratıcılığını kullanabilmesi ile mümkün olacaktır. Bireylerin yaratıcılığını kullanabilmesi ve geliştirebilmesi eğitim sistemlerine getirilecek çağdaş anlayışlarla mümkündür. Yaratıcı hemşireler yetiştirilmesi ve geliştirilmesi için hemşirelik eğitiminde; yaratıcılığı geliştirmeye yönelik eğitim etkinliklerine yer verilmelidir (Serpil 2003, Taşocak 1997a, Taşocak 1997b).

Makale, hemşirelik eğitiminde yaratıcılığı geliştirmek için dikkat edilecek noktaları ve yaratıcı meslek üyeleri yetiştirilmesinde eğitimciye düşen sorumlulukları vurgulamayı amaçlamaktadır.

## **YARATICILIĞIN TANIMI**

Yirminci yüzyılın başlarından beri farklı yaklaşımlarla açıklanmaya çalışılan yaratıcılık kavramı için bugün genel olarak kabul edilen bir tanımlamanın olmaması dikkati çekmekte ve yaratıcılık kavramının hayal gücü ile yakın ilişki içinde olan bir düşünme biçimi olduğu ileri

sürülmektedir. Tüm duygusal ve zihinsel etkinlikler ile her türlü çalışma ve uğraş içinde yer alan yaratıcılık, akıcı düşünme yeteneği olarak da tanımlanmaktadır. Yaratıcılık; sorunlara, bilgi eksikliklerine, uyumsuzluğa karşı duyarlı olma, güçlüğü tanımlama, güçlüğe çözüm arama ve kestirimde bulunmadır (Özden 2000).

Yaratıcılık, hayata ve olaylara karşı geliştirilen bir tutum veya bakış açısı olduğu kadar aynı zamanda bir yetenekler örüntüsü olarak da algılanır. Verileri düzenleme, esnek yaklaşımlarla problemi çözme ve ortaya özgün bir ürün koyma olarak da tanımlanan yaratıcılıkta eş ve zıt anlamları birlikte düşünme vardır (Özden 2000, Saban 2000).

Yaratıcılık kavramının hemşirelik eğitimi ve araştırmalarında önemli bir konu olduğu literatürde vurgulanmış, yaratıcılığın hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında değişim ihtiyacını kolaylaştırmak için temel bir kavram olduğu öne sürülmüştür. Hemşire araştırmacılar ve eğitimciler, yaratıcılık kavramını hemşirelik eğitimi, uygulamaları ve araştırmaları açısından ele almışlardır. Bunun yanında hemşirelik literatüründe yaratıcılıktan çok eleştirel düşünmenin önemi üzerinde durulmuştur. Kalischuk ve Thorpe (2002)'nin "Hemşirelik Eğitiminden Uygulamaya Yaratıcı Düşünme" isimli eserlerinde; Moreover ve Krejci (1997), yaratıcı düşünme ve eleştirel düşünme arasında bir bağlantı yapmışlar, Le Storti (1999)'de yaratıcı düşünmeyi; yeni ve alışılmamış düşünce ve objelerin geliştirilmesi, eleştirel düşünmeyi ise bazı düşünce ve objelerin değerlendirilmesi olarak ele almıştır (Kalischuk ve Thorpe 2002).

Yapılan en genel tanımlaması ile yaratıcılık, günlük yaşamdan bilimsel çalışmalara kadar uzanan her alanda çeşitli yapıtların ortaya çıkmasına neden olan süreçlerin bütünü olup bir tutum ve davranış biçimidir (Kalischuk ve Thorpe 2002, Özden 2000, Saban 2000).

### **YARATICI BİREYLERİN ÖZELLİKLERİ**

Yaratıcılık kavramı üzerine yapılan tanımlar aynı zamanda yaratıcı bireylerin sahip olduğu özellikleri de vurgulamaktadır. Literatürde çok sayıda özellik sıralanmakla beraber, her özelliğin her yaratıcı bireyde olamayabileceğinin altı çizilmektedir (Demirci 2003, Goldenberg ve ark 1999, Kalischuk ve Thorpe 2002, Özden 2000, Parlak 1998, Saban 2000, Serpil 2003).

Yaratıcı bireyler genellikle sınıf ortamlarında uyumsuz, otoriteye, kurallara uymayan bireyler olarak tanımlanmakta ve sürekli olarak uyuma zorlanarak yaratıcılıkları engellenmektedir. Yaratıcı birey çok çalışmaya eğilimlidir ve problem çözme yeteneği gelişmiştir. Düşüncelelerinde özgürce gezinebilir. Bir alana ait düşüncesini başka bir alanda kullanabilir ve nesnelere eski amaçlarını bir kenara bırakıp onları yeni

şekiller içinde görebilir. Yaratıcı bireyler esnek ve uyum sağlayıcı bir düşünme yeteneğine sahip olup sorunlara duyarlı, esprî yeteneği güçlü, bağımsız, kendi başına kalmayı seven, güçlü bir bellek ve merak sahibidirler. Sürekli sorular sorarlar. Araştırma ve öğrenme arzuları yüksektir. Gerçekle yakından ilgilenirler ancak düş kurmayı çok severler. Fazla enerji sahibidirler ve kendileri ile rekabet ederler. Yaratıcı bireyler düşünerek veya düşünmeden ani davranırlar, yeniliklere düşkünlüdürler, gizemli, acayip ve kompleks şeyleri severler. Kendilerine güvenir ve risk alırlar (American Association of Colleges of Nursing 1999, Demirci 2003, Goldenberg ve ark 1999, Kalischuk ve Thorpe 2002, Özden 2000, Parlak 1998, Saban 2000, Serpil 2003).

Yaratıcı bireylerin yüksek zeka düzeyine sahip olması beklense de yapılan pek çok araştırma yüksek düzeyde zekanın, yüksek düzeyde yaratıcılığı garanti etmediğini, yaratıcılıkla zeka arasında çok yüksek bir ilişkinin olmadığını, daha zeki bireylerin daha yaratıcı birey anlamına gelmediğini göstermektedir (Demirci 2003, Özden 2000, Parlak 1998).

### **YARATICILIĞI ENGELLEYEN ETMENLER**

Yaratıcılığı engelleyen pek çok etmen literatürde çeşitli başlıklar altında ele alınmıştır. Genel olarak değerlendirildiğinde dört başlık altında sıralanabilir:

**-Yaratıcılığı engelleyen bireysel özellikler;** Kendine güvensizlik, hata yapma ve eleştirilme korkusu, mükemmeli isteme ve hemen uyum sağlama, engellerden korkma, düşünme esnekliğinin olmayışı, ilk akla gelen görüşü hemen kabul etme, kısa sürede başarıya ulaşmak isteme, bir konu üzerinde yoğunlaşma ve sabırla çalışma güçlüğü, kimlik duygusundan doğan savunma mekanizmalarıdır (Demirci 2003, Parlak 1998).

**-Yaratıcılığı engelleyen yetişkin davranışları;** Bir işi yapmanın tek bir yolunun bulunduğunun öğretilmesi, bireyi hayal kurmayı bırakması ve gerçekçi olmaya zorlama, bireyleri başkalarıyla karşılaştırma, sorulan soruları cevaplamakta umursamaz davranmadır (Özden 2000).

**-Yaratıcılığı engelleyen eğitimci özellikleri;** Öğrenenin cesaretini kırma, dar ilgi alanları, aşırı eleştiri, güvensizlik, dogmatik ve katı olma, davranışlarda tutarsızlık, heyecanı olmama, genelde yetersiz olma, sınıf dışında konuşma ve tartışma olanağı vermemedir (Demirci 2003, Parlak 1998).

**-Yaratıcılığı engelleyen eğitimsel faktörler;** Günümüzde eğitimin temelde pasif ve bilgi aktarmaya, tekrara ve hatta taklide dayalı olması eğitim sistemindeki yetersizlik ve sorunların nedeni olarak gösterilmekte; ayrıca eğitimin, yaratıcılık, bilimsel düşünme, problem

çözme ve eleştirel davranışların gelişmesinde gereken desteği sağlamadığı da belirtilmektedir (Gökdoğan 2001).

Aslında her eğitim sistemi, kendi türüne göre yaratıcılığa engel oluşturan birincil faktörlerden birisidir. Hemşirelik ve hemşirelik eğitiminin de tutucu yapısı hemşirelik eğitiminde yaratıcılığı engelleyen önemli faktörlerden birisidir. Okul eğitimi bireylerin düşünce sistemlerini hatta algılarını şekillendirmekte, bilginin kuşaktan kuşağa geçişini ve normlara saygıyı özendirilmektedir. Tüm bu engellemelere eğitim sistemindeki hoşgörüsüzlük, önceden bilinen düşünme ve sorun çözme yöntemlerinin transferi, stratejilerin “çok katı” kullanımı eklenebilir. Hemşirelikte her zaman yaratıcılığın önemli olduğu söylenmesine karşın yaratıcılığı geliştiren bir eğitim programının olmaması da hemşirelik eğitiminde yaratıcılığı engelleyen etmenler arasındadır. Yaratıcılığı engelleyen diğer eğitimsel faktörler ise; eğitim ortamının özgür olmaması, yaratıcı davranış ve ürünlerin pekiştirilmemesi, sadece ders kitaplarındaki bilgilere bağlı kalınması, derslerin geleneksel yöntemlerle ve araç gereçle işlenmesi, baskın ve otoriter sınıf yönetimi, bilgiye ulaşma yollarının öğretilmemesi, okul çevre düzenlemesindeki yetersizlikler vb. dir (Demirci 2003, Goldenberg ve ark 1999, Kalischuk ve Thorpe 2002, Özden 2000, Parlak 1998).

### **HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE YARATICILIĞIN GELİŞTİRİLMESİ**

Hemşirelik bilim ve sanattan oluşur. Yaratıcılık da bilim ve sanat arasında bir köprü görevi üstlenir. Bilim; hemşirelik hakkında bildiklerimiz, sanat ise bu bilgilerle ne yaptığımızdır. Bilgi yapacaklarımız hakkında fikirler verir. Yaratıcılıkta kazanılan bilgilerin sentezi söz konusudur (Taşocak 1997a, Taşocak 1997b).

Yaratıcılık, insana hizmette sınırsız denebilecek potansiyelimizi düzenleme ve mevcut bilgilerimizin sınırları dışına çıkararak gelişme sürecimizin devamını sağlar. Yaratıcılık ve eleştirel düşünme yeteneği hemşirelerin bağımlı –bağımsız karar vermesini güçlendirir. Karşılaştığı durumlarla ilgili; analiz-sentez yapabilme, neden-sonuç ilişkileri kurabilme, tümevarım ve tümdengelim mantığı ile düşünebilme, durumları yorumlama gibi entelektüel yetenekleri geliştirir (American Association of Colleges of Nursing 1999, Taşocak 1997a, Taşocak 1997b).

Temel insan hakları açısından ve ülkenin ekonomik, sosyal ve kültürel hayatındaki etkileri düşünüldüğünde, her seviyedeki eğitim kurumunun bireylerdeki yaratıcı potansiyeli ortaya çıkarmaya ve geliştirmeye yönelik programlar hazırlanması bir gereklilik olmaktan öte bir zorunluluktur (Özden 2000, Taşocak 1997a, Taşocak 1997b).

Günümüzde eğitim sisteminin mevcut durumu yanında eğitimciler, geleneksel yaklaşımı sorgulayarak öğrenenlerin öğrenme-öğretme sürecinin her aşamasına etkin katılımlarının gerekliliğini vurgulamaktadırlar. Buna rağmen içinde bulunduğumuz sistemde öğrenenler aşırı ders yükü, hiyerarşi, itaat ve bilgi yoğunluklu müfredat programı ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu durum öğrenenlerin öğretme-öğrenme sürecine etkin katılmalarını, sorumluluk üstlenmelerini, sorgulamalarını, karar vermelerini, eleştirel düşüncelerini dolayısı ile yaratıcılıklarını sınırlandırmakta hatta engellemektedir. Çağdaş eğitim anlayışı içinde her eğitim kurumunda olduğu gibi hemşirelik eğitiminde de yaratıcılığı geliştirmeye yönelik eğitim etkinliklerine yer verilmelidir (Özden 2000, Taşocak 1997a, Taşocak 1997b).

Hemşireliğin devingenliğini sürdürebilmesi için, eğitimi sürekli olarak değerlendirmesi gerekir. Böyle bir eğitim; derslik ve laboratuvaradaki hemşirelik eğitimi ile gerçek ortamdaki hemşirelik uygulamaları arasında benzerliğin arttığı, gereksinimlere yönelik olup taklitten uzaklaşıldığı, uygulamaların ezberlenmiş ve tekrara dayalı olmadığı, öğrencilerin verilen bilgileri sorgulayıp yaratıcılıklarını kullanabildikleri ölçüde gerçekleştirilebilir (Gökdoğan 2001).

Hemşirelik eğitiminde yaratıcılığın geliştirilebilmesi için önce yaratıcılığın özendirildiği ve ödüllendirildiği ortamların hazırlanması gerekmektedir. Yaratıcı düşünmek için birey öncelikle yaratıcılığın bilincinde olmalı, daha sonra yaratıcı düşünmeye teşvik edilmelidir. Eğitimde yaratıcılığın geliştirilmesindeki başarı büyük oranda yaratıcılık konusunun öğrenenler tarafından yeterince kavranmasına bağlıdır. Öğrenenlere yaratıcılık konusunun aktarılmasının asıl amacı onlardaki yaratıcılık bilincini uyarmaktır (Özden 2000).

Tüm eğitim sistemlerinde olduğu gibi hemşirelik eğitiminde yaratıcılığı geliştirmek için eğitimin temel yapı taşlarından birisi olan eğitimcilerde de büyük sorumluluklar düşmektedir. Eğitim sürecinde etkin rol alan eğitimcilerin bazı davranış ve tutumları öğrenenlerin yaratıcılığının ortaya çıkması ve gelişmesinde önemli bir yere sahiptir. Hemşirelik eğitiminde yaratıcılığı geliştirecek eğitimci davranışları;

- Öğrenenleri bir birey olarak kabul etme ve öyle davranma,
- Yaratıcı öğrenenlere farklılıklarını anlama ve kabul etmede yardımcı olma,
- Yaratıcı öğrenenlere farklı düşünmenin ve davranmanın insanın ufkunu genişlettiğini anlatma, öğrenene özgür olmaya özendirme ve öğrenenlere iyi bir rol model olma,
- Yapıcı ve heyecanlı olabilme, öğrenenlerin kendilerine güvenlerini arttırma ve orjinalliğe teşvik etme,

- Öğrenenleri eşit kabul edebilme, farklı görüş ve fikirleri alaya almama, korkutucu ve tehdit edici olmama, otorite figürü yerine arkadaşça bir tavır sergileme,
- Öğrenenlerin acayip denebilecek ve saçma görünebilen fikirlerini dinleme, gerektiğinde yüceltme ve öğrenenlerin hata yapmalarına izin verme olarak sıralanabilir (Özden 2000, Parlak 1998).

Yaratıcılığı geliştirmede eğitim sisteminin pek çok faktörü etkili olmaktadır. Yaratıcı bireylerin ortaya çıkması ve gelişmesi için, içinde bulunduğumuz eğitim sistemini eleştirmenin yanında bu konuda gerekli girişimler başlatılmalı ve yaratıcı eğitim etkinlikleri uygulamaya geçirilmelidir. Hemşirelik eğitiminde yaratıcılığı geliştirecek yaratıcı eğitim etkinliklerinde;

- Öğrenme ve öğretme ortamları öğrenenin kendini özgür hissedeceği, yaratıcı davranışlarını geliştirebileceği biçimde düzenlenmeli,
- Öğrenenin problemin farkına varmasına ve çözüm yolu aramasına, bunu yaparken diğer kişilerle çalışmasına fırsat verecek eğitim ortamı düzenlenmeli,
- Öğrenenlerin çok boyutlu düşüncelerini sağlamak için uygun strateji, yöntem ve teknikler eğitim ortamında kullanılmalı,
- Yaratıcı düşüncenin oluşması, problem çözme yeteneklerinin gelişmesi için; buluş yolu, araştırma – soruşturma ve tam öğrenme stratejileri, güdümlü tartışma, örnek olay, gösterip yaptırma, küçük ve büyük grup tartışması, münazara, drama, deney, gözlem, beyin fırtınası, workshop, demonstrasyon, problem çözme yöntem ve teknikleri eğitim ortamında kullanılmalı,
- Öğrenenlerin problem çözebilmeleri için öğrenenlere soru sorma alışkanlığı kazandırılmalı,
- Öğrenen özgün, yeni ve tutarlı ürünleri ortaya koyduğunda bu ürünler pekiştirilmeli,
- Öğrenenlerin çok boyutlu düşüncelerini sağlama için ilk akla gelen çözüm hemen kabul edilmemeli başka yolları düşünmesi için gerekli uyarıcılar sunulmalıdır (Demirci 2003, Goldenberg ve ark 1999, Gökdoğan 2001, Kalischuk ve Thorpe 2002, Özden 2000, Parlak 1998, Saban 2000).

Sonuç olarak hemşirelik mesleği yaratıcı bireylere ihtiyaç duymaktadır. Yaratıcı hemşirelerin yetiştirilmesi ve geliştirilmesi için hemşirelik eğitiminde yaratıcılığı geliştirmeye yönelik eğitim etkinliklerine yer verilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. American Association of Colleges of Nursing (1999). Gelecek yüzyılda hemşirelikte lisans eğitiminin vizyonu . Atalay M, Tel H (çev)., Cumhuriyet Üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi, 3:2, 47-54.
2. Demirci C (2003). Yaratıcı düşünme, <http://www.ego.hacettepe.edu.tr/eleman/yayinlar/c-yaraticilik.doc> .
3. Goldenberg J ve ark. (1999). Creative sparks. Science, 285: 5433, 1495-1496.
4. Gökdoğan, F. (2001). Hemşirelik eğitiminde “ yaratıcılık”. I. Uluslar arası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kitabı, Nevşehir: Özlem Grafik Matbaacılık, 151-152.
5. Gürkan T (2001). Bireyin çok yönlü gelişimi. Bilim ve aklın aydınlığında eğitim dergisi, 2(22):15.
6. Kalischuk GR, Thorpe K (2002). Thinking creatively; from nursing education to practice. The Journal of Continuing Education in Nursing, 4 : 33, 155-160.
7. Özden Y (2000). Öğrenme ve öğretme, 4. Baskı, Ankara: Pegem Yayınevi, 121-152.
8. Parlak İ (1998). Yaratıcılık ve zeka, <http://olusumdrama.sitemynet.com/bulten/sayi3/zeka.htm>
9. Saban A (2000). Öğrenme öğretme süreci. Ankara: Nobel Yayın ve Dağıtım Ltd. Şti, 87-101.
10. Serpil A (2003). Yaratıcı kişilik ve yönetici, <http://www.ogretmenlersitesi.com>.
11. Taşocak G (1997a). Hemşirelik eğitiminin açık bir sistem olarak irdelenmesi. Hemşirelik Lisans Eğitiminin Açık Bir Sistem Olarak İrdelenmesi Workshop'u Konferans Notları, Sivas.
12. Taşocak G (1997b). Hemşirelik eğitiminde öğretim stratejilerine genel bakış. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı., Kıbrıs: Çevik Matbaacılık.,3-6.



## **ÇOCUKLARIN YAS SÜRECİ VE PSİKIYATRİ HEMŞİRESİNİN YAKLAŞIMLARI**

### *CHILD GRIEF PERIOD AND PSYCHIATRIC NURSING APPROACH*

**Gülseren KESKİN\***      **Ayça GÜRKAN\*\***

\* Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Bornova/İZMİR

\*\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** yas süreci, çocukluk çağı yas dinamikleri, hemşirelik yaklaşımı

**Key Words:** grief process, childhood grief dynamic, nursing approach

---

### **ÖZET**

Ölüm çocuk ve ailesi için temel stres etkenidir. Çocuklar ölüme beklenmeyen şekilde reaksiyon verebilmektedirler. Bu travmatik olay çocuk ve ailesine ciddi psikolojik ve sosyal distress getirebilmektedir. Çocukluk çağı, yas sürecine farklı bir yaklaşımın getirilmesinin gerektiği bir periyottur. Yasın erken döneminde desteklenmeyen çocuk bazı temel psikiyatrik bozukluklara kadar varabilen emosyonel ve davranışsal problemler geliştirebilmektedir. Çocuk ve ebeveynin uygulanacak erken dönem önleme destek programları ile çocuğun ve ebeveynin kayba karşı uygun bir uyum geliştirmelerine yardımcı olunabilir. Hemşire terapist çocuğun yasa uyum sürecinde önemli bir role sahiptir. Erken dönem hemşirelik önleme girişimleri, aile ve çocuğa psiko-eğitimsel destek gruplarını içerir. Bu yapılandırılmış hemşirelik programları kayıp yaşayan çocuk ve ebeveynlerin karmaşık yas riskini azaltabilir.

### **SUMMARY**

*The death is a major stressful event for children and their families. Child may be give unexpected reaction to death This traumatic event can bring serious psychological and social distress to bereaved children and their families. Childhood period different importance aspect to grieving process. Children who are not supported in the early phases of grieving can develop serious emotional and behavioral problems that can lead to the development of some major psychiatric disorders. Providing early prevention support programs for surviving parents and bereaved children can help both the parents and the children adapt to their losses. Nurse therapist have an important role child grief period adaptation. Early nursing prevention programs include psycho-educational groups for the surviving parents and support groups for the bereaved children. These nursing structured programs can decrease the risk of complicated grief in bereaved child and parents.*

## GİRİŞ

Yas, herhangi bir yitim ya da değişikliğe verilen psikolojik yanıt, kişinin iç dünyası ile gerçeklik arasında bir uyum sağlayabilmek için yaptığı uzlaşmalarıdır. Keder, yas tutmaya eşlik eden duygudur. Yas tutmayı, yalnızca ölüm ya da boşanma gibi büyük kayıplara bir yanıt gibi düşünme eğilimi vardır. Yitirilen şey aile yadigarı bir küpe olabileceği gibi, bir umut, bir dostluk, bir sevgili hatta bir eski kendilik olabilir. Yas sürecinin kendisi hastalık değildir ve bu sürecin doğal gidişine müdahale edilmesi ihtiyacı yoktur. Yaşamın gidişi, tüm yitimlere uyum sağlayabilme ve değişimi büyüme aracı olarak kullanabilme yeteneğine bağlıdır. Yası tam olarak tutulamamış kayıplar, başka bir deyişle, uyum sağlanılamayan değişiklikler yaşama gölge düşürür, kişisel enerjiyi yutar ve kişinin bağlantı kurma yeteneğini bozar. Yas tutamayan kişi, eski sorunların, düşlerin ve ilişkilerin etkisinde kalır ve hala geçmişin melodisine göre dans ettiği için bugüne ayak uyduramaz. Uzun süreli sevgi bağlarını sürdüremeyebilir, ilişkilerinde ya fazla sıkı tutunur ya da yeterince sıkı tutunamaz (Demirsoy, Bozcuk 1997, Adler 1997).

Yas sürecini anlayabilmek için şu üç temel özelliğin göz önünde bulundurulması gerekir. Her kayıp kişiyi kaçınılmaz bir keder içine sürükler, her kayıp tüm geçmiş kayıpları canlandırır ve her kayıp, eğer tam olarak yası tutulabilirse, büyüme ve yenilenme için bir araç olabilir. Öte yandan kaybedilen ilişkinin yerine, yeni yapıcı ilişkiler kurulamamış ve önceki ilişkiye benzer bir doyum sağlanamamış ise, yas süreci tamamlanmamış olarak kalabilir ve kişinin işlevselliğinde bozulmaya neden olabilir. Bu tür tamamlanmamış kayıplar kişinin ruhsal ve fiziksel sağlık kaybına neden olur. Özellikle çocukluk çağında yaşanan anlamlı kayıpların, pek çok ruhsal rahatsızlığın ortaya çıkmasında ve yetişkin yaşamdaki uyum bozukluklarında önemli olduğunu belirtmektedir (Volkan Zinti 1999, Clements ve ark 2004 ).

Kişi ölümü kabullendikten sonra yaşamına devam etmek ister. Acının ortadan kalkmasını ve kendisini yeniden yaşama katmayı ister. Ancak kaybedilen kişinin duygusal varlığı kişinin kafasının içinde dolaşır durur. Kişiyi kaybedilen kişi ile yeni ve daha uygun bir ilişki geliştirmeye zorlar. Freud bunu şu şekilde tanımlar: Başarılı bir yas işlemi için iki ana bileşen gereklidir. Birincisi, kişinin ölümünün yası yaşayan kişi için ne anlama geldiğini değerlendirmek üzere ilişkiyi yeniden gözden geçirmek ve ikincisi, onu geleceği olmayan bir anı haline dönüştürmektir (Bonanno ve ark 2005).

Yaşanan kaybın ardından yası yaşayan kişi belirli dönemlerden geçer. İlk dönemde şok ve yadsıma vardır. Bunların yerini daha sonra öfke alır. Bir iki hafta sonra pazarlık başlar (Örneğin ben şöyle yapsaydım o ölmeyecekti). Bu dönemde yas tutan kişi ölen kişiyi arar ve onu

geri getirmek için araştırmalarda bulunur. Rüyalarda ölen dirilir. Daha sonra dezorganizasyon ve en sonunda ölen kişinin yitirildiğini kabul eden yeni bir ruhsal organizasyon ortaya çıkar (Ross 1997). Bu dönemler ortalama 6 ay içinde tamamlanır. Ancak belirtilerin hafif olarak bir ya da bazen iki yıl içinde tekrarlanması, yerleşmiş bir hastalık durumunu yaratmaz. Yas tutma derideki bir hastalığa benzerlik gösterir. Yarada enfeksiyon durumu yoksa onun iyileşmesi belli bir yol takip eder. Yara enfekte olursa o zaman tedavi edilinceye kadar patolojik bir şekilde kalır. Bu durum iki şekilde kendini gösterebilir.

1. Ölüm ani olmuştur, yas tutanın egosu bu kaybı bir travma olarak görür ve ego bu travma üzerinde çalışıp onu çözemez, böylece travmatik nevroz gibi bir durum ortaya çıkar (DeRanieri ve ark 2002, Clements, Stenerson 2004).

2. Yas tutamayan kişi, ölen kişiye karşı çok bağımlı ve ambivalan olduğu için kişinin egosu ölenin kaybına izin vermez, ancak gerçeğe uyum yapmakta gereklidir. Bunun için ego bölünme mekanizması ile bir yanda ölümü kabul eder, diğer yandan ölüm olmamış gibi davranır (Volkan Zinti 1999).

### **Yas Sürecini Etkileyen Temel Özellikler**

1- **Yas tutan kişinin temel özellikleri;** Kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığı, entellektüel kapasitesi, acıyı, üzüntüyü ve çaresizliği tolere etme yeteneği, mesleki ve sosyal becerileri, yaşa ilişkin önceki yaşantıları ve günlük yaşama ilişkin ortaya çıkan problemlerle baş etme kapasitesi genel olarak yaşanan süreci etkileyen kişisel özelliklerdir (Koçak, Çevik 2002) .

2- **Çevresel özellikler;** Çevredeki yakınların yastaki kişinin ifade ettiği çaresizlik ve acı duygularını dinleme ve konuşmalarını cesaretlendirme kapasitesi, yaşanan acıya tahammül edebilme becerisi ile yastaki kişinin tatmin edici ve yapıcı bağlar kurabileceği diğer kişilere ulaşabilme şansının oluşu, bu sürecin nasıl yaşanacağını belirlemektedir (Astrid 2005, Clark ve ark 2004, Cerato 2004).

Birçok din ve kültürde psikolojik olarak yas tutma gereksinimine yönelik durumunu destekleyen cenaze törenleri vardır. Yas tutan kişinin; cenaze töreninin planlanmasına katılması, ölen kişinin bedenini görmesi ve ard arda gelen baş sağlığı dileklerini kabul etmesi ölümü yadsımayı zorlaştırır. Yadsımayı zorlaştırmasının ötesinde bu törenler, kederle ilgili sorunların ortaya çıkması ve sağaltılması içinde yararlıdır (Volkan, Zinti 1999, Yanık 2003).

Genel olarak toplumlarda yasin kabul süresinin olduğundan daha kısa tutulduğu ve çevredekilerin birkaç ay geçtikten sonra da devam

eden yas davranışlarını anormal görme eğiliminde buldukları görülmektedir. Bu durum ise, yastaki kişide utanma, suçlanma ve kaçınma davranışlarını arttırmaktadır (Volkan, Zinti 1999). Bazı durumlarda tam olarak yas tutulması ölümün doğasından dolayı engellenir. Ani bir ölüme eşlik eden şok, yas tutma sürecini dondurabilir. Yapılan bir çalışmada eşinin ölüm haberini aniden alanlarda, yas tutan diğer gruplara kıyasla daha fazla sıkıntı, kendini kötü görme ya da depresyon görüldüğü ve yaslarının komplike olma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada, yetişkin çocuklarını trafik kazası gibi ani, öreleyici şekilde kaybeden ana-babaların, kanser gibi kronik bir hastalıktan kaybeden ana babalardan daha fazla sorunları olduğu bulunmuştur (Langner, Maercker 2005, Clements, Stenerson 2004).

Ölüm sırasında uzakta bulunmak ya da başka durumlarla yoğunlaşmış olmak yadsımayı ön plana çıkarır. Örneğin, bir savaşın ortasında çogunlukla askerler yas tutamazlar. Ölü bedeninin hiç görülmesi ya da cenazeye katılmamak yalıtımla yadsımaya izin verir. Bu durum yası karmaşık hale getirebilir (Langner, Maercker 2005, Yıldız 1994).

**3- Yastaki kişinin kaybedilenle olan ilişki biçimi;** Bu ilişki biçimi yas sürecini belirleyen bir diğer etmendir. Ölen kişinin, yastaki kişinin hayatındaki rolünün ne kadar önemli ve merkezi olduğu, ölene karşı duyulan olumlu ve olumsuz duyguların dağılımı, ölümün ani, zamansız veya beklendik oluşu ve yastaki kişinin ölüm karşısında yapabileceklerinin tümünü yaptığını düşünmesi ve ölümün çaresizliğini kabul etmesi ölenle kalan arasındaki ilişkiyi belirler. İlişki bağımlı ya da ikili değil de tamamlayıcı ise, yas tam olarak tutulabilir. Ters durumlarda bunun doğruluğunu kanıtlar. Kaybedilen kişiye bağımlılık derecesi ne kadar yüksekse, özgüveni yükseltmek için yitirilen kişiye o kadar ihtiyaç duyulur ve onu bırakmak o kadar zorlaşır. Bunun en belirgin ve acımasız örneği bir çocuğun ana-babası için yas tutmasıdır (Shear ve ark 2005, DeRanieri ve ark 2002 ).

Sevgi nesnesinin yitimi, yitirilen sevgi nesnesinin kendisinden kaynaklanan düş kırıklıkları ve yaralanmalar yası başlatır. Ancak yasta öz değerlilik bozulmaz. Nesne yitimleri bilinç altındadır. Melankolide içsel; yasta dışsal yoksunluk söz konusudur (Shear ve ark 2005).

### **Uzamış-Komplike Yasın Psikodinamik Gelişimi**

Yasın ne zaman komplike olabileceği, bireyin kişisel öyküsü ile bağlantılıdır. Komplike olmuş yasın üç farklı dinamiği vardır.

**1. Bölünmenin devamı:** Ölümün oluşunu algılayan ego görevinde de bölünme olabilir. Böylece kişi bilinçli olarak ölümün olduğunu anlar, aynı zamanda ölüm olmamış gibi davranabilir.

**2. İçselleştirme:** Ölen birinin kaybı ruhsal açıdan hemen kabul edilemez. Ölen kişi çeşitli anılarla yaşatılır ve böylece kayıp yavaş kabul edilir. Ayrıca kişi, ölen kişiyi bırakmamak için onu içinde yaşatmaya başlar. Tabii ölen kişi ölmeden, kişinin içinde tasarım halinde yer alır. Ancak ölümden sonra içselleştirme ile, ölenin içteki tasarımı bozulmuş olur, yani ölen kişi içte sanki yabancı bir cisim gibi yerini alır. Yas tutma normal olarak sürerse yas tutan kişinin içselleştirme ile ilgisi yavaş yavaş azalır, tasarım gittikçe silikleşir ve her zaman aranmaz. Böyle olduğu halde ölenin tasarımı hiçbir zaman tümüyle bırakılmaz (Volkan 1997, Çevik, Öncü 1995).

Uzamış yasta özdeşim tamdır. Ancak özdeşim ilkel düzeyde kalır. Sevilen kişinin beğenilen ya da gereksinim duyulan yönlerinin alınıp yaşamda açılan gediğe onarma fırsatı vermeye çalışma özdeşimi ifade eder. Fakat özdeşim taklitten daha fazla bir şey ifade eder. Bir başka kişinin bazı yönlerini, ülkülerini ve işlevlerini istem dışı kişinin üstüne alarak gerçekleştirdiği bilinçdışı süreçtir. Bu süreç bir çeşit paradoks içerir. Bir başkasının özelliklerini, ülkülerini, işlevlerini kişi üzerine aldıkça kaybettiği kişiye ya da nesneye karşı bağlılığı azalır. Özdeşimler kaybedilen şeye ya da kişiye yakın kalmak için bilinçdışı güdülenirler, bir çeşit anı gibi iş görürler (Volkan 1997, İzmir, Çevik 1996).

Normal yas tutma sürecinde kişi içselleştirdiği kişinin bazı kısımları ile özdeşim yapar. Örneğin genç bir adam ölen babasının görevini üzerine alır, babasının bazı davranışlarını kendi davranışları gibi tekrarlar (Lee ve ark 2005). Ancak ölen ile yas tutan kişi arasındaki ilişki bağımlı ve ikizli ise yas tutanla ölen kişinin arasındaki içselleştirilme aynı şekilde devam eder. Bu durumda bozucu bir içselleştirme vardır. Bunun zaman içinde gücü azalacağı yerde, iki yönden birine gidip yerleşerek ona göre bir süreç çıkartır. Bu süreç iki şekilde şekillenebilir:

**a.** Yas tutan, bozucu içselleştirme ile tümüyle özdeşim yapar. Böylece yas tutanla ölen arasında ikizli ilişki tümüyle içe alınır. İkizli ilişkinin nefret tarafı içe alışı sürdüren ve yıkan özelliktir, bunun sonucunda ortaya çıkan klinik tablo nevrotik özelliklerin yoğun olduğu depresyon tablosudur. Bütünüyle içselleştirme nedeni ile depresyonlu kişi kendi tasarımı ve yitirdiği kişinin tasarımı arasında ayırım hissetmez. Kendi kendinden nefret eder gibi görünür. Aslında bozucu içselleştirmeden nefret ettiği, ancak bundan bir türlü kurtulamadığı gözlenmektedir. Akabinde gelişen suisid girişiminde kişi bozucu içselleştirmeyi öldürmeye çalışır (Odağ 1995).

**b.** Yas tutan ile bozucu içselleştirme arasındaki sınır bozulmaz, özdeşim oluşmaz. İçselleştirilen kişinin bozulmuş tasarımı ilk günkü gibi yoğunluğunu yitirmeden sürüp gider. Bu tabloda örneğin; kişi

yalnız başına araba kullanırken beş yıl önce ölen kardeşini göğsünde gömülüymüş gibi hisseder ve göğsündeki kardeşi ile içinden konuşur (Volkan 1997).

**3. Dışa vurma süreci:** Kişiler yakınlarını kaybettiklerinde onu hatırlatan bazı nesnelere yanlarına alıkoymaları. Bazı durumlarda kişiler ölen kişiden kalan nesnelere sanki büyülü nesnelermiş gibi saklarlar. Bu nesnelere özenle korunur, saklanır. Tipik olarak kişi nesne ile kendisi arasındaki uzaklığı kontrol etmek ister ve nesnelere kişiden uzak bir yerde kalır. Örneğin büyülü nesnelere içinde hem kişinin hem de ölenin tasarımları birleşir ve böylece hasta sembolik olarak dışa vurma yolu ile ölen kişi ile bağlantı kurar. Bu nedenle bu nesnelere bağlantı nesnelere haline dönüşür (Volkan 1997, De Montigny ve ark 1996 ).

### **Yas Tutma Sürecinde Bağlantı Nesnelere**

Kişi, kendisi ile bağlantı nesnesi arasındaki uzaklığı denetlediği için bilinç altında hem ölen kişiye yakınlığı, hem de uzaklığı denetlemek ister. Yas durumunda kişinin karşı karşıya kaldığı ikizli durum duran olur ve ne yakınlık ne de uzaklık savaşı kazanır, çatışma sürüp gider (Volkan 1993).

### **Bağlantı nesnelere dört biçimde seçilebilir:**

**a.** Ölüye ait bir nesne bağlantı olarak seçilir. Bu durumda seçilen nesnenin bazı özelliklerinin olması gerekir.

**b.** Ölen kişi tarafından duyu organlarının uzantısı olarak kullanılan bir nesne bağlantı nesnesi olarak seçilir. Örneğin kişi ölen kişinin gözlüğünü alıkoyma, bunu kullanmaz ancak saklar.

**c.** Ölüm haberi geldiği an, kişinin yanında olan bir nesne bağlantı nesnesi olarak seçilir. Bu nesnelere son dakika nesnelere dir. Örneğin kişi birkaç plağı gramofona koyup müzik dinlemeye hazırlanırken, üvey kardeşinin boğulduğunu bildiren telefon alır. Bu kişi için o plaklar son dakika nesnelere halini alır. Bu kişi patolojik olan yas sürecinden kurtulana dek o plağı dinleyemez.

**d.** Ölen kişiyi sembolik olarak gösteren bir nesne, bir fotoğraf, bağlantı nesnesi olarak seçilir (Volkan 1993).

### **Yas Döneminde Düşler**

Düşler bilinç dışımızla bağlantı kurar, arzularımızı yerine getirmemize yardım eder, sorunlarımız üzerinde çalışır ve uyanık yaşamımızda kabul edilemez saydığımız düşünceleri dile getirir. Bu nedenle kederli kriz dönemlerindeki düşlerin öyküleri, ölümü kabullenmeyle ilgili uyanık yaşamdaki çatışmayı yansıtır. Bu dönemdeki bazı düşler tümünden

yadsımadır ve bunlarda mutlu sonlar yaratılır. Örneğin; bir çocuğun düşünde annesini ölümcül bir trafik kazasından kurtarması gibi.

Ölen kişinin ölü ve diri olarak görüldüğü düşlerde, bölme belirgindir. Bir kadının ölen amcasını cenazede yanında otururken görmesi gibi.

Yitimin bilincine varıldığı ve eşlik eden öfke hissedilmeye başlandığında, bu öfke düşlerde karşımıza çıkar. Bu öfkeli düşler, tıpkı uyanık yaşamdaki öfke gibi yas tutan kişinin ölümün bilincine varmasına yardım eder. Bunlar ölümün onaylanması yolunda girişimlerdir ve ölüm kabullendikten sonra genellikle tekrarlamazlar .

**1.** Rüyalarda ölen insan gizlenmemiş olarak görülür. Örneğin; ölen baba ise kişi babasını rüyasında görür. Rüya da görülen ve gerçekte ölü olan kişi rüya da yeni bir ölüm kalım kavgası içindedir. Tipik olarak, hasta rüyada bir taraftan ölüyü kurtarmak diğer yandan kurtarmamak için uğraşır. Bu ikizli uğraşma bir sonuca varmadan devam eder ve kişi sıkıntı ile uyanır.

**2.** Hasta rüyalarının karakterlerini 'donmuş gibi' diye anlatır. Rüyalar resim tabloları gibi çıkar. İçlerinde hareket yoktur. Bu rüyalar hastanın doğal yas tutma sürecinin devam etmediğini ve bir dönemde donmuş, yani saplanmış olduğunu gösterir. Yasın sonunda donmuş göl çözülmeye başlar, bir çiçek açar ya da kara bulutlar çekilir. Psikanalist George Pollock un hastalarından biri babasının yasını tutarken düşlerinin gri olduğunu, yasın sonunda yası hafifledikçe yeşil bir filizin belirmediğini ifade etmiştir.

**3.** Ölen kişi mezarı simgeleyen bir yerde ölmüş olarak görülürse de cesette gelişmesi beklenen belirtilerin oluşmadığı gözlenir. Örneğin; babası öldükten dört yıl sonra bile kişi rüyasında onun cesedini bir çukurda, ancak hiç bozulmamış bir biçimde görmeye devam eder. Bazen de ölünün bedeninde canlıymış gibi belirtiler ortaya çıkar (Dyer 2005, Soderberg 1981, Volkan 1997)

### **Çocukların Kayba Karşı Verdiği Tepkiler- Hemşirelik yaklaşımı**

Farklı gelişimsel dönemdeki çocukların ölümün anlamına ilişkin kavramsal anlayışları farklıdır. Yasın görünümü ve sonuçları, çocuğun ölüm anında ölümlle ilgili kavramların gelişimine bağlıdır. Bebekler ve okula gitme yaşı gelmiş çocuklar arasında ölüm kavramını anlamaları bakımından büyük farklılıklar vardır. Çocuğun ölüm olayını anlaması için öncelikle biri öldüğünde neler olduğunu belirtmekte kullanılan kavramları anlamaları gerekmektedir (Karakaya 1997).

Çocuklarda kaygı, sevilen birinin ölümünden sonra sık gözlenen bir tepkidir. Onlara yakın biri öldüğünde, çocukların temel güven duy-

guları çok sarsılır. Çocukların duyduğu kaygı büyük ölçüde, sağ kalan ana babanın veya kendilerine bakım veren kişinin başına bir şey geleceğidir. Korku ve kaygılarını çeşitli biçimlerde ifade ederler. Küçük çocuklar daha ısrarcı ve sürekli bir şeyler isteyen hale gelebilirler. Anababalarının yanlarından ayrılmak istemezler. Sağ kalan ebeveyne aşırı bağımlılık geliştirirler(Dyregrov 2000).

**0-6 yaş arası çocukların kayba karşı verdiği tepkiler ve terapötik girişimler;** 0-3 yaşları arasındaki çocuklarda yas geçici bile olsa yakın izleme ve kapsamlı bir değerlendirme gerekir. Çocukla ölüm hakkında genelde yaşayan ebeveyn konuşur. Bu olmadığı zaman ise çocuk acı haberi sığınacağı ve dayanacağı bir kimseden duymalıdır. 2-2.5 yaşındaki çocukların ölümle ilgili fikirleri çok belirsizdir. Buna karşılık iki yaşından küçük bebekler ise ölümle ilgili herhangi bir kavramı anlayamazlar. Çok küçük çocuklar için ölüm gündelik hayatta var olan birinin artık orada olmaması kadar basit bir anlama gelmektedir. Bu dönemde çocuklara ölüm sözcüğünü anlamını bilmeden kullanabilir. Ölüme ilişkin soyut kavramları anlamakta güçlük çekerler (Dülgerler 2004) .

6 yaşından önce yapılan dini açıklamaları, çocuk genellikle yorumlamakta güçlük çeker ve daha da korkabilir. Dini kavramlar, çocuğun günlük yaşantısının bir parçası ise, bunları uygun bir şekilde kullanmakta mümkündür. Böyle bir yol seçilmişse “Tanrı kardeşine bakacak” gibi bir açıklama “Tanrı kardeşini öyle sevdi ki onu yanına aldı” gibi bir açıklamadan daha uygun olacaktır. Ölümü, bedensel aktivitelerin son bulması şeklinde anlatmak iyi bir açıklama sayılabilir. Ölümü normal yaşamın bir parçası gibi göstermek önemlidir ve eğer çocuk yaşayan ebeveynin de ölüp ölmeyeceğini sorarsa, bunun çok uzun zaman sonra olacağı, uzun yıllar çocuğun yanında olunacağı söylenebilir (Varcarolis 1990)

**6-10 yaş arası çocukların kayba karşı verdiği tepkiler ve terapötik girişimler;** 6-10 yaş arasındaki dönemde yer alan çocuklar zamanla ölümün geri dönülmez oluşu ve tüm yaşam işlevlerinin durduğunu anlamaya başlarlar. Çocukların “ölünce ölünür” ifadesi buna örnek olarak gösterilebilir. Yedi yaş civarında ölümün engellenemez ve evrensel bir olgu olduğu artık kavranmaya başlanır. Ancak bunun kendileri için de geçerli olabileceğini düşünmeye karşı hala direnç gösterirler. Ölümün nedenlerine ilişkin düşünceleri somut düzeydedir. Ölümün hem kazalar ve şiddet gibi dışsal nedenlerden kaynaklandığını hem de hastalık yada yaşlılık gibi içsel süreçlerin bir sonucu olduğunu anlayabilirler. Sihirli öğeler hala düşüncenin parçası olmaya devam eder. Ölülerin yaşayanları gördüğünü ya da işittiğini var sayarlar ve bunun bir sonucu olarak öleni memnun etmek için çabalarlar. 10 yaşından



sonra çocuğun ölüm kavramı giderek daha somut hale gelir ve bir kayıp olgusunun uzun vadedeki sonuçlarını daha iyi görebilirler (Katz, Florian 1986).

Çocuk ölüm olayı ile karşılaşmadan gelişim düzeyine uygun olarak ölüm kavramlarının gelişmesi ve normal yaşam döngüsünün bir parçası olarak algılanmasına çalışılmalıdır. Ölümün daha çok hastanelerde olmaya başlamasıyla da ölümü normal yaşamın bir parçası olarak algılamakta güçlükleri olduğu düşünülmektedir (Beck ve ark 1984, Lacey 2005).

Ölümün yaşamın sonu olduğu ve ölen birinin hiçbir şekilde geri dönmeyeceği çocuğa uygun ve basit bir dille anlatılmalıdır. Çocuğa ölen birinin bütün vücut fonksiyonlarının durduğunu, yani ölen birinin nefes alamayacağı, yemek yiyemeyeceği, bir şey içemeyeceği, oyun oynayamayacağı, düşünüp hissedemeyeceği, söylenebilir. Çocuk aynı zamanda ölümün gerçek nedenini de öğrenmelidir. Haber çocuğa açık olarak iletilmelidir. Örneğin “Kendini kötü bir habere hazırlamanı istiyorum. Bir kaza oldu. Haber babanla ilgili. Çalıştığı yerde bir kaza olmuş. Ciddi bir şekilde yaralanmış. Öğrendiğimize göre hemen ölmüş” gibi. Çocukların habere ilk tepkileri çok farklı olabilir. Yüksek sesle inkar etme, açıkça reddetme, ağlama, ümitsizliğe kapılma gibi çeşitli tepkiler olabilir. Ortam, çocukla birlikte rahatsız edilmeden bir süre daha oturabilmeye uygun olmalıdır. Çocuk çok fazla ağladığında buna izin verilmeli, hiç kimse çocuğun kendisini toparlamasını ve susmasını söylememelidir. Çocuk tepkisini yaşarken onu yatıştırarak şekilde sarılmakta iyi olacaktır (Cohen ve ark 2004).

Evcil bir hayvanın ölümü, ölüm kavramını çocuğa açıklamak için iyi bir fırsat olabilir. Çocuğun yaşadığı duygular saygıyla karşılanmalı, tüm aile üzüntüsünü dile getirerek bir tören içerisinde hayvan evden uzaklaştırılmalıdır. Hemen yeni bir hayvan alınmayarak çocuğun kavramları geliştirmesine olanak sağlanmalı ve anı anlamına gelecek ritüel bir davranışa izin verilmeli, hatta teşvik edilmelidir (Dyregrov 2000).

Beklenmedik ölümlerde ise haberin çocuğa alıştırarak verilmesi düşünülebilir. Çocuğa soru sorabileceği, duygularını ve düşüncelerini paylaşabileceği sıcak bir konuşma ortamının yaratılması çok önemlidir ve açıklamayı yapan erişkininde kendi üzüntüsünü belirtmesi uygun olur. İlk zamanlarda yadsımayı çok sık kullanan çocuk üzgün görülmediği için suçlanmamalı ya da eğlendirilmeye çalışılmamalıdır. Okul içinde bir ölüm olduğunda ise anons yerine sınıf ortamında bir öğretmen tarafından yapılan açıklamaların daha az zedeleyici olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Özellikle küçük çocuklarla konuşurken ölümü uykuya benzetmemek çok önemlidir. Çünkü çocuk uyursa kendisinin de öleceğinden endişelenmeye başlar. Dolaylı yoldan ölümü anlatmaya

çalışmak çocuğun kafasını daha çok karıştırabilir ve ebeveyne olan güvenini zedeleyebilir. Örneğin ölümü uzun bir yolculuğa benzetmek yada hastaydı, yaşlıydı gibi açıklamalarda da bulunmak çocuğun yolculuklardan, hastalıktan ve doktor randevularından korkmasına yol açabilir. “Çok iyi olduğu için tanrı yanına aldı” gibi bir açıklama karşısında, çocuk ölmek için kötü olmayı tercih edebilir (Brown, Goodman 2005, Kaufman, Kaufman 2005).

Yörükoğlu (1968) çalışmasında, 23 çocuğun ölüme karşı gösterdikleri ilk tepkileri belirlemeye çalışmıştır. Üzerinde çalışma yapılan çocukların ortak yönü, psikiyatri kliniğine aile içinde ölüm olayından kısa bir süre sonra ve bu olayla ilgili tepkiler ve belirtiler dolayısıyla getirilmiş olmalarıdır. Bunlar daha önce ruhsal dengesizlik veya bozukluk dolayısıyla kliniğe getirilmeleri düşünülmemiş çocuklardır. Araştırmacı ölüm olayından kısa bir süre sonra incelediği bu çocukların öncelikle inkar kurgusu kullanarak hipomanik davranışlar geliştirdiklerini gözlemlemiştir.

#### **Ergenlerin kayba karşı verdiği tepkiler ve terapötik girişimler;**

Ergenlik yas tutuma için bir provadır. Aynı dinamikleri içerir. Birey ergenlik sırasında, ana babası ile olan ilişkilerini gözden geçirir. Bağlılığını arkadaş ilişkilerine aktarmak ve dünyasını genişletmek için ailesine olan duygusal yatırımını hafifletir. Burada önemli olan ergenliğin sağlıklı tamamlanmasıdır. İlişki zayıfsa ya da ana babalar ergenin bağımsızlaşma girişimlerini tehdit olarak algılayarsa, ergenler anne ve babalarından ayrılmazlar. Örneğin bir ergen boşanmakta olan anne ve babasından ayrılmakta güçlük çekebilir. Çünkü aile ilişkileri zaten inişli çıkışlıdır ve ergen anne ve babasını bir arada tutabilmek için kendini sorumlu hissedebilir. Benzer şekilde bir ergen yeterince sevgi ve destek alamadığı alkolik annesinden ayrılmakta güçlük çekebilir. Bu tür yetersiz ana babalık, ana - baba ve ergen arasında çözülmemiş meseleler olduğuna işaret eder (Dyregrov 2000, Dietrich ve ark 1999).

Yas tutmadaki temel iş, yoksunluk ya da terkedilmeye uyum sağlamayı içerir. Geçmişte aşılamayan kayıplar olduğunda - anne ya da babanın çözülmemiş ölümü gibi- yeni bir kaybın yasının tutulmasında kişiler güçlük çekerler. Somut ve gözlenebilen kayıpların ötesinde, psikanalistlerin gelişimsel kayıplar olarak tanımladıkları kayıplar dikkati çeker. Bunlar normal psikolojik gelişimdeki çatlaklardır. Eğer çocuk güvenli ve sevginin bulunduğu bir ortamda büyümüşse, ayrılma -birleşme ve ödipal çatışmalar gibi önemli psikolojik uzlaşmalar sırasında olasılıkla gereken desteği almıştır. Bir deyişe göre: İyi bir anne sadece yaslanılacak birisi değil, yaslanmayı gereksiz kılacak kişidir (Yörükoğlu 1968).

Bir ebeveyni kaybeden çocuk birden fazla ebeveynini kaybetmiş gibidir. Çünkü yaşayan ebeveyn kendi matemine düşmüştür ve bu nedenle çocuğun gereksinimlerini karşılayacak durumda değildir. Ebeveyn sorumluluklarına dönebilecek hale gelene dek, çocuğa duygusal ve fiziksel bakım verebilecek bir erişkin belirlenmelidir. Çocuğun önceden tanıdığı bir ebeveyn olması tercih edilirken, başka bir şehre gönderilmesi önerilmez. Çocuk ebeveyni ya da kardeşinin ölümcül hastalığı neden ile üzüntü yaşayabilir. Ayrıca çocuklar, ölüme kendilerinin neden olduklarını da düşünebilirler. Çocuk sıklıkla kendini suçlar ve “eğer kendisi daha iyi olabilseydi hasta olmayacaklardı” diye düşünür. Aynı şeyin kendilerine ve yaşayan ebeveynlerine de olacağından endişelenirler ve “bana kim bakacak” kaygısı yaşayabilirler. Duygularını sözelleştirebilmeleri için cesaretlendirme ve ona yardımcı olacak birilerinin olacağı güvencesi, bu kaygılarla baş etme de onlara yardımcı olur (Stroebe ve ark 2005). Çocuğa bilgi verildikçe ve çocuk ebeveynin ya da kardeşinin sağaltımına yardımcı oldukça endişesi büyük ölçüde azalacaktır ve yas süreci daha sağlıklı geçecektir (Beck ve ark, Varcorolis 1990).

**Sonuç olarak**, yaşamın kabullenilmesi güç, kaçınılmaz bir sonu olan ölümlerle karşılaşmak yetişkinlerin ile baş etmekte güçlük çektikleri bir gerçektir. Bu sıkıntılı dönemi anlamakta ve yordamakta daha fazla sıkıntı yaşayacak olan çocuklar açısından ise bu gerçeğin daha karmaşık, ruhsal yönden zorlayıcı ve kalıcı izler bırakmayacak şekilde atlatılması önemlidir. Psikiyatri hemşireliğinin yaklaşım alanlarından biri olan ölüm kavramının önce yetişkinler tarafından kabulü ardından, yetişkinlerin aktarımları ve yas sürecinin çocukların gelişim düzeylerine göre en az zararlarla geçirilmesini sağlamayı içerir. Bu önemli süreçte psikiyatri hemşiresinin çocuğa yönelik girişimleri, çocuğa verilecek sağlık bakım kalitesinin artmasına neden olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Adler A (1997). Psikolojik Aktivite . Çeviren Çorakçı B. Say Yayın Dağıtım Ltd Şti. İstanbul .
2. Astrid W (2005). Grief And Bereavement. Nurs Stand. Apr 13-19; 19(31): 65-68.
3. Beck CM, Rawlins RP, Williams SR (1984). Mental Health Psychiatric Nursing, Holistic Life –Cycle Approach., The C. Y. Mosby Company.
4. Bonanno GA, Papa A, Lalande K (2005). Grief Processing And Deliberate Grief Avoidance: A Prospective Comparison Of Bereaved Spouses And Parents In The United States And The People's Republic Of China. J Consult Clin Psychol. Feb;73(1):86-98.
5. Brown EJ, Goodman RF (2005). Childhood Traumatic Grief: An Exploration Of The Construct In Children Bereaved On September 11. J Clin Child Adolesc Psychol. Jun; 34(2):248-59.

6. Cerato M (2004). To Be With The Family During The Grieving Period. Prof Infirm. Jul-Sep;57(3):132-4.
7. Clark S, Burgess T, Laven G Et All (2004). Developing And Evaluating The Grief. Death Stud. Dec; 28(10):955-70.
8. Clements P, Focht-New G, Faulkner MJ (2004). Grief İn The Shadows: Exploring Loss And Bereavement İn People With Developmental Disabilities. Issues Ment Health Nurs. Dec;25(8):799-808.
9. Clements PT, Stenerson HJ (2004). Surviving Sudden Loss: When Life, Death, And Technology Collide. J Vasc Nurs. Dec; 22(4):134-7.
10. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K (2004). Treating Childhood Traumatic Grief: A Pilot Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Oct;43(10):1225-33.
11. Çevik A, Öncü B (1995). Normal Ve Patolojik Yas Kliniğinin Çok Boyutlu İncelenmesi Ve Tedavi İlkeleri. Psikiyatri Bülteni. 3 (3): 109-114.
12. Demirsoy A, Bozcuk NA (1997). Ölümün Evrimsel Öyküsü. Geriatri I. Ed. Kutsal G. Ve Ark. Hekimler Yayın Birliğı. Ankara. 1997 Sy:1-5.
13. Deranieri JT, Clements PT, Henry GC (2002). When Catastrophe Happens Assessment And İntervention After Sudden Traumatic Deaths. J Psychosoc Nurs. 40(2 .): 30-37
14. Dietrich Pİ, Mcwilliam CL, Ralyea SF Et All (1999). Mother-Loss: Recreating Relationship And Meaning. Can J Nurs Res. Sep; 31(2):77-101.
15. De Montigny F, Beaudet L, Dumas L (1996). The İmpact Of A Child's Death On The Family Can Nursenov; 92(10):39-42.
16. Dyregrov A(2000).Çocuk, Kayıplar ve Yas Yetişkinler İçin El Kitabı. Çev: Güvenç G. Türk Psikologlar Derneğı Yayınları No: 20 1. Basım . Ankaras: 1-27
17. Dülgerler Ş (2005). Çocuklarda Ölüm Kavramı Ve Yas Sürecinde Psikiyatri Hemşireliğinin Rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 21(1); 30-35.
18. Dyer KA (2005). Identifying, Understanding, And Working With Grieving Parents İn The Nicu, Part I: Identifying And Understanding Loss And The Grief Response. Neonatal Netw. May-Jun;24(3):35-46.
19. İzmir M, Çevik A (1996). A Tipik İki Psikiyatrik Olguda Patolojik Yas. Psikiyatri Bülteni, 4 (1):45-47.
20. Karakaya M (1997). Çocuk, Hüzün Ve Ölüm. Nehir Yayınları.
21. Katz S, Florian VA (1986). Comprehensive Theoretical Model Of Psychological Reaction To Loss. Int J Psychiatry Med. 16(4):325-45.
22. Kaufman KR, Kaufman ND (2005). Childhood Mourning: Prospective Case Analysis Of Multiple Losses. Death Stud. Apr; 29(3):237-49.
23. Koçak OM, Çevik A (2002). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısını Alan İki Hastada Komplike Yas. Türkiye Klinikleri Psikiyatri; 3(1):15-18.
24. Lacey D (2005). Nursing Home Social Worker Skills And End-Of-Life Planning. Soc Work Health Care. 40(4):19-40.
25. Langner R, Maercker A(2005). Complicated Grief As A Stress Response Disorder: Evaluating Diagnostic Criteria İn A German Sample. J Psychosom Res. Mar; 58(3):235-42.

26. Lee WH, Lee M, Kim S, Kang KA (2005). Characteristics Of The Grieving Process: A Pilot Study Of 10 Korean Spouses Of Patients Who Passed Away From Cancer. *Int J Nurs Stud.* May; 42(4):399-408.
27. Odağ C (1995). İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği – Psikoterapi Birimi. İzmir.
28. Ross EK (1991). Yaşamın Son Günleri Sorular Ve Cevaplar. Çev: Gülşen T. 3. Baskı. Ankara. Ss:34-82
29. Ross EK. (1997). Ölüm Ve Ölmek Üzerine. Çev: Banu Büyükkal Boyner Holding Yayınları. İstanbul
30. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF (2005). Treatment Of Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *Jama.* Jun 1; 293(21):2601-8.
31. Stroebe W, Schut H, Stroebe MS (2005). Grief Work, Disclosure And Counseling: Do They Help The Bereaved? *Clin Psychol Rev.* Jun; 25(4):395-414.
32. Soderberg J (1981). Grief Themes. *Ans Adv Nurs Sci.* Jul;3(4):15-26.
33. Varcarolis EM.(1990). Foundation Of Psychiatric Mental Health Nursing. Philedephia. Ss:173-178.
34. Volkan V (1993). Othello'nun Mendili, Yas Sürecinde Bir Bağlantı Nesnesi. *Psikiyatri Bülteni.* 2(2): 53-58.
35. Volkan DV (1997). Psikanaliz Yazıları. Çev. Ceyhun B, Çevik A. Bilimsel Tıp Yayınevi. Psikanaliz Yazıları. Ankara.
36. Volkan DV, Zinti E (1999). Kayıptan Sonra Yaşam Çev. Vahip I, Kocadere M.Halime Odağ Psikanaliz Ve Psikoterapi Vakfı Eğitim Notları. İzmir.
37. Yanık M (2003). Şanlıurfa'da Taziye Evleri Ve Yas Reaksiyonu. X. Sosyal Psikiyatri Kongresi, Kongre Özet Kitabı. Ankara, 2003.
38. Yıldız M (1994). İnsanların Ölüm Karşısındaki Tutumları Hakkında Yapılan Araştırmaların Değerlendirilmesi. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir.
39. Yörükoğlu A (1968). "Aile İçinde Ölüme Karşı Çocukların Tepkileri" Nöro Psikoloji Araştırmaları. 5(3) 47:23-33.

**EV ORTAMINDA ASTIMI TETİKLEYEN ÇEVRESEL FAKTÖRLER  
VE BU FAKTÖRLERİN KOTROL ALTINA ALINMASINDA  
HEMŞİRENİN ROLÜ**

*ENVIRONMENTAL FACTORS TRIGGER THE ASTHMA IN THE  
HOUSEHOLD AND THE ROLE OF THE NURSES IN TAKING THESE  
FACTORS UNDER CONTROL*

**Suzan ÖZKAN**

**Candan ÖZTÜRK**

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** astım, çocuk, çevresel tetikleyiciler, hemşirelik

**Key Words:** asthma, child, environmental triggers, nursing

---

**ÖZET**

Çocuklukta görülen kronik hastalıkların en yaygını olarak tanımlanan astımın oranı son yıllarda artmaktadır. Bu artıştaki nedenlerden biri de çevresel faktörlerin etkili bir şekilde kontrol altına alınmamasıdır. Büyük ölçüde allerjik mekanizmalara bağlı olan çocukluk çağı astımının gelişmesinde çevresel alerjenlere maruz kalma primer derecede önemlidir.

Ev ortamı çocuğun ve ailenin hastalığı yönetme yeteneğinde, sağlığı sürdürme aktivitelerinde ve astım ataklarına neden olan tetikleyicilerin kontrol altına alınmasında temel faktör olarak tanımlanmaktadır. Astımlı çocuklarda semptomların şiddetinin ortamda bulunan allerjen düzeyine bağlı olduğunu bilmek alınacak önlemlerin ve yapılacak girişimlerin doğru planlanmasında anahtardır. Astımlı çocuk ve ailesinin ortamının tanılanması, gerek duydukları bakım ve danışmanlığın sağlanması ve belirlenmiş bilgi gereksinimine uygun olarak eğitim verilmesi hastalık nedeniyle yaşanan problemleri en aza indirmede, uyumu ve baş etmeyi kolaylaştırmada temel öğelerdendir. Hemşireler primer, sekonder ve tersiyer sağlık hizmetleri ile astımlı çocuğun kaliteli bir yaşam sürmesini sağlayabilirler.

**SUMMARY**

*The rate of asthma regarded as the most common chronic illness seen during the childhood has increased in the recent years. One of the reasons for this rise is inability to take these environmental factors under control in an efficient way. Expassing to the environmental allergics is of prime importance in developing childhood asthma depending on allergics mechanism to a large extent.*

*Household is described as a fundamental factor in the ability of the child and parent to manage the disease, their activities to maintain the health and in taking the triggers giving rise to asthma attack under control. Knowing that the severity of the symptoms in the children with asthma depends on the level of the allergics in the atmosphere is a key in planning the attempts to be made and the measures to be taken accurately. Determining the household environment of the child with asthma and parents, providing the care and counselling which they need and giving training in accordance with the information requirement are fundamental factors in minimizing the problems occurring due to the illness and in facilitating the adoption and dealing with it. Nurses can enable the child with asthma to have a qualified life with primary, secondary and territory health services.*

## **GİRİŞ**

Dünya Sağlık Örgütü'nün, çocukta görülen kronik hastalıkların en yaygın olarak tanımladığı astımın oranı son yıllarda artmaktadır. Bazı toplumlarda çocuklarda astım oranı %30'a kadar çıkabilmektedir. Astım patogenezinin 1985'den beri bilinmesine ve tıbbi tedavilerin artmasına rağmen, uluslararası çalışmalar astım oranının çocuklar arasında son yirmi yılda arttığını bildirmektedir. Bu artıştaki nedenlerden biri de astımın oluşmasına ve atakların artmasına neden olan çevresel faktörlerin etkili bir şekilde kontrol altına alınmasındaki yetersizlikten kaynaklanmaktadır (World Health Organization, 2000, Finkelstein ve ark. 2002).

Astım etiolojisinde genetik ve sonradan kazanılmış kişisel ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Astım için en önemli risk faktörü olarak tanımlanan atopi, çevresel allerjenlere genetik eğilime bağlı olarak IgE düzeyindeki artış şeklinde tanımlanmaktadır. Atopinin yanı sıra sosyoekonomik, psikososyal ve çevresel faktörler astımın prevalansının ve insidansının artmasında önemlidir. Yaşamın ilk yıllarında allerjenlere maruz kalma ile astım gelişimi arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinmektedir. Büyük ölçüde (%90) allerjik mekanizmalara bağlı olan çocukluk çağı astımının gelişmesinde çevresel allerjenlere maruz kalma primer derecede önemlidir. Tetikleyici etkenler her çocukta farklı olmakla birlikte ev ortamında ev tozu akarları, küf mantarları, kedi, köpek gibi kürklü hayvanların tüyleri, hamam böceği, fare gibi haşerelerin döküntü ve epitelleri, sigara dumanı, cila, parfüm, çamaşır suyu gibi kimyasal maddeler astımın oluşumunda rol oynamaktadır (Strunk ve Fisher 1996, Kurnat ve Moore 1999, Tartasky 1999, Brown ve Hawkins 1999, Bavbek 2000, Mungan 2000, Cabana ve ark. 2004,)

Literatürde, astım ataklarına neden olan en yaygın çevresel faktör olarak ev içi allerjenler gösterilmektedir. Çocukların zamanlarının büyük kısmını evde geçirmeleri olası allerjenlere yüksek düzeyde ve yıl boyu

maruz kalmalarına neden olmaktadır. Ev içi alerjenlere maruz kalma düzeyinin artmasının astım atağı geçirme ve acil birime başvuru sayısını artırdığı bilinmektedir. Bu tetikleyicilerin astımlı çocuğun sağlığını etkileyen en önemli faktörler olması nedeniyle ev ortamının tanınması astımlı çocuğun yaşamını olumlu yönde etkileyecek en önemli girişimlerden biridir. Buna bağlı olarak allerjenlerin kontrolünde ilk ve en önemli adım, ev içi koşullarda değişiklikler yapmak ve iç ortamı kontrol altına almaktır. Klinik veriler çevre düzenlemesinin solunum semptomlarını ve buna bağlı olarak astım prevalansını azaltabileceğini göstermektedir. Ayrıca bu şekilde hem kronik semptomlar ile atakların sayı ve şiddeti hem de ilaç tedavisine olan gereksinim azaltılabilir (Sporik ve ark. 1999, Woolcock 1997, Koren 1995, Walker ve ark 2003, Mungan 2000).

Hastalık gelişmiş duyarlı çocuklarda semptomların olabildiğince baskılanması ve hastalığın mümkün olan en hafif düzeyde tutulabilmesi için çevrede astımın gelişmesine neden olan tetikleyicilerin tanımlanması önemlidir. Modern ev ortamlarının çoğunda, ev içindeki hava ventilasyonunu azaltarak nemi ve ısıyı artıracak enerji tutma sistemleri bulunmaktadır. Bu çevresel koşullar ev içindeki allerjenleri ve kimyasal ürünleri normal hava sirkülasyonu ile yeterince dilüe edememekte ve buna bağlı olarak çocuklar allerjenlere daha fazla maruz kalmaktadır (Liccardi ve ark. 2005, Walker ve ark. 2003).

### **AKARLAR VE KONTROLÜ**

Akar (mite) allerjenleri ile temas astımın patogeneğinde önemlidir. Akarlar, solunum sırasında bronkokonstrüksiyona neden olmaktan, IgE düzeyini artırmaktan ve astım semptomlarının uzun sürmesinden sorumlu en önemli tetikleyicidir. Akarların sadece astım nöbetlerine neden olmakla kalmayıp hastalığını ilerlemesinde de rol oynadıkları kanıtlanmıştır (Mungan 2000, Michel 1991).

Ev tozu akarları, ortalama 0,1-0,5 mm büyüklüğünde, gözle görülemeyen, deri döküntüleri ile beslenen, ortamın neminden etkilenen, halı yatak gibi ev eşyalarında bulunan mikroskopik canlılardır. Akarların sindirim sistemindeki enzimleri ve dışkıları astımı tetikleyen allerjenlerdir. Oldukça büyük partiküller olan akar allerjenleri yere çökmüş haldedirler. Yüzeyin süpürülmesi, çırpma gibi işlemlerden yaklaşık 15 dakika sonra akar allerjenlerinin %10-20'sinin havada asılı kaldığı bilinmektedir. Ev ortamında yaygın olarak bulunan akarların gelişmesi için gereken koşullar bütün evlerde vardır. Eve toz girişinin önlenmesi ve tozun ortamdaki uzaklaştırılması ile akarların üremeleri engellenebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, evdeki akarların %80-90 oranında azaltılması ile semptomların düzelmesi arasında ilişki bulunmuştur (Finkelstein ve ark. 2002, Mungan 2000).



Yatak ve halının yüksek miktarda akar allerjeni içermesi nedeniyle çocuklar bu allerjenlere uzun süre ve yakın temasta maruz kalmaktadır. Çarşaf ve nevresimlerin haftada bir defa en az 55 derece ısı ile yıkanması astımlı çocuğun alerjene maruz kalmasının azaltılmasında en önemli girişimlerdendir. Bu ısıda akarların öldüğü bilinmektedir. Hava ve nemin geçişine izin verip akarların geçişini önleyen alerji örtülerinin kullanılması da önerilen yöntemlerdendir. Ayrıca akar duyarlılığı olan çocukların yatak odasındaki ve en çok zaman geçirdiği diğer odalardaki koltuk, perde, yastık gibi eşyaların sentetik materyal içermesi önerilmektedir (Finkelstein ve ark. 2002, Mungan 2000).

Evdeki halıların mümkün olduğunca azaltılması akar alerjenlerinden korunmaya yönelik etkili yöntemlerden biridir. Çocuğun yatak odası ve en çok zaman geçirdiği odaların haftada iki defa elektrik süpürgesi ile temizlenmesi tozun ortadan kaldırılmasında çok önemlidir. HEPA filtresi olan süpürgelerin kullanımı ile allerjenlerin tekrar ortama verilmesi önlenmektedir. Ayrıca, elektrik süpürgesinin torbasının sık (2/3'ü dolduğunda) değiştirilmesi ve borusunun her kullanımdan önce kontrol edilmesi akar allerjenleri ve diğer allerjenlerin ortamdaki uzaklaştırılmasında yararlıdır (DeAndrade ve ark. 1996, Warner 1992, Walker ve ark. 2003).

### **KÜF MANTARLARI VE KONTROLÜ**

Diğer çevresel tetikleyiciler çevredeki ısı, nem ve havalandırma gibi koşullardan etkilenebilmektedir. Çevre koşulları havadaki allerjenlerin kompozisyonunu değiştirebilir. Soğuk, karanlık ve nemli bodrum katı, banyo gibi iyi havalandırılmayan yerler mantar gelişmesi için en uygun ortamlardır. Ev ortamındaki aşırı nem küf mantarları, akarlar ve hamam böceği için elverişli bir ortam oluşturması nedeniyle astımlı çocuğun problem yaşamasına neden olabilmektedir.

Ev ortamının nem oranının %30 ile %50 arasında tutulması, her gün havalandırılması, evde eski kitapların, kağıtların uzun süre tutulmaması, kirli ve küflü eşyaların düzenli olarak temizlenmesi veya ortadan kaldırılması, nemli yüzeylerin sık sık çamaşır suyu gibi antifungal özellikli maddelerle temizlenmesi ortamdaki küf mantarlarının uzaklaştırılması ve oluşumunun önlenmesinde önemlidir. Ayrıca mantar alerjisi olan hastalar nemli bodrum, banyo gibi yerlerde mümkün olduğunca daha az zaman geçirmelidirler (Walker, B.J., Stokes, L.D, Warren, R., 2003; Mungan, D., 2000).

İç ortamdaki küf mantarı allerjen düzeyleri ve küf mantarı teması ile astım semptomları arasındaki ilişkiye dair yeterince veri bulunmamaktadır. Fakat bazı çalışmalar ev ortamındaki küf ile alerjik hastalıklar arasında ilişki olduğunu vurgulamaktadır (Tartasky, D., 1999).

## **SİGARA DUMANI VE KONTROLÜ**

Pasif içicilik olarak tanımlanan sigara dumanına maruz kalma, hem allerjik duyarlılığa neden olmakta hem de astımın ciddiyetini artırmaktadır. Evde içilen sigara dumanının, bronşlarda duyarlılığı artırarak acil servise başvuruları, atak sayılarını, hastaneye yatışları ve kullanılan ilaç dozlarını yükselttiği bilinmektedir (Strachan ve Cook 1998, Bavbek 2000).

Sigara dumanındaki kimyasal ürünler, asitaldehit, formaldehit, nikotin 3, vinilpridin, toulen pridin, benzen ve daha başka kimyasallar olmak üzere yaklaşık 30 tehlikeli maddeyi içermektedir. Bu kimyasalların bir çoğu sigara dumanı ile uzun süre (en az dört saat) havada asılı kalmaktadır (Jordanov 1990, Walker ve ark. 2003). Sigara dumanına maruziyetinin azaltılması için sigara kullanan aile bireylerinin özellikle annelerin profesyonellerden sigarayı bırakma konusunda danışmanlık alması en önemli faktördür. Ev ortamında sigara içilmesine izin vermemek, başka bir seçenek kalmadıysa, gün içinde sadece 15 dakika ile sınırlamak, sigara içildiğinde kapı ve pencereleri açmak, sorunu en aza indirmede önemlidir. Ayrıca, sigara içerken farklı bir kıyafet giyinmenin, sigara içtikten sonra ellerin yıkanmasının etkili olduğu bilinmektedir (Finkelstein ve ark. 2002).

Okullarda ya da kreşlerde sigara içilmesinin yasaklanmış olması, ev ortamını çocuklar için sigara dumanına maruz kaldıkları en önemli yaşam alanı haline getirmiştir. Bu bilgi olası ve asıl güçlüğü belirlemek açısından profesyoneller için önemlidir (Eggleston 1998). Yapılan çalışmalarda astımlı çocukların 1/3'ünün evde içilen sigaradan etkilendiği, total ve spesifik allerjen düzeyi, allerjenler için deri testlerinin pozitif olması, allerjik semptomlar ile ebeveynlerin sigara içimi arasında ilişki olduğu, maternal sigara kullanımının astım için önemli bir risk faktörü olduğu, anneleri sigara içen çocukların anneleri sigara içmeyen çocuklara göre astım ciddiyetinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Cabana ve ark. 2004, Strachan ve Cook 1998, Melsom ve ark. 2001).

## **KİMYASAL ÜRÜNLER VE KONTROLÜ**

Kimyasal ürünlerin solunum irritasyonuna neden olarak astıma yol açması ile ilgili kanıtlar bulunmaktadır. Solunum yolunda irritasyona neden olabilen cila, parfüm, saç spreyi, insektisidler, deterjan, çamaşır suyu, deodorant, spreycokuları gibi kimyasal maddeler evde kullanıldığında astımı kötüleştirebilir (Walker ve ark. 2003).

“Dikkat” ya da “tehlikeli” uyarısı olan ürünler, temizlikte kullanılan klorak ya da amonyak gibi ürünler ve haftada bir ya da daha fazla

kullanılan ürünler yüksek riskli gruba giren ürünlerdir ve astımlı çocuğun solunum sıkıntısı yaşamasına neden olabilir. Fırın, tuvalet temizliğinde kullanılan ürünler, haftada bir defadan az kullanılan ürünler, oda kokuları vs. ise düşük riskli gruba giren ürünlerdir. Bu gruptaki ürünler, yüksek riskli gruba göre çocuklarda daha az solunum sıkıntısına yol açmaktadır.

Beyazlatıcılar, amonyak, yağ bazlı boyalar, boya incelticiler ya da çözücüler (tiner) yüksek derecede astım atağına neden olabilen kimyasal ürünlerdir. Bu ürünlerin yerine latex ya da kokusuz boyaları, su bazlı ürünlerin tercih edilmesinin astımlı çocuğun daha az sorun yaşamasına yardımcı olabileceğine inanılmaktadır. Fırın temizleyiciler, hava temizleyiciler düşük derecede riskli kimyasal maddelerdir. Ev ortamında kimyasal maddelerin kullanımından kaçınılması ve kullanıldığında astımlı çocuğun odaya en az 20 dakika sonra girmesine özen gösterilmesi önemlidir (Finkelstein ve ark. 2002).

### **EVDE BESLENEN HAYVAN VE KONTROLÜ**

Evde hayvan besleyen hastalar için en önemli tetikleyici, hayvan allerjenleridir. Evde beslenen kedi ve köpeklerin anal sekresyonları fazla miktarda allerjen içermekte ve bu hayvanların endotoksinlerinin astıma neden olduğu bilinmektedir. Kedi ve köpek allerjenleri akarlardan farklı olarak havada asılı kalabilen küçük partiküllerdir. Buna bağlı olarak bu allerjenler kolayca solunumla hava yoluna alınabilmekte ve astım ataklarını tetikleyebilmektedir (Michel ve ark 1991, Walker ve ark. 2003, Tartasky 1999).

Artan çevresel farkındalık, özellikle gelişmiş ülkelerin çoğunda ev ortamında kedi/köpek gibi kürklü hayvan sahibi olma prevalansında artışı da beraberinde getirmiştir. Pek çok ülkede evlerin yaklaşık %50'sinde kedi-köpek beslenmektedir. Buna bağlı olarak bu canlıların allerjenlerine maruziyet derecesi artmaktadır. Astımlı çocukların %50-70'den fazlasının kedi veya köpeğe karşı duyarlı olduğu saptanmıştır (Liccardi ve ark 2004, Mungan 2000).

Gelişmiş şehirlerde evde beslenen hayvanlar genellikle izole kapı/pencereler, kumaşla kaplı mobilyalar, epitellerini kolaylıkla tutan halılarla kaplı evlerde yaşamaktadır. Bu koşullar altında hayvan allerjenleri yüksek miktarda bulunabilir. Kedi/köpek allerjeni evin oturma odası, salon gibi bölümlerinde daha fazla bulunmaktadır. Yüzeyde süpürme gibi toz kaldıran işlemlerden sonra allerjenlerin yaklaşık %20'si günlerce havada asılı kalmaktadır. Kedi allerjeni kediye dokunan biri yoluyla kedi olan bir ofis, kreş, ya da evden diğerine kolaylıkla taşınabilir. Kürklü hayvanların allerjenlerinin halılara, kumaş kaplı mobilyalara, duvarlara ve giysilere yapışma ve taşınma özellikleri vardır.

Okullarda, sınıflarda ve kedi olmayan evlerde de duyarlanma ve semptom oluşturabilecek düzeyde allerjen saptandığı bildirilmektedir. Kedi olmayan evlerde bile çok az miktarda kedi allerjeni bulunmaktadır, bu nedenle kaçınmak güçtür. Duyarlı bireylerde hastalığın kötüleşmesi için bu miktar yeterli olabilir. Kedi veya köpeğe duyarlı hastalar maruziyetle semptomları arasındaki ilişkinin farkında olsalar bile evde hayvan beslemeye devam etmektedirler (Mungan 2000, Michel ve ark. 1991, Walker ve ark. 2003).

Son çalışmalar çocukların, ev ortamında bulunan kedi ve köpek gibi hayvanların allerjenlerine maruz kalmasının erken dönemde azaltılmasını önermektedir (Cabana ve ark 2004). Kedi allerjenine yönelik etkin korunma yöntemi kedinin evden uzaklaştırılmasıdır. Ancak kedi-köpek evden gitse bile allerjen düzeyinde belirgin düşme olması aylar sürmektedir. Adölesan öncesi dönemde çocuklarda yapılan çalışma sonuçlarına göre astımlı çocuklar evde beslenen kürklü hayvanların allerjenlerinden etkilenmektedir (Liccardi ve ark. 2005).

Bir ortama kedi girmesi ile o ortamdaki kedi allerjen miktarında yaklaşık 5 kat artış olduğu saptanmıştır. Bu nedenle kedinin en azından yatak odasının dışında tutulması, yatak odasının kapısının kapalı tutulması ve evin en fazla havalandırılan bölümünde kalması önerilmektedir. Evde beslenen hayvanların periyodik olarak yıkanması ile birlikte allerjen miktarında önemli düşüş olduğu bildirilmektedir. Bununla çelişen çalışmalar olmasına karşın bol su ile yıkanma durumunda olumlu sonuç alınacağını destekleyen çalışmalar daha çoğunluktadır (Tartasky 1999, Mungan 2000).

### **FARE VE HAMAM BÖCEĞİ KONTROLÜ**

Haşereler en yaygın ev içi allerjen kaynaklarından. Yapılan toksikoloji ve epidemiyolojik çalışmalarda hamam böceği allerjeninin astımın gelişimi ve kötüleşmesi üzerine etkileri olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Hamam böceğinin feçesi, salyası, yumurtaları ya da deri döküntülerinin astım ataklarını tetiklediği bilinmektedir. Yaşamın ilk 3 ayında hamam böceği allerjenlerine maruz kalma ile ilk 1 yılda tekrarlayan wheezing sıklığı arasında ilişki olduğu öne sürülmektedir (Walker ve ark. 2003). Bu bulgular hamam böceği duyarlılığının astım gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu desteklemektedir. Astımlıların %50'sinde hamam böceğine ve %15'inin farelere duyarlı olduğu bildirilmektedir (Michel ve ark. 1991). Yapılan bir çalışmada ülkemizde astımlı hastalarda hamam böceği duyarlılığı %25 oranında saptanmış ve akar duyarlılığı ile birlikteliği fazla bulunmuştur (Mungan 2000).

Hamam böceği allerjeni büyük şehirlerde yaygındır. Allerjenler evde daha çok mutfakta bulunmakla birlikte diğer odalarda da çok yük-

sek düzeylerde bulunduğu saptanmıştır. Yatak odalarının %50,2'sinde hamam böceği allerjisi seviyesi yüksektir. Astımlı çocuklarda hospitalizasyon oranı bu allerjene duyarlı olan ve yatak odalarında yüksek seviyede bu allerjene maruz kalan çocuklar arasında yaklaşık olarak 3,4 kez daha fazladır. Yatak odalarında hamam böceği allerjisi seviyesi artmış çocuklarda astımla ilgili morbidite, sağlık hizmetine başvuru, daha fazla wheezing yaşama ve okul kaybı oranı %78 daha fazladır (Kuster 1996, Sporik ve ark 1992, Eggleston ve ark. 1998, DeAndrade ve ark. 1996).

Bu allerjenleri azaltmanın hamamböceği allerjisi olan astımlılarda semptomlar üzerindeki etkisine ilişkin fazla veri bulunmamaktadır. Kimyasal ilaçlar kullanıldığında özellikle mutfaklarda allerjen düzeylerinde düşme olduğu ancak bu etkinin çok kısa sürdüğü bildirilmektedir. Hamam böceklerinin yiyecek ve su kaynaklarının ortadan kaldırılması, evin ilaçlanması gibi bireysel kontrol yöntemleri nadiren evdeki böcekleri tümüyle yok etmekte, ancak komşu evlerden tekrar yayılım olmaktadır. Bu durumda sorunu kökünden çözmek güç olmakta ve hastalar genellikle allerjen temasını azaltmamaktadır. Bu nedenlerle kimyasal ilaçlamanın profesyoneller tarafından tüm eve hatta tüm binaya uygulanması, yanısıra yoğun temizlik önlemlerinin alınması önem taşımaktadır (Mungan, D., 2000).

### **ÇEVRESEL FAKTÖRLERİN KONTROL ALTINA ALINMASINDA HEMŞİRENİN ROLÜ**

Astım hastası çocuklar gereksinimleri olan bakımın büyük kısmını evlerinde almaktadır. Ev ortamı çocuğun ve ailenin hastalığı yönetme yeteneğinde, sağlığı sürdürme aktivitelerinde ve astım ataklarına neden olan tetikleyicilerin kontrol altına alınmasında temel faktör olarak tanımlanmaktadır.

Tetikleyicilerle ilgili bir çok özel rehber olmasına rağmen astımlı çocuklar evlerinde çok fazla çevresel tetikleyiciye maruz kalmaktadır. Astımlı çocuklarda semptomların şiddetinin ortamda bulunan allerjen düzeyine bağlı olduğunu bilmek alınacak önlemlerin ve yapılacak girişimlerin doğru planlanmasında anahtardır. Hemşireler çocuğun ev ortamını gözlemleyebilecek ve çevresel (küf, hamamböceği, toz gibi) ve ailesel (sigara gibi) tehlikeleri değerlendirebilecek pozisyonadadır. Ev ortamının tanınması astımlı çocuğun yaşamını olumlu yönde etkileyecek en önemli girişimlerden biridir. Buna bağlı olarak allerjenlerin kontrolünde ilk ve en önemli adım, ev içi koşullarda değişiklikler yapmak ve iç ortamı kontrol altına almaktır. Çocukluk çağı astım yönetim programı verilerine göre, duyarlı çocuklarda çevresel kontrol, astım semptomlarının ciddiyetini ve sıklığını azaltmaya yardımcı olabilmektedir. Ulusal Astım Kampanyası Manchester Astım ve Alerji Grubu, astım açısından yüksek

riskli çocuklar doğmadan önce evlerinde uyulması zorunlu çevresel kontrolün etkisini inceleyen bir kohort çalışması yapmıştır. Gebelikte ve yaşamın ilk üç yılına kadar akar, kedi, köpek gibi allerjen seviyesinin düşük düzeyde tutulmasının çocuklarda astım gelişiminin önlenmesinde etkili olduğu saptanmıştır (Tartasky 1999, Custovic ve ark. 2000, National Institutes of Health. Highlights of the Expert Panel Report II, 1997).

Astımlı çocuklar tetikleyicilerin neden olduğu nefes darlığı, öksürük, göğüste sıkışma hissi ve wheezing semptomlarının yanı sıra hastalığın günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal yaşamlarına getirdiği sınırlılıklar nedeniyle de problem yaşamaktadırlar. Araştırmalarda ciddi astım atakları yaşayan çocukların, acil servise başvuru ve hastaneye yatış sayısı ve okul devamsızlığında artış, okul başarısında düşme olduğu, ayrıca hastalık nedeniyle stres ve anksiyete düzeylerinin arttığı ve iyi olma duygusunu sürdürmede güçlük yaşadıkları saptanmıştır (Kurnat ve Moore 1999).

Hastalığa bağlı kısıtlamalara rağmen, hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlama ve günlük aktivitelerini sürdürmelerini desteklemek için hemşireler bütüncül bir yaklaşım içinde hastaların yaşam kalitesini yükseltebilirler (Yıldız 1997). Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı insanın yaşam ve sağlığının devamı, hastalık ve sakatlıklardan kurtulma ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilme yani hastanın bireysel bakımı üstlenebilmek için duyduğu gereksinimlerde yoğunlaşmaktadır (Bırol 2002). Bu nedenle hemşirelik bakımı çocuk ve ailenin fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik haline yönelik yaşam kalitesini artıracak hasta merkezli girişimleri içermelidir. Çocuk ve ailenin hastalık konusunda bilinçlendirilmesi, sağlıkla ilgili yeteneklerini sonuna kadar kullanmasını sağlayacak davranış ve becerilerin kazandırılması ile kendi kültür ve değer sistemleri içinde amaçları ve beklentileri ile ilişkili olarak yaşam kalitesini artıracaktır (Juniper 1997). Çocuğun öz-bakım yeteneğinin geliştirilebilmesi ile kendi denetimini sağlayacak, dolayısıyla fiziksel iyilik hali etkilenecek, hemşirelik girişimlerinin fark edilmesi ve memnuniyet duyulması ile hastada kişisel kontrol sağlanarak psikolojik iyilik hali etkilenecektir (Müftüoğlu 2000, Bozkurt 2003).

Yaşam kalitesini artırmak için yapılan hemşirelik girişimleri yalnızca astımlı çocuğu değil, aynı zamanda kronik hastalıklı çocuğa sahip olan ebeveynleri de kapsamalıdır. Kronik hastalıklı çocuğun evde bakımı genellikle aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmekte, dolayısı ile aile yükü artmaktadır. Astımın fiziksel semptomlarına ek olarak aileler bir çok psikososyal sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Yapılan araştırmalarda, ebeveynlerin astım hastası çocuğun evde bakımını karşılamada çevresel faktörlerin kontrol altına alınması, sosyal ilişkilerinin sürdür-

rülmesi, iş ve okul kaybı, hastalık giderlerinin karşılanması, aile ilişkileri, etkili ebeveyn - çocuk iletişiminin sürdürülmesi ve ilaç kullanımı konusunda problem yaşadıkları belirlenmiştir (Horner ve ark. 2002, Kurnat ve Moore 1999). Yaşanan bu sorunlar ebeveynlerin sağlık profesyonelleri tarafından destek gereksinimini açıkça göstermektedir. Ebeveynin destek gereksinimi bireyselliğine, çocuğun yaşına, hastalık süresinin uzunluğuna, tipine, şiddetine, aldığı bilgi ve desteğin düzeyine göre değişmektedir. Eğer ebeveynlere gereksinim duydukları destek sağlanamazsa astımlı çocukların bakımına eşlik eden sosyal ve ekonomik giderler de artacaktır (Bozkurt 2003).

Hemşireler, ebeveynlerin gereksinim duydukları desteği bakım verme, danışmanlık, eğitim gibi rollerini kullanarak sağlayabilir. Astımlı çocuğun primer ve sekonder bakımında rol alan hemşirelerin uygulamaları ile hem astımlı çocuğun yaşayacağı atak sıklığını ve hastaneye başvuru sayısını hem de ailelerinin baş etme ve yönetme ile ilgili sorunlar yaşamasını önleyebileceği açıktır. Hemşirelerin diğer sağlık profesyonellerinden farklı olarak, ebeveynler ve astımlı çocuğa bakım veren diğer aile üyelerini doğal ortamlarında hastalıkla nasıl baş ettiklerini değerlendirme ve astım yönetimini en iyi nasıl yapacaklarını gösterme fırsatları vardır (Navaie ve ark. 2004). Hemşireler, ailenin algılarının ve baş etme yeteneklerinin değerlendirilmesi, duygularını açıklamaya cesaretlendirilmesi, olumlu baş etme davranışlarının kazandırılması, hastalığı yönetmede uygun kaynaklara yönlendirilmesi, hastalık ve yönetimi konusunda eğitim girişimleri ile ailelerin baş etmelerine yardımcı olabilirler (Bozkurt 2003). Ebeveynlerin baş etmesini ve uyumunu kolaylaştırmak için sahip oldukları astımlı çocuğun sağlık durumunu optimal düzeye çıkarma ve bu hedefe ulaşmada ebeveynin aktif katılımını desteklemek, hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirecek yaratıcı girişimler geliştirmek profesyonel bir meslek grubu olarak hemşirelerin sorumluluğudur.

Hemşirelik girişimlerinden biri de ebeveynlere hastalık yönetiminde ailenin fonksiyonu konusunda bilgi vermektir. Amerika Ulusal Kalp, Kan ve Akciğer Enstitüsü verilerine göre, profesyoneller tetikleyicileri tanımlamalı, hastalara ve ebeveynlere çocuklarını tetikleyicilerden uzak tutma ve çevrelerini tetikleyicilere göre uyumlandırma konusunda eğitim vermelidir (National Heart, Blood And Lung Institute, Expert Panel Report 2, 1997). Astımlı çocuğa bakım veren ebeveynlerin ve diğer aile bireylerinin bilgi ve becerisi astımlı çocuğun yaşamında son derecede önemlidir Ebeveynlerin ev ortamındaki tetikleyicileri kontrol altına alma konusundaki başarısı astımlı çocuğun atak sıklığını dolayısı ile hastaneye başvuru sayısının doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle çocuğun bakımından sorumlu olan ebeveynlerin, çocuklarının astım ataklarının ciddiyetini ve sıklığını azaltmak için ev ortamını düzenlemeleri önem-

lidir. Bu konuda ebeveynlere verilecek eğitimin önemi tartışılmazdır. Astım hastası olan büyük çocuklarda bile, ebeveynlerin/diğer bakım verenlerin astım konusundaki bilgi düzeylerinin ve yönetme becerilerinin astımlı çocukların hastalığa uyumlarında anahtar faktör olduğu gösterilmiştir (Navaie ve ark 2004, Lincoln 1993). Girişimlerin bireysel olarak planlandığı astım eğitimi ve çevresel kontrolün yer aldığı çalışmalarda hospitalizasyon ve acil birim kullanımının başarılı bir şekilde azaldığı, hamam böceği allerjisi ve ev tozunun azaltılması ile ilgili olumlu sonuçlar bulunmuştur. Tartasky'nin (1999) vaka-kontrol çalışmasında, gruplar arasında major semptomlarda azalma (%30) olduğu görülmüştür. Astımlı azınlık gruplarda yapılan girişimsel çalışmalar, hospitalizasyon, inhaler kullanımı ve acil birim kullanımını azaltırken, tedaviye ve hastalığa uyumu artırmıştır. Bazı çalışmalar, sağlık çalışanlarına, ebeveynlere ve çocuklara verilen çocukluk çağı astım sağlık eğitiminin astım yönetim becerisini artırdığını göstermektedir (Mayo ve ark. 1990, Kelso ve ark. 1996, Tartasky, 1999, Becker ve ark. 1994).

Astımlı çocuk ve ailesinin ortamının tanınması, gerek duydukları bakım ve danışmanlığın sağlanması ve belirlenmiş bilgi gereksinimine uygun olarak eğitim verilmesi hastalık nedeniyle yaşanan problemleri en aza indirmede, uyumu ve baş etmeyi kolaylaştırmada temel öğelerdendir. Hemşireler primer, sekonder ve tersiyer sağlık hizmetleri ile astımlı çocuğun kaliteli bir yaşam sürmesini sağlayabilirler.

#### **KAYNAKLAR**

1. Bavbek S (2000) Astım Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri, Türkiye Klinikleri Alerji ve Astım, 2: 2, 7- 66.
2. Becker A, McGhan S, Dolovich J ve ark. (1994), Essential Ingredients for an Ideal Education Program for Children With Asthma and Their Families, Chest, 106:4, 231-234S.
3. Birol L (2002) Hemşirelik Süreci, Hemşirelik İle İlgili Kuramlar. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd Şti, 70.
4. Bozkurt G (2003) Astımlı Okul Çocuklarına Hastalığın Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitelerine Etkisi.Yayınlanmamış Doktora tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 22-25.
5. Brown CW, Hawkins L (1999) Allergy Prevalence And Casual Factors In The Domestic Environment: Results Of A Random Population Survey In The United Kingdom, Annals Of Allergy, Asthma, And Immunology, 83: 3, 240-245.
6. Cabana MD, Kathryn K, Slish MA, Toby C ve ark. (2004), parental management of asthma triggers within a child's environment, Journal of Allergy and Clinical Immunology, 114:2, 352-357.
7. Custovic A, Simpson Bm, Simpson A, Kissen P, Woodcock A., 2001, Effect Of Environmental Manipulation in Pregnancy And Early Life On Respiratory Symptoms And Atopy During The First Year Of Life: A Randomised Trial. Lancet; 358:188-19.



8. De Andrade A, Birnbaum J, Magalon D ve ark. (1996) Fel D I Level In Cat Anal Glands. *Clin Exp Allergy*, 26:178-180.
9. Eggleston P, Rosenstreich D, Lynn H ve ark. (1998), Relationship Of Indoor Allergen Exposure Skin Test Sensitivity In Inner City Children With Asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 4:563-570.
10. Finkelstein JA, Fuhlbrigge A, Lozano P ve ark. (2002), Parent-Reported Environmental Exposures And Environmental Control Measures For Children With Asthma, *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156 :3.
11. Horner S, Surratt D, Smith, S (2002) The Impact Of Asthma Risk Factors On Home Management Of Childhood Asthma, *Journal Of Pediatric Nursing*, 17:3, 45-53.
12. Jordanov J (1990) Cotinine Concentration In Amniotic Fluid And Urine Of Smoking, Passive And Non-Smoking Pregnant Women At Term And In The Urine Of Their Neonates On First Day Of Life, *Eur J Pediatrics*, 149:734-737.
13. Juniper E.F (1997) How Important Is Quality Of Life In Pediatric Asthma, *Pediatric Pulmonology*, 5:17-21.
14. Kelso TM, Abou-Shala IV, Heilker GM ve ark. (1996) Comprehensive Long-Term Management Program For Asthma: Effect On Outcomes In Adult African-Americans. *Am J Med Sci.*, 311:272-280.
15. Koren HS (1995) Association Between Criteria Air Pollutants And Asthma. *Environ Health Perspect*, 103: 235-242.
16. Kurnat S, Moore L, (1999) The Impact Of A Chronic Condition On The Families Of Children With Asthma, *Pediatric Nursing*, 25 (3) 288-292
17. Kuster PA (1996) Reducing Risk Of House Dust Mite And Cockroach Allergen Exposure In Inner-City Children With Asthma. *Pediatr Nursing*; 22:297-303.
18. Liccardi G, Amato GD, Amato LD ve ark. (2005) The Effect Of Pet Ownership On The Risk Of Allergic Sensitisation And Bronchial Asthma, *Respiratory Medicine*, 99:2,227-233.
19. Lincoln 1993.
20. Mayo P, Richman J, Harris WH (1990) Results Of A Program To Reduce Admissions For Adult Asthma. *Ann Int Med.*, 112:864-871.
21. Melsom, T., Brinch, L., Hessen, J., Schei, M (2001), Asthma And Indoor Environment In Nepal, *Thorax*, 56:6,477-482.
22. Michel O, Ginanni R, Duchateau J ve ark. (1991) Domestic Endotoxin Exposure And Clinical Severity Of Asthma, *Clin Exp Allergy*, 21:441-448.
23. Mungan, D (2000) Astımda Korunma Yöntemleri, *Türkiye Klinikleri Alerji Ve Astım*, 2:2, 106-114.
24. Müftüoğlu, E., (2000) Göğüs Hastalıkları, *Hekimler Yayın Birliği*, 2:1, 3-5.
25. National Asthma Education And Prevention Program. Expert Panel/ Report 2: Guidelines For The Diagnosis And Management Of Asthma. Bethesda, Md: National Institutes Of Health; 1997. Publ. No. 97-4051, [www.nhlbi.nih.gov/about/naepp](http://www.nhlbi.nih.gov/about/naepp), Nisan 2005.
26. Navaie M. Ve ark. (2004) Evaluating The Needs Of Children With Asthma In Home Care: The Vital Role Of Nurses As Caregivers And Educators, *Public Health Nursing*, 21:4, 306-315.

27. Sporik R, Chapman MD, Platts-Mills TA (1999) House Dust Mite Exposure As A Cause Of Asthma. *Clin Exp Allergy*, 192:22, 897-906.
28. Strachan DP, Cook DG (1998) Parental Smoking And Allergic Sensitisation In Children, *Thorax*,53:2, 117-124.
29. Tartasky D (1999) Asthma In The Inner City: A Growing Public Health Problem, *Holistic Nursing Practice*, 14:1; 37-47.
30. Walker BJ, Stokes LD, Warren R (2003) Environmental Factors Associated With Asthma, *Journal Of The National Medical Association* , .95:2, 152-167.
31. Warner J (1992), Environmental Allergen Exposure In Homes And School. *Clin Exp Allergy*. 22:1044-1045.
32. Woolcock P.,1997, Evidence For The Increase Asthma. In: Ciba Foundation, Ed. *The Rising Trends In Asthma*. John Wiley And Son; 122-139.
33. World Health Organization, (2000), Asthma  
[Http://www.who.int/childhealthenv/risks/asthmatop](http://www.who.int/childhealthenv/risks/asthmatop) , Nisan 2005.
34. Yıldız S (1997) Çocuklarda Akut Astım Atağı ve Hemşirelik Bakımı, *Yoğun Bakım*, 1:1, 49-55.

## HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK DAVRANIŞLARI

### HEALTH BEHAVIOURS OF NURSING STUDENTS

Nazan TUNA ORAN

Ayşe SAN TURGAY

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik öğrencisi, sağlık davranışı

**Key Words:** Nursing student, health behaviour

\*Bu araştırma, I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı) (24-26 Kasım 2004, Ankara)'nda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

---

### ÖZET

Sağlık davranışı, sağlık, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünüdür. Sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ana görevi sağlık eğitimi aracılığıyla sağlığın geliştirilmesini sağlamaktır. Sağlık eğitimi veren hemşire iyi bir model olmak için kendisi de bu davranışları sergilemelidir.

Bu çalışmanın amacı, farklı sınıflardaki (hazırlık, I., 2. ve 4. sınıf) hemşirelik öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını karşılaştırmak ve hemşirelik eğitiminin sağlığı geliştirme davranışına olan etkisini ortaya koymaktır. Araştırma, Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli'ne dayandırılmıştır. Verilerin toplanmasında Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirliği Esin tarafından yapılmış Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) kullanılmıştır.

Çalışma, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinde yapılmıştır. Farklı sınıflardaki öğrencilerin ölçeğin alt boyutlarından (kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi) aldıkları puanlar arasında fark bulunmuştur. Üst sınıflardaki hemşirelik öğrencileri daha fazla sağlığı geliştirme davranışı eğilimi göstermiştir. Hemşirelik eğitiminin, sağlığı geliştirme ile ilişkili aktiviteler üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

### SUMMARY

*Health behavior is a sum of activity related to the health, protection of health, and promotion of health. Main duty of nurses working in health services is to ensure health promotion by using health education. Nurses as a health educator must exhibit health-promoting lifestyle in order to be a good model.*

*The purpose of this study were to compare the health promotion behaviors among the nursing students with different classes (preparatory, first, second, and*

*fourth classes) and to find the impacts of nursing education on health promoting behaviors. The study was based on the Pender's Health Promotion Model. The data were obtained by using Health Promotion Lifestyle Profile Scale. The validity and reliability of this scale's Turkish translation has been tested previously by Esin.*

*The study was conducted in Ege University Nursing School. Its subscales (self actualization, health responsibility, exercise, nutrition, interpersonal support, stress management) significantly differed among students with different classes. Nursing students with higher classes tend to practice more health-promoting behaviors. Nursing education have positive impact on the promotion of the health-related activities.*

## **GİRİŞ**

İnsanların yaşamında sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Uzun yıllardan bu yana sağlık bakımının bir üstünlük olmayıp, her bir birey için bir hak olduğu geniş kitlelerce benimsenmiş bir felsefedir (Fadıloğlu ve Zaybak 2002). Hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı sağlık üzerine odaklanmıştır. Bunun sonucu olarak hemşire kuramcı ve araştırmacılar, sağlık, sağlık davranışları ve sağlığı etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalara önem vermektedirler (Esin 1999). Hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın geliştirilmesi ve korunması olup, bu işlevini bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmesi gerekmektedir (Aksayan ve Gözüm 1998).

Sağlığı koruma ve geliştirme kavramları birbirlerinden farklı olmasına karşı çoğu kez aynı anlamda kullanılmaktadır. Pender sağlığı geliştirici davranışları, bireylerin yaşam biçimlerini olumlu yönde destekleyen sürekli aktiviteler olarak açıklamaktadır (Erdoğan ve ark. 1994). Sağlığı geliştirme, doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik faaliyetleri ifade etmektedir. Bireyin var olan sağlık davranışını en üst düzeye çıkarmasıdır. Sağlığı koruma ise bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade eder (Esin 1999). Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (Esin ve Erdoğan 1997).

Sağlığın daha iyiye götürülmesi ya da başka bir deyişle sağlığın geliştirilmesi herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998). Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir (Esin 1999). Sağlık eğitiminin önemli bir uygulayıcısı olan hemşireler, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde

başlatmaları ve sürdürmeleri için en iyi stratejileri ve son gelişmeleri her zaman yakından takip etmek zorundadırlar (Aksayan ve Gözüm 1998).

Sağlık bakım sistemi, çevresel ve kültürel etmenler doğrultusunda sürekli değişime uğramaktadır. Son otuz yıldır bu değişim sağlığı koruyan, sürdüren ve geliştiren yönde etkisini sürdürmüştür ve bu bağlamda hemşirelik hizmetlerinin kapsamını da genişletmiştir (Erdoğan ve ark. 1994). Sağlık bakımının artan maliyeti, hastalık bakımının etkisizliğinin fark edilmesi ile birleşince sağlık bakım ekibi, özellikle hemşireler tarafından sağlığı geliştirme kavramının savunulmasına ve gelişmesine yol açmıştır (Barnfather 1991, Haddad ve ark. 2004). Sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam biçimini sürdürme sağlık bakımı vericilerinin temel amacı haline gelmiştir (Barnfather 1991).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD); Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987 yılında bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmek için geliştirilmiştir (Walker ve ark. 1987). Birçok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarla geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanan ölçeğin Türkçe'ye uygulanabilir güvenli bir ölçek olduğu Esin tarafından yapılmıştır (Esin 1999).

Sağlığın geliştirilmesinden sorumlu bir eleman durumunda olacak hemşirelik öğrencilerinin, sağlık davranışlarının ne düzeyde olduğunun bilinmesi önemlidir. Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tanımlamak ve sağlık davranışlarını etkileyecek bireysel özelliklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmada evreni, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (E.Ü.H.Y.O) 1999-2000 eğitim öğretim yılı öğrencileri (473 kişi) (Hazırlık, 1., 2., 3., ve 4. sınıf) oluşturmuştur. Evrenin tamamının araştırma kapsamına alınması düşünülmüş, ancak E.Ü.H.Y.O'nda 3. sınıf öğrenci mevcudunun çok az olması nedeni ile bu öğrenciler, anketin uygulandığı gün devamsızlık yapan ve anketi doldurmayı kabul etmeyen öğrenciler (toplam 118 kişi) araştırmaya alınmamıştır. Böylece araştırma 355 kişi (evrenin %75.05'i) üzerinde yürütülmüştür.

E.Ü.H.Y.O Müdürlüğü'nden yazılı izin alındıktan sonra, veriler 2000 yılı Haziran ayında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini içeren bir soru formu ile "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" (Esin ve Erdoğan 1997) kullanılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile HPLP), 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de 1997 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması Esin tarafından yapılmıştır (Esin 1999). Ölçeğin alt grupları; kendini gerçekleştirme (13-52 puan, 13 soru), sağlık sorumluluğu (10-40 puan, 10 soru), egzersiz

(5-20 puan, 5 soru), beslenme (6-24 puan, 6 soru), kişiler arası destek (7-28 puan, 7 soru), stres yönetimi (7-28 puan, 7 soru) den oluşmaktadır. Tüm ölçek için en düşük puan 48, en yüksek puan 192`dir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir (Esin 1999). Veriler; ortalama ve varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Ortalama hesapları her bir alt ölçek için yapılmıştır.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

**Tanıtcı Özelliklere Ait Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %73.8`i 20-22 yaş grubunda olup, yaş ortalaması  $20.50 \pm 1.30$  olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %30.4`ünün hazırlık sınıfında eğitim gördüğü, büyük çoğunluğunun (%45.9) en uzun süre bir il merkezinde yaşadığı ve %86.5`inin çekirdek ailesi olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%52.7) yurttan kaldığını ve %59.4`ü ailelerinin ekonomik durumunu “gelir gidere denk” olarak belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin %54.9`u ilköğretim mezunu iken, babalarının %41.7`si ilkokul ve %21.4`ü lise mezunu olarak saptanmıştır.

**Tablo 1.** Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Gruplarının Ortalama Puanlarının Dağılımı. (n=355)

Alt Ölçekler	Puan Ortalaması	Seçenekleri İşaretlenme Ortalamaları
Kendini Gerçekleştirme	$36.00 \pm 6.03$	$2.75 \pm 0.48$
Sağlık Sorumluluğu	$22.05 \pm 4.93$	$2.19 \pm 0.50$
Egzersiz	$9.43 \pm 2.99$	$1.87 \pm 0.60$
Beslenme	$15.22 \pm 3.02$	$2.52 \pm 0.51$
Kişilerarası Destek	$20.96 \pm 3.43$	$2.98 \pm 0.50$
Stres Yönetimi	$16.71 \pm 3.33$	$2.44 \pm 0.47$
<b>Toplam</b>	<b><math>120.86 \pm 17.84</math></b>	<b><math>2.50 \pm 0.38</math></b>

Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 1`de görülmektedir. Öğrencilerin sağlığı geliştirme yaşam biçimi davranışları puan ortalaması 120.86 olarak saptanmıştır. Fadiloğlu ve Zaybak tarafından yapılan çalışmada, üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 121.21, hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalaması ise 121.86 olarak saptanmıştır (Fadiloğlu ve Zaybak 2002). Ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yapılan çalışmalarda sağlığı geliştirici davranışların puan ortalamaları 122.5-104.6 arasındadır (Erci ve Sayan 1998). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmek amacıyla Esin (1997), (1998),

Pasinlioğlu ve Gözüm (1998), Duffy ve ark. (1996), Lee ve Loke (2005) tarafından yapılan çalışmalarda da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait genel puanın orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Esin 1997, Esin 1998, Pasinlioğlu ve Gözüm 1998, Duffy ve ark. 1996, Lee ve Loke 2005).

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında (Tablo 1) sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en fazla uygulanan davranışın kişilerarası desteğe ( $2.98 \pm 0.50$ ), en az uygulanan davranışın ise egzersize ( $1.87 \pm 0.60$ ) ait olduğu bulunmuştur. Kişilerarası destekten sonra en çok uygulanan sağlık davranışları sırası ile; kendini gerçekleştirme ( $2.75 \pm 0.48$ ) ve beslenme ( $2.52 \pm 0.51$ )`dir. Hui, MacDonald ve arkadaşları ile Haddad ve arkadaşları tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Hui WH 2002, MacDonald ve ark. 1994). Farklı kültürlerde olsalar bile, her iki çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin aldığı puanların benzer olması aynı yaş grubu hemşirelik öğrencilerinin, benzer sağlık davranışları sergilediklerini düşündürmektedir. Pasinlioğlu ve Gözüm birinci basamak sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmada, en yüksek madde puanın beslenme, en düşük madde puanının egzersiz olduğunu belirtmiştir (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998). Pasinlioğlu ve Gözüm`ün çalıştıkları grubun erişkin yaş grubu ve çalışan sağlık personeli olduğu dikkate alınırca, bu araştırmadaki öğrenci grubu ile karşılaştırılması çok uygun olmayacaktır. Yine, Duffy ve arkadaşları (1996), Johnson (2005) ile Esin (1997), (1998) tarafından yapılan çalışmalarda da kadınların en az uyguladıkları sağlık davranışının egzersize ait olduğu belirtilmiştir (Duffy ve ark 1996, Johnson 2005, Esin 1997, Esin 1998).

Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 2`de verilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan genel puan ortalaması ile tanıtıcı özelliklerden “Ailedeki birey sayısı” ile “Ailenin gelir durumu” arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ailedeki kişi sayısının artması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur (2 kişi  $126.00 \pm 16.13$ , 3 kişi  $121.38 \pm 17.88$ , 4 kişi  $119.57 \pm 19.36$ , 5 kişi  $117.15 \pm 18.50$ ,  $p < 0.05$ ). Erci ve Sayan (1998) yaptıkları çalışmada ailedeki kişi sayısının artması ile sağlık davranışı seviyesinin düştüğünü saptamıştır (Erci ve Sayan 1998). Ailesinin gelir ortalamasını, gelir giderden çok olarak belirten öğrencilerin puan ortalamasının, gelir giderden az olarak belirten öğrencilerden yüksek olması bireyin ekonomik durumu ile olumlu sağlık davranışları arasındaki pozitif ilişkiyi göstermektedir (gelir giderden fazla  $127.71 \pm 21.02$ , gelir gidere denk  $121.74 \pm 17.54$ , gelir giderden az  $116.74 \pm 19.48$ ,  $p < 0.05$ ). Aylık gelir düzeyi tek başına sağlık davranışlarını açıklamada kullanılan bir değişken olmamakla birlikte, aylık gelir düzeyinin artışı ile birlikte

gelişen sosyo-kültürel durum sağlık davranışları üzerinde etkili olabilmektedir. Fadiloğlu ve Zaybak (2002) yaptıkları benzer çalışmada, üniversite öğrencilerinin gelir ortalamaları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yükseldiğini saptamıştır (Fadiloğlu ve Zaybak 2002). Johnson ve arkadaşları (1993) ile Lusk ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan çalışmalarda da ekonomik düzey arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı bulunmuştur (Johnson ve ark. 1993, Lusk ve ark. 1994).

**Tablo 2.** Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n=355)

Tanıtıcı Özellikler	N	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları		
		X	SS	Anlamlılık Derecesi
<b>Yaş Grupları</b>				
17-19	75	117.29 ±15.34	F= 1.91	p>0.05
20- 22	262	121.82 ±18.36		
23+↑	18	121.83 ±18.95		
<b>Sınıf</b>				
Hazırlık	108	119.49 ±14.87	F= 1.92	p>0.05
1. Sınıf	73	124.22 ±21.05		
2. Sınıf	108	118.69 ±16.99		
4. Sınıf	66	122.96 ±19.38		
<b>Şimdiye Kadar En Uzun Süre Yaşanılan Yer</b>				
İl	163	122.69 ±16.85	F= 1.89	p>0.05
İlçe	105	120.70 ±20.42		
Köy	71	116.93 ±16.08		
Yurt Dışı	16	124.13 ±11.81		
<b>Ailedeki Birey Sayısı</b>				
2 Kişi	136	126.00 ±16.13	F= 3.12	<b>p&lt;0.05</b>
3 Kişi	116	121.38 ±17.88		
4 Kişi	51	119.57 ±19.36		
5 Kişi	52	117.15 ±18.50		
<b>Şu Anda Nerede Kaldığı</b>				
Yurt	187	119.23 ±17.99	F= 2.42	p>0.05
Aile	116	123.81 ±18.17		
Evde	52	120.15 ±15.96		
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>				
Gelir Giderden Fazla	17	127.71 ±21.02	F= 4.39	<b>p&lt;0.05</b>
Gelir Gidere Denk	211	121.74 ±17.54		
Gelir Giderden Az	127	116.74 ±19.48		
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>				
Okur Yazar Değil	31	119.77 ±14.77	F= 0.999	p>0.05
İlkokul	195	119.38 ±17.88		
Ortaokul	70	123.43 ±18.79		
Lise	41	123.17 ±18.66		
Y.Okul/Fakülte	18	123.56 ±16.31		
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>				
İlkokul	148	118.82 ±17.92	F= 1.52	p>0.05
Ortaokul	74	120.62 ±17.10		
Lise	76	123.79 ±18.43		
Y.Okul/Fakülte	57	122.60 ±17.52		



Tablo 3. Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Dağılımları (n:=355)

Tanıtıcı Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Ölçekleri															
	N	Kendini Gerçekleştirm			Sağlık Sorumluluğu			Egzersiz			Beslenme			Kişilerarası Destek		
		X	SS	Anlamlılık	X	SS	Anlamlılık	X	SS	Anlamlılık	X	SS	Anlamlılık	X	SS	Anlamlılık
<b>Yaş Grupları</b>																
17-19	75	36.27±5.03		20.11±4.75			8.47±2.84			15.08±2.94			20.63±3.31			
20- 22	262	36.02±6.27	F= 0.48	22.52±4.88	F= 8.01		9.70±2.96	F= 5.10		15.18±3.07	F= 1.58		21.06±3.50	F= 0.46		
23+↑	18	34.72±6.52	p>0.05	23.44±4.60	<b>p&lt;0.05</b>		9.61±3.38	<b>p&lt;0.05</b>		16.44±2.71	p>0.05		20.94±3.13	p>0.05		
<b>Sınıf</b>																
Hazırlık	108	37.06±4.79		20.51±5.03			8.82±3.02			15.18±2.87			20.69±3.06			
1. Sınıf	73	36.66±6.69		22.42±5.01			10.12±3.00			15.45±3.06			21.53±3.88			
2. Sınıf	108	34.67±5.72	F= 3.28	22.31±4.53	F= 6.69		9.41±2.75	F=3.04		14.78±3.12	F= 1.70		20.67±3.46	F= 1.34		
4. Sınıf	66	35.73±7.20	<b>p&lt;0.05</b>	23.76±4.73	<b>p&lt;0.05</b>		9.71±3.16	<b>p&lt;0.05</b>		15.79±3.03	p>0.05		21.26±3.44	p>0.05		
<b>En Uzun Süre Yaşanılan Yeri</b>																
İl	163	36.95±6.35		22.31±4.63			9.57±2.79			15.58±3.21			21.16±3.58			
İlçe	105	35.86±6.40		22.09±5.38			9.56±3.51			15.00±2.85			20.93±3.66			
Köy	71	34.42±5.60	F= 2.44	21.68±4.94	F= 0.82		9.12±2.75	F= 1.20		14.72±2.65	F= 1.92		20.49±2.87	F= 0.64		
Yurt Dışı	16	37.56±4.90	<b>p&lt;0.05</b>	21.81±3.60	p>0.05		9.19±2.34	p>0.05		16.19±3.19	p>0.05		20.81±2.64	p>0.05		
<b>Ailedeki Birey Sayısı</b>																
2 Kişi	136	37.59±5.61		22.51±4.55			9.56±3.02			16.01±3.11			22.19±2.89			
3 Kişi	116	36.04±5.99		22.44±5.37			9.47±3.17			15.13±2.75			20.96±3.48			
4 Kişi	51	35.35±6.60	F= 2.65	22.73±5.23	F= 2.12		9.73±2.77	F= 0.44		14.57±2.62	F= 2.63		19.92±3.59	F= 4.93		
5 Kişi	52	34.98±6.37	<b>p&lt;0.05</b>	20.90±4.52	p>0.05		9.04±3.02	p>0.05		15.27±3.33	<b>p&lt;0.05</b>		20.50±3.47	<b>p&lt;0.05</b>		
<b>Şu Anda Nerede Kaldığı</b>																
Yurt	187	35.62±5.91		21.60±5.16			9.33±2.89			14.86±2.75			20.70±3.35			
Aile	116	36.92±6.21	F= 2.05	22.56±4.70	F= 1.66		9.66±3.10	F= 0.47		15.78±3.31	F= 3.39		21.31±3.62	F= 1.23		
Evde	52	35.35±5.97	p>0.05	22.56±4.53	p>0.05		9.33±3.12	p>0.05		15.29±3.19	<b>p&lt;0.05</b>		21.13±3.33	p>0.05		
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>																
Gelir Giderden Fazla	17	39.35±7.43		23.59±6.06			9.71±3.50			15.59±2.83			22.24±3.99			
Gelir Gidere Denk	211	36.13±5.92	F= 4.56	22.29±4.93	F= 3.30		9.41±3.07	F= 0.22		15.56±3.06	F= 5.20		21.04±3.29	F= 2.60		
Gelir Giderden Az	127	34.85±6.52	<b>p&lt;0.05</b>	21.08±5.01	<b>p&lt;0.05</b>		9.25±2.95	p>0.05		14.47±3.06	<b>p&lt;0.05</b>		20.40±3.89	<b>p&lt;0.05</b>		
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>																
Okur Yazar Değil	31	35.19±5.21		22.61±4.33			9.39±2.65			15.03±2.47			20.77±3.06			
İlkokul	195	35.87±6.05		21.51±4.94			9.13±2.88			14.98±2.87			20.89±3.48			
Ortaokul	70	36.81±6.24		22.71±5.26			9.81±3.25			15.57±3.34			21.13±3.26			
Lise	41	36.32±6.66	F= 0.63	22.27±4.52	F= 1.69		9.85±3.19	F= 1.46		15.63±3.58	F= 0.97		21.10±3.98	F= 0.11		
Y.Okul/Fakülte	18	35.00±4.98	p>0.05	23.94±5.09	p>0.05		10.39±3.09	p>0.05		15.89±2.95	p>0.05		21.11±3.27	p>0.05		
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>																
İlkokul	148	35.45±5.91		21.60±4.76			9.41±3.12			15.01±2.70			20.45±3.67			
Ortaokul	74	35.88±5.87		21.80±4.83			9.19±2.69			15.31±3.00			21.30±3.24			
Lise	76	37.33±6.03	F= 1.68	22.54±5.52	F= 1.33		9.45±3.01	F= 0.44		15.39±3.37	F= 0.46		21.28±3.52	F= 1.88		
Y.Okul/Fakülte	57	35.84±6.45	p>0.05	22.93±4.65	p>0.05		9.79±3.02	p>0.05		15.46±3.40	p>0.05		21.42±2.82	p>0.05		

Hemşirelik öğrencilerinin tüm tanıtıcı özelliklerinin her bir alt ölçekle ilişkisi aranmış, “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “beslenme” ve “kişilerarası destek” alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 3). Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine yönelik olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; öğrencilerin yaş gruplarının sağlık sorumluluğu (17-19 yaş 20.11±4.75, 20-22 yaş 22.52±4.88, 23+↑ yaş 23.44±4.60, p<0.05) ve egzersiz (17-19 yaş 8.47 ±2.84, 20-22 yaş 9.70 ±2.96, 23+↑ yaş 9.61±3.38, p<0.05) alt ölçekleri ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Yaş arttıkça öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve egzersiz puanları buna paralel olarak artmaktadır. Sağlığı geliştirme modeline göre yaş arttıkça sağlığı geliştirme davranışları artmaktadır. Erci ve Sayan (1998) ile Aytan (1998) çalışmalarında yaş arttıkça olumlu sağlık davranışlarının da arttığını saptamıştır (Erci ve Sayan 1998, Aytan 1998).

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf ile kendini gerçekleştirme (hazırlık 37.06±4.79, 1. sınıf 36.66±6.69, 2. sınıf 34.67±5.72, 4. sınıf 35.73±7.20 , p<0.05), sağlık sorumluluğu (hazırlık 20.51±5.03, 1. sınıf 22.42±5.01, 2. sınıf 22.31±4.53, 4. sınıf 23.76±4.73 , p<0.05) ve egzersiz (hazırlık 8.82±3.02, 1. sınıf 10.12 ±3.00, 2. sınıf 9.41±2.75, 4. sınıf 9.71±3.16, p<0.05) alt ölçekleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 3). Öğrencilerin aldıkları eğitim sonucunda; sağlıkla ilgili bilgilerinin artmasına paralel olarak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik daha fazla sorumluluk üstlendiklerini göstermekte ve hemşirelik öğrencilerinin aldıkları sağlık eğitiminin olumlu etkisi olarak düşünülmektedir.

Öğrencilerin yaşamını en uzun süre geçirdikleri yer ile kendini gerçekleştirme (il 36.95±6.35, ilçe 35.86±6.40, köy 34.42±5.60, yurt dışı 37.56±4.90, p<0.05) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3). Esin (1997) tarafından yapılan çalışmada yaşamının büyük bir kısmını büyük şehirde geçiren bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek bulunmuştur (Esin ve Erdoğan 1997). Bu sonuç, kent yaşamının öğrencileri olumlu yönde etkileyen bir uyaran olduğunu düşündürmektedir.

Ailedeki birey sayısı ile kendini gerçekleştirme (2 kişi 37.59±5.61, 3 kişi 36.04±5.99, 4 kişi 35.35±6.60, 5 kişi 34.98±6.37, p<0.05), beslenme (2 kişi 16.01±3.11, 3 kişi 15.13±2.75, 4 kişi 14.57±2.62, 5 kişi 15.27±3.33, p<0.05) ve kişilerarası destek (2 kişi 22.19±2.89, 3 kişi 20.96±3.48, 4 kişi 19.92±3.59, 5 kişi 20.50±3.47, p<0.05) alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3). Ailedeki birey sayısı arttıkça öğrencilerin kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişilerarası destek puanları buna paralel olarak düşmektedir. Erci ve Sayan (1998) tarafından yapılan çalışmada, ailedeki birey sayısının artması ile sağlık seviyesinin düştüğü saptanmıştır (Erci ve Sayan 1998).

Öğrencilerin kaldıkları yer ile beslenme alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (yurt  $14.86 \pm 2.75$ , aile  $15.78 \pm 3.31$ , evde  $15.29 \pm 3.19$ ,  $p < 0.05$ ) (Tablo 3). Yurtta kalan öğrencilerin beslenme puanları, evde ve ailesi ile kalan öğrencilerden daha düşük olarak bulunmuştur. Sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu yönde etkileyen içsel ve dışsal etmenlerden biri de aile olarak gösterilmektedir (Erdoğan ve ark. 1994). Fadiloğlu ve Zaybak (2002) yaptıkları benzer çalışmada, yurtta kalan öğrencilerin beslenme puanlarını akrabalarının veya ailesinin yanında kalan öğrencilere göre daha düşük bulmuştur (Fadiloğlu ve Zaybak 2002). Nahçıvan (1995) çalışmasında, aile ortamında kalan öğrencilerin öz-bakım güçlerini daha yüksek olarak saptamıştır (Nahçıvan 1995).

Öğrencilerin ailelerinin gelir durumları ile kendini gerçekleştirme (gelir giderden fazla  $39.35 \pm 7.43$ , gelir gidere denk  $36.13 \pm 5.92$ , gelir giderden az  $34.85 \pm 6.52$ ,  $p < 0.05$ ), sağlık sorumluluğu (gelir giderden fazla  $23.59 \pm 6.06$ , gelir gidere denk  $22.29 \pm 4.93$ , gelir giderden az  $21.08 \pm 5.01$ ,  $p < 0.05$ ), beslenme (gelir giderden fazla  $15.59 \pm 2.83$ , gelir gidere denk  $15.56 \pm 3.06$ , gelir giderden az  $14.47 \pm 3.06$ ,  $p < 0.05$ ) ve kişilerarası destek (gelir giderden fazla  $22.24 \pm 3.99$ , gelir gidere denk  $21.04 \pm 3.29$ , gelir giderden az  $20.40 \pm 3.89$ ,  $p < 0.05$ ) alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3). Öğrencilerin gelir durumları arttıkça kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek puanları da artmaktadır. Fadiloğlu ve Zaybak'ın (2002) yaptıkları çalışmada, öğrencilerin ailelerinin gelir durumları ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunması, bu araştırmanın sonuçları ile uyumlu bulunmuştur (Fadiloğlu ve Zaybak 2002). Bu sonuç, bireyin ekonomik durumu ile olumlu sağlık davranışları arasındaki pozitif ilişkiyi göstermektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda, araştırma kapsamını oluşturan hemşirelik öğrencilerinin;

- ◆ sağlığın geliştirilmesi ile ilgili sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğu,
- ◆ en çok uygulanan sağlık davranışının kişilerarası destek, en az uygulanan sağlık davranışının ise egzersiz olduğu,
- ◆ sağlık sorumluluğunun eğitim yılına paralel olarak yükseldiği,
- ◆ ailedeki birey sayısı ve ailenin gelir durumu ile sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarının genel puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, eğitim gördükleri sınıflar ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı,

- ◆ tanıtıcı özellikleri ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ◆ hemşirelik öğrencilerinin sağlığını geliştirmesine yönelik eğitim sürecinde aldığı bilgileri davranışa dönüştürme çabalarına yoğunlaşması,
- ◆ konu ile ilgili olumsuz ya da eksik davranışlarda rol modeli oluşturulması,
- ◆ yapılacak çalışmalarda sağlık davranışına ilişkin bilginin davranışa dönüşememe nedenlerinin araştırılması önerilebilir.

### **KAYNAKLAR**

1. Aksayan S, Gözüm S (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1): 35-42.
2. Aytan AŞ (1998). Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
3. Barnfather JS (1991). Resructuring the role of school nurse in health promotion. Public Health Nursing 8(4): 234-238.
4. Duffly ME, Rossow R, Hernandez, M (1996). Correlates of health promotion activities in employed Mexican American women, Nursing research, 45(1): 18-24.
5. Erci B, Sayan A (1998). Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Erzurum, 427-433.
6. Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin MN ve ark (1994). Sağlığı sürdürme, geliştirme ve hemşirelik. HB, 8(32): 28-35.
7. Esin MN (1999). "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" nin Türkçe`ye uyarlanması. HB, 12(45): 87-96.
8. Esin MN, Erdoğan S (1997). Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Uluslar Arası Katılımlı. Çevik Matbaacılık, İstanbul, 342-347.
9. Esin N (1998) Türk kadınlarının sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Adana.
10. Fadıoğlu Ç, Zaybak A (2002). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Raporu. İzmir.
11. Haddad L, Kane D, Rajacich D et al. (2004). A comparison of health practices of Canadian and Jordanian Nursing Students. Public Health Nursing, 21(1): 85-90.
12. Hui WH (2002). The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. J Prof Nurs., 18(2):101-11.

13. Johnson JL, et al (1993). An exploration of Pender's health promotion model using LISREL, *Nursing Research*, 42(3): 132-137.
14. Johnson RL (2005). Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans, *Public Health Nursing*, 22(2): 130-137.
15. Lee RLT, Loke AJTY (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong, *Public Health Nursing*, 22(3):209-220.
16. Lusk SL, Ronis DL, Kerr MJ, Atwood, JR (1994). Test of promotion model as a causal model of workers use of hearing protection. *Nursing Research*, 43, 151-157.
17. MacDonald MB, Laing GP, Faulkner RA (1994). The relationship of health-promoting behaviour to health locus of control: analysis of one baccalaureate nursing class. *Can J Cardiovasc Nurs.*, 5(2):11-8.
18. Naçivan N (1993). Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul.
19. Pasinlioğlu T, Gözüm S (1998). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 60-68.
20. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ (1987). The Health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.

**GELİŞİM DÖNEMLERİNE GÖRE OYUNUN  
TERAPÖTİK KULLANIMI**

*THERAPEUTIC USE OF PLAY ACCORDING TO  
DEVELOPMENTAL STAGE*

**Sema KUĞUOĞLU**

**Meltem KÜRTÜNCÜ TANIR**

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Üsküdar/İSTANBUL

**Anahtar Sözcükler:** oyun, oyunun fonksiyonları, terapötik oyun, gelişim dönemlerine göre çocuklar

**Key Words:** play, functions of play, therapeutic play, children in developmental stages

---

**ÖZET**

Oyun, çocuğa hiç kimsenin öğretemeyeceği konuları, kendi deneyimleriyle öğrenmesi yöntemidir. Aynı zamanda çocuğun bilişsel, psikomotor ve sosyal kapasitesini arttıran bir araçtır. Hastaneye yatırılan bir çocuk için “oyun” kendi çevresindedir. Ancak çocuğun oyun alanı, çocuk tarafından algılanan stresli durumlar ve çevresel alan nedeniyle sınırlanmış olur. Hastanede uzun süre yatma çocuklarda normal oyun gelişimi üzerine ters etkilere neden olabilir.

Bu makalede; oyunun fonksiyonları, çocukluk dönemlerine göre oyundaki genel eğilimler, gelişim dönemlerine göre önerilen oyun aktiviteleri ve oyuncaklar, hastane ortamında oyunun terapötik kullanımı ve hemşirenin rolünden bahsedilmiştir.

Hastanede yatan bir çocuğu hastane ortamına alıştırmada, psikososyal fonksiyonlarının ve ağrısının derecesini belirlemede, tıbbi işlemleri kabul etmesinde ve tanısal işlemlere hazırlanmasında oyun oldukça kullanışlı bir araçtır.

**SUMMARY**

*Play is a method by which the child, through his or her own experience, learns themes that no one else can teach. It also improves cognitive, psychomotor and social capacity of the child. “Play” for the hospitalized child is his/her surroundings. However, the playground is often limited with the space available and due to stressors perceived by the child. Prolonged hospitalization may result in adverse effects on game development.*

*This article studies the functions of play, inclinations in games according to the stage of childhood, gaming activities and toys suggested in relation with developmental stage, therapeutic use of play in hospitals and roles of the nurse.*

*Play is a highly convenient tool in accustoming the hospitalized child to the hospital environment, determining the psychosocial functions and the intensity of pain, identifying acceptance of medical procedures, and in preparing to diagnostic processes.*

## **GİRİŞ**

Oyunun ne olduğu ya da ne olmadığı konusunda çok eski zamanlardan beri çok değişik görüşler ileri sürülmüştür. Bütün bu görüşlerin ortak noktası, oyunun çocuk için en önemli uğraş olduğudur. Oyun, çocuğa hiç kimsenin öğretemeyeceği konuları, kendi deneyimleriyle öğrenmesi yöntemidir. Bir başka tanımla oyun, belli bir amaca yönelik olan ya da olmayan, kurallı ya da kuralsız gerçekleştirilebilen, fakat her durumda çocuğun isteyerek ve hoşlanarak yer aldığı; fiziksel, bilişsel, duygusal, sosyal ve dil gelişiminin temeli olan, gerçek hayatın bir parçasıdır. Ayrıca çocuk için en etkin öğrenme süreci olup çocuğun yaşamının temel komponentlerinden biridir (Bilir 1995, Hall, Reet 2000, Görker 2001, Akgül, Öztürk 2004, Topaç 2004, Yavuzer 1999a, Yavuzer 1999b).

Bebek ve çocukların gelişimleri sırasında olgunlaşma ve sosyal boyutun erken gelişmesinde oyunun önemi belirgindir. Ayrıca içinde yaşanılan kültürün önemli etkilerinden olan araştırma duygusunun ve kurallara uymanın öğrenildiği ve geliştirildiği yer de oyunlardır. Oyunlar önce bebeğin kendi bedensel duyularının araştırılması şeklinde çok küçük bir alanda başlamakta, sonra yakın çevresi içinde sürmekte ve daha sonrada büyük sosyal ortamlarda gerçekleştirilmektedir. İletişim sırasında tepkileri açık olmayan çocuklara yardımcı olmak güçlükleri olan bir süreç olduğundan, bu çocuklara yardım etmede oyun türü, oyun sırasındaki ifadeler, çizdiği resimler çocuğun ruhsal durumunu ortaya koymada önemlidir (Bilir, Dönmez 1995, Yörükoğlu 2000, Şenol 2004).

### **Oyunun Fonksiyonları**

Oyun çocuğun bilişsel, psikomotor ve sosyal kapasitesini arttıran bir araçtır. Çocukların tırmanarak oynadıkları oyunlar kasların koordinasyonunu geliştirir ve vücudun bütün kısımlarının çalışmasını sağlar (Schulte ve ark. 1997, Wong 1996).

Yapılan bir çalışma; çocukların oyunları ve zihinsel gelişimleri arasında birbirine paralel bir ilişkinin bulunduğunu göstermiştir. Yalnız çocukların zihinsel gelişimlerinin sağlanabilmesi için, oyunlarında herhangi bir zorlama olmaksızın objelerle deneylere girmesi ve araştırmacı güdülerinin tatmini gerekmektedir. Bu nedenle çocukların araştırmacı güdülerinin doyumunu için onlara sürekli yeni ve farklı uyaranlar sunulmalı, ancak bu uyaranların ne çok basit ve tanıdık ne de çok karmaşık olmamasına dikkat edilmelidir (Topaç 2004). Oyunun fonksiyonlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

### **1. Psiko-Motor Gelişim (Sensorimotor)**

- ◆ Motor beceri ve koordinasyonu geliştirir.
- ◆ Tüm hislerin gelişimini destekler.
- ◆ Dünyanın fiziksel yapısının araştırılmasına teşvik eder.
- ◆ Fazla enerjinin harcanmasını sağlar.

### **2. Zihinsel Gelişim**

- ◆ Çeşitli öğrenme kaynakları sunar:
  - Şekillerin, boyutların, yüzeylerin ve renklerin araştırılması ve kullanılması,
  - Sayılar, uzaysal ilişkiler ve soyut kavramlarla deneyim,
  - Dil becerilerinin kullanılması ve geliştirilmesi fırsatı,
- ◆ Eski deneyimleri hatırlayarak yeni algı ve ilişkilere dönüştürülmesi fırsatı sağlar.
- ◆ Çocuklara, yaşadıkları dünyayı tanımalarında ve gerçek ile hayal arasındaki farkı anlamalarında yardımcı olur.

### **3. Sosyalleşme ve Ahlaksal Gelişim**

- ◆ Yetişkin rollerini öğretir (cinsellik rolü davranışı da dahil).
- ◆ İlişkileri test etme / deneme fırsatı sunar.
- ◆ Sosyal becerileri geliştirir.
- ◆ Diğerleriyle etkileşimi güçlendirip, pozitif ilişkileri destekler.
- ◆ İstenilen davranışsal ve ahlaksal standart modellerini güçlendirir.

### **4. Yaratıcılık**

- ◆ İlgi alanlarını ve fikirlerini dışa vurma imkanı sağlar.
- ◆ Hayal gücünün kullanımına izin verir.
- ◆ Özel ilgi ve yeteneklerin gelişim hızını artırır.

### **5. Kendinin Farkında Oluş**

- ◆ Öz benlik gelişimini kolaylaştırır.
- ◆ Kendi davranış biçimlerini düzenlemeyi destekler.
- ◆ Kendi yeteneklerini test etmesini sağlar.
- ◆ Kendi yetenekleri ile başkalarının yeteneklerini karşılaştırır.
- ◆ Kendi davranışlarının başkalarını nasıl etkilediğini öğrenme fırsatı sunar.



## 6. Terapötik Önemi

- ❖ Gerginlik ve stresten kurtulma imkanı sağlar.
- ❖ Duygularını ifade etme ve istenmeyen güdülerin kabul edilebilir yollarla dışa vurulmasını sağlar.
- ❖ Korkutucu durumların güvenli bir şekilde test edilmesini ve deneyimlenmesini destekler.
- ❖ Gereksinim, korku ve isteklerin sözel olmayan yollarla ve dolaylı sözel iletişimle iletilmesini kolaylaştırır (Wong 1996).

## Çocukluk Süresince Oyundaki Genel Eğilimler

Tablo 1'de çocukluk dönemlerinde oyuna ilişkin genel eğilimler belirtilmiştir.

**Tablo 1:** Çocukluk Dönemlerine Göre Oyundaki Genel Eğilimler.

Yaş	Oyunun sosyal karakteri	Oyunun içeriği	En yaygın oyun türü	Spontane aktivitenin özellikleri	Dramatik oyunun amacı	Etik hissin gelişimi
<b>Bebeklik Dönemi</b>	Yalnız	Sosyal-duyuşsal	Psiko-motor	Haz	Öz-benlik	-
<b>Oyun Dönemi</b>	Paralel	Taklitçi	Vücut hareketleri	Sezgisel yargı	Cinsiyet rolünün öğrenilmesi	Ahlaki değerlerin başlangıcı
<b>Okul Öncesi Dönem</b>	Bağlantılı	Hayal gücüne dayalı	Fantezi, kuralsız oyunlar	Kavram oluşumu, nispeten sabit fikirler	Sosyal yaşamın taklidi, sosyal rollerin öğrenilmesi	Oyun arkadaşlarını düşünmeye başlama, paylaşmayı ve işbirliğini öğrenme
<b>Okul Dönemi</b>	İşbirlikçi	Karşılaştırmalı oyunlar ve müsabakalar, fantezi	Fiziksel aktivite, grup/çete aktiviteler, kurallı oyunlar, rol yapma	Somut durumların denenmesi ve sorun çözme, yeni bilgilerin eklenmesi	Dolaylı ustalık	Akranlara sadakat, kurallara göre oynama, kahramanları idol edinme
<b>Adölesan</b>	İşbirlikçi	Karşılaştırmalı oyunlar ve müsabakalar, gün içinde hayal kurma	Sosyal etkileşim	Somut sorunların çözülmesi	Fikir sunma	Sebepler ve projeler

Kaynak: Wong DL (1996) Wong and Whale's Clinical Manual of Pediatric Nursing, Fourth Edition, St. Louis, Mosby, s.216-220.

## Bebeklik Döneminde Önerilen Oyun Aktiviteleri ve Oyuncaklar

Tablo 2'de bebeklik döneminde önerilen oyun aktiviteleri belirtilmiştir (Wong 1996).

**Tablo 2:** Bebeklik Döneminde Önerilen Oyun Aktiviteleri ve Oyuncaklar.

Yaş (ay)	Görsel uyarım	İşitsel uyarım	Dokunsal uyarım	Kinetik uyarım
<b>Doğum-1 ay</b>	Çocuğa yakın mesafeden bakın. Çocuğun yüzüne 20-25 cm uzaklıkta ve orta çizgide parlak ve ışıklı cisimler tutun. Siyah-beyaz hareketli cisimler asın.	Çocukla konuşun; hafif sesle şarkı söyleyin. Müzik kutusu, radyo, tv kullanın. Yakında saat ya da metronom bulundurun.	Tutun, sarılın, kucaklayın. Çocuğu sıcak tutun.	Sallayın; beşiğe koyun.
<b>2-3 ay</b>	Parlak cisimler kullanın. Odada resimler ve aynalar kullanın. Ev işi sırasında çocukları odalar arasında gezdirin. Ortamı düşey olarak görebilmesi için çocuğu bebek koltuğuna oturtun.	Çocukla konuşun. Aile toplantılarına dahil edin. Ev dışındaki ortamlardaki sesleri de duymasını sağlayın. Çıngırak kullanın.	Banyo yaparken, altı değişirken çocuğa sarılın. Yumuşak bir tarakla saçını tarayın.	Sallayın. Araba gezintilerine götürün. Uzunlarını hareket ettirecek egzersiz yaptırın. Beşik egzersizi yaptırın.
<b>4-6 ay</b>	Kırılmaz bir aynanın önüne koyun. Tutabileceği küçüklükte parlak nesnelere verin.	Çocukla konuşun; çıkardığı sesleri tekrarlayın. Güldüğünde siz de gülün. Adıyla çağırın. Farklı kağıtları kulağı yakınında hışırdatın. Eline çıngırak, zil verin.	Farklı dokularda yumuşak oyuncaklar verin. Banyo yaparken suyla oynamasına izin verin. Çıplakken yumuşak ve tüylü bir yüzeye koyup organlarını hareket ettirin.	Sallama ve yürüme araçları kullanın. Kucağınızda ayakta durumdayken zıplattın. Oturma pozisyonu verin; öne yaslanarak kendini dengelemesini öğretsin. Emeklemesi, yuvarlanması, oturması için yere bırakın.

<b>6-9 ay</b>	Büyük, parlak renkli, ayrılabilir parçaları olan ve ses çıkaran oyuncaklar verin. Kendisini görebileceği bir ayna sağlayın. Saklamabaç oynayın, özellikle havlu vb. nesnenin arkasına saklanarak. Taklidi teşvik edecek şekilde yüz ifadeleri yapın. Çekip uzatabileceği elastik ip vb. verin.	Adıyla çağırın. Basit kelimeleri tekrarlayın (baba, mama vb.). teker teker konuşun. Organların, insanların ve yiyeceklerin isimlerini söyleyin. Ne yaptığınızı söyleyin. “hayır” kelimesini sadece gerektiğinde kullanın. Basit talimatlar verin. Nasıl alkışlanacağını, davula nasıl vurulacağını gösterin.	Farklı dokulardaki kumaşlarla oynamasını sağlayın. Farklı yiyeceklerden oluşan bir kap verip dokumasını sağlayın. Akmakta olan suyu “yakalatın”. Büyük kuvvetlerde ya da sığ havuzlarda “yüzdürün”.	Ayakta tutup ağırlığını taşımasını sağlayın. Kaldırıp “yukarı” deyin. Oturtup “aşağı” deyin. Oyuncakları uzağına koyun; ulaşması için teşvik edin.
<b>9-12 ay</b>	Kitap üzerinde büyük resimler gösterin. İnsanların, hayvanların ve farklı objelerin olduğu yerlere götürün (alışveriş merkezi). Top oynayın; topu yuvarlayarak atıp çocuğa nasıl geri atacağını öğretin. İki bloktan oluşan kulenin yapılışını gösterin.	Basit ninniler okuyun. Organları göstererek isimlerini söyleyin. Hayvan seslerini taklit edin.	Yemeğiyle oynamasına izin verin. Sıcak ve soğuk nesnelere dokundurun. Rüzgarı hissetmesini sağlayın (havalandırma cihazları).	Büyük çekme-itme oyuncakları verin. Mobilyaları dolaşmasını teşvik etmek için daire şeklinde dizin. Farklı pozisyonlarda çevirin.

Kaynak: Wong DL (1996) Wong and Whaley's Clinical Manual of Pediatric Nursing, Fourth Edition, St. Louis, Mosby, s.216-220.

Oyun materyalleri çocuğun seçme, değerlendirme duygusunu ve yaratıcılığını geliştirirken, aynı zamanda kendi kendine karar verebilme ve belirli alanlarda beceriler kazanmasına da olanaklar sağlamaktadır (Mangır ve Aktaş 1993). Tablo 3'te bebeklik döneminde önerilen oyuncaklara ilişkin öneriler yer almaktadır.

**Tablo 3:** Bebeklik Döneminde Önerilen Oyuncaklara İlişkin Öneriler.

Yaş (ay)	Görsel uyarım	İşitsel uyarım	Dokunsal uyarım	Kinetik uyarım
<b>Doğum-6 ay</b>	Hareketli çocuk oyuncakları, kırılmaz aynalar, kontrast renkli örtüler	Müzik kutuları, müzikli hareketli oyuncaklar, zilli el oyuncakları, küçük çingirdaklar	Yumuşak oyuncak hayvanlar, yumuşak bezler, yumuşak veya tüylü yorganlar, yumuşak hareketli oyuncaklar	Sallanan beşik, ağır ya da vantuzlu oyuncak, bebek sallama aleti
<b>6-12 ay</b>	Farklı renkte bloklar, parçalı kutular, kaplar, parlak resim ve çocuk şarkıları içeren kitaplar, büyük boncuklu ipler, parçalara ayrılan basit oyuncaklar, büyük top, kap ve kaşık, büyük puzzellar, palyoçalı kutular	Farklı boyutlarda, şekillerde, tonlarda ve renklerde çingiraklar, ses çıkaran oyuncak hayvan ve bebekler, hafif, ritmik müzik kasetleri	Yumuşak, kumaştan oyuncak hayvanlar, sünger oyuncaklar, kumaştan kitaplar	Karyola için aktivite kutusu, itme-çekme oyuncakları, kurmalı oyuncak

Kaynak: Wong DL (1996) Wong and Whaley's Clinical Manual of Pediatric Nursing, Fourth Edition, St. Louis, Mosby, s.216-220.

### Oyun Çağında Önerilen Oyun Aktiviteleri ve Oyuncaklar

Tablo 4'te oyun çağında önerilen oyun aktiviteleri ve oyuncaklar belirtilmiştir.

**Tablo 4:** Oyun Çağında Önerilen Oyun Aktiviteleri ve Oyuncaklar

Fiziksel Gelişim	Sosyal Gelişim	Zihinsel Gelişim ve Yaratıcılık
<b>Önerilen Aktiviteler</b>		
Fiziksel aktiviteyi teşvik eden alan yaratın.	Taklitçi oyun için yetişkin alet ve ekipmanının oyuncaklarını temin edin. Yetişkinlerin işlerine "yardım" etmesine izin verin. Taklitçi oyunu teşvik edin. Duygu ifadesini sağlayan oyuncak ve aktiviteler verin. Yetişkin dünyasında kullanılan bazı gerçek aletler verin; örneğin bulaşık yıkamasına ve kaplarla oynamasına izin verin.	Su oyunları olanağı sağlayın, çizime, renklendirmeye ve inşa etmeye teşvik edin. Oynayabileceği değişik dokularda objeler verin. Yaratıcı oyun için büyük kutular ve güvenli diğer kaplar sağlayın. Yaşına uygun hikayeler okuyun. Televizyon seyretmesini kontrol edin.

<b>Önerilen Oyuncaklar</b>		
İtme-çekme oyuncakları, Sallanan at, tahta at, Toplar, Bloklar (boyasız), Kova ve kürek, Kaplar, Oyun hamuru, Top atma tahtası, Alçak kayacak.	Müzik ve kasetçalar ya da kaydedici, Cüzdan / küçük çanta, Ev temizlik aletleri (süpürge, tabaklar), Oyuncak telefon, Tabaklar, fırın, masa ve sandalye, Ayna, Kuklalar, oyuncak bebekler,	Tahta puzzlelar, Bez resim kitaplar, Kağıt, boya, kalın boya kalemleri, Büyük boncuklu ipler, Bağlamayı öğrenmek için tahta ayakkabılar, Uygun TV programları.

Kaynak: Wong DL (1996) Wong and Whaley's Clinical Manual of Pediatric Nursing, Fourth Edition, St. Louis, Mosby, s.216-220.

### **Okul Öncesi Dönemde Önerilen Oyun Aktiviteleri ve Oyuncaklar**

Tablo 5'te okul öncesi dönemde önerilen oyun aktiviteleri ve oyuncaklar belirtilmiştir.

**Tablo 5:** Okul Öncesi Dönemde Önerilen Oyun Aktiviteleri ve Oyuncaklar.

<b>Fiziksel Gelişim</b>	<b>Sosyal Gelişim</b>	<b>Zihinsel Gelişim ve Yaratıcılık</b>
<b>Önerilen Aktiviteler</b>		
Koşabileceği, zıplayabileceği ve tırmanabileceği alan yaratın, Yüzmeyi öğretin, Basit spor aktiviteleri öğretin.	Komşu çocuklarla etkileşimi teşvik edin, Çocukların zarar verici davranışlarına müdahale edin, Çocukları anaokuluna yazdırın.	Ham maddelerle yaratıcı aktivitelere teşvik edin, Hikayeler okuyun, TV seyretmesini gözleyin, Yaşına uygun şekilde tiyatro gibi kültürel aktivitelere katılın, Park, sahil ve müzelere geziler yapın
<b>Önerilen Oyuncaklar</b>		
Tahterevalli, Orta yükseklikte kaydırak, Ayarlanabilir salıncak, Sürülen oyuncaklar, Üç tekerlekli bisiklet, Kum havuzu, El arabası, Yük arabası, Kızak, Tekerlekli patenler.	Yaşa uygun oyun evi, Oyuncak bebekler, yumuşak oyuncaklar, Tabaklar, masa, Ütü masası ve ütü, Oyuncak daktilo, yazarkasa, Kamyonlar, arabalar, trenler, uçaklar, Giyinme için oyuncak elbiseler, Oyuncak vagon, yatak, Doktor ve hemşire takımları, Çiviler, çekiç, oyuncak makyaj ya da traş takımları.	Kitaplar, Puzzlelar, Müzik kutuları (oyuncak piyano, davul, üfleli çalgılar), Resim oyunları, Keskin olmayan makaslar, Kağıt, tutkal, Gazete, boya kalem, büyük resim fırçaları, Müzik ve ritim oyuncakları, Duvar panosu ve renkli, şekilli parçalar, Geometrik şekiller (renkli), Karatahta ve tebeşir (renkli ve beyaz), Tahta ve plastik inşa setleri, Büyütücü camlar, miknatis.

Kaynak: Wong DL (1996) Wong and Whaley's Clinical Manual of Pediatric Nursing, Fourth Edition, St. Louis, Mosby, s.216-220.

### **Hastanelerde Oyunun Terapötik Kullanımı**

*Terapötik oyun*; hastalık veya hastaneye yatmanın yol açtığı travmayı azaltan, çocuğun tedavi ya da işlemlere ilişkin duygularını ve yanlış anlamalarını değerlendiren, stres yaratan olaylardan önce, olay sırasında ve sonrasında çocuğun olumlu başetme yöntemleri geliştirmesi için kullanılan bir oyun tekniğidir (Çavuşoğlu 2002).

Oyun terapisi, stres altındaki çocuklarda kullanılır. Bunun için iyi donatılmış oyun odası hazırlanır ve çocuk oyunda özgür bırakılır. Aynı zamanda bir danışman çocuğu gözlemlemek ve konuşmak için odada bulunabilir. Terapist bu yöntemleri kullanarak çocuğun çabasını, korkularını, darılmalarını daha iyi anlayarak ele almış olur (Çavuşoğlu 2002, Schulte ve ark. 1997).

Hastanede uzun süre yatma çocuklarda normal oyun gelişimi üzerine ters etkilere neden olabilir. Çünkü oyun, çevresel durumlara aşırı derecede duyarlıdır. Evde ve hastanede yatan iki yaşındaki çocuklarda, oyunun gelişimsel düzeyi ve oyundaki durumları (canlılık derecesi, neşelilik vb) karşılaştırıldığında, hastane ortamının oyunun gelişiminde belli özellikleri engellediği görülmüştür (Kielhofner ve ark. 1983).

Hastanelerde çocuklar için uygun oyun ortamı sağlamada birçok faktörün gözönünde bulundurulması gerekir. Bunlardan en önemlisi çocuğun sağlık durumunun iyi değerlendirilmesidir. Sağlık durumunu değerlendirme, çocuğun “hangi oyunu oynayabilir?”, “ne kadar süre oynaması gerekir?” gibi soruların yanıtı hakkında bize bilgi vermiş olur. Hemşireler birçok oyun aktivitesini rutin işlemler sırasında uygulayarak, çocuğu eğlendirebilir. Örneğin; şiir okuma, şarkılar, parmak oyunları vb. Büyük çocuklar için öykü kitabı yazma ya da günlük tutma, teyp kaydı ile arkadaşlarına mesajlar gönderme eğlenceli olabilir (Schulte ve ark. 1997).

Hastanede yatan bir çocuğu hastane ortamına alıştırmada, psikososyal fonksiyonlarının ve ağrının derecesini belirlemede, tıbbi işlemleri kabul etmesinde ve tanısal işlemlere hazırlanmasında oyun oldukça kullanışlı bir araçtır. Bu oyuna yaklaşımda klinik uzman hemşireler, ilk çocukluk çağı eğitimcileri ve çocuk uzmanları multidisipliner işbirliği ile oyun araçlarını planlı oyun programlarında kullanabilirler (Jessee 1992, D'Antonio 1984).

Yapılan bir çalışmada, çocukların hastaneye kabulünde ve cerrahi işlem öncesi terapötik oyun kullanılanlarda, müdahale sırasında daha az anksiyete yaşadıkları ve daha çok işbirliği içerisinde oldukları; cerrahi takiben de mesaneyi boşaltma zamanının kısa ve stres düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Zahr 1998).

Çocuklar “dramatik oyun” ile fiziksel atılganlık, yaratıcı yetenek, sosyal beceriler sergiler ve hissettiklerini dışarı aktarırlar. İstek ve gereksinimlerini karşılamak için sihirle gerçeği birleştirerek kendi dünyasını yetişkinlerin dünyası ile bütünleştirir (Arslan 2000, Schulte ve ark. 1997). Aynı zamanda dramatik oyun yolu ile sınırlarını, sınırsızlıklarını tanıyıp kontrol edip, duygularını sınama olanağı bulur. Mesela, çocuklar doktor ve hemşire giysileri giyerek, oyuncak bir bebek veya gerçek hasta çocuk üzerinde tıbbi materyalleri kullanarak ameliyat işlemini canlandırabilirler. Oyunda kontrolün çocuğun kendisinde olması, kararları kendisinin vermesi öz-denetim duygusunun gelişmesine katkı sağlar.

### **Hemşirenin Rolü**

Çocuğun dünyası hastanede de yatsa oyundur. Hastanede yatan bir çocukla oyun yeteneği, çocuk ve ailesinin tedavisinde uzmanlaşmış hemşirenin yeteneklerini daha da değerli kılar. Hemşirenin işini yaparken aynı zamanda oyunu kombine etmesi çok önemli bir yetenek ve başarıdır. Bu yetenekleri dört aşamada toplayabiliriz:

1. Hastanede yatan bir çocukta oyunun önemini kabul etmek
2. Oyun oynayan çocuğu gözlemek, yaptığı şeylerde ilgi ve zevklerini anlamak
3. Çocuğu aktif hale nasıl getireceğini bilmek ve çalışma esnasındaki durumların değişikliğinde farklı oyun öğelerini kullanmak
4. Oyunun temel olduğu girişim programlarını yürütmek ve planlamak (Haitat ve ark. 2003).

Çocuklarla hergün birlikte olan hemşire onların davranışlarını tanımlayabilir. Olumlu davranışlarında olduğu gibi olumsuz davranışlarını, hastanedeki diğer çocuklarla olan ilişkilerini anlamak önemlidir. Oyuna yaklaşımı nedir?, rahatça katılabiliyor mu?, aktif ya da pasif aktiviteleri mi tercih ediyor?, hayal kırıklıklarını tolera edebiliyor mu? gibi soruların cevaplarının bulanabildiği planları yapmak önemlidir. Aynı zamanda çocukların aktivitelerini planlamada bu cevapların kullanılması gerekir (Schulte ve ark. 1997).

Hemşireler, çocuğa resim çizmek ya da hikaye okumayı isteyip istemediğini sorabilir. Bu durum çocuğun deneyimlediği korkularını hemşirenin değerlendirmesini sağlar. Aynı zamanda birtakım testler aracılığı ile çocuğun bilişsel düzeyi değerlendirilebilir (Schulte ve ark. 1997). Hastaneye yatırılan bir çocuk için “oyun” kendi çevresindedir. “Oyun saatleri” hastaneye yatma ve hastane rutinleri nedeniyle değişmiştir. Ancak çocuğun oyun alanı, çocuk tarafından algılanan stresli durumlar ve çevresel alan nedeniyle sınırlanmış olur. Oyun aktiviteler-

rinin kısıtlanması, çocukta yönetilemeyen davranışlara ve saldırgan olma haline dönüşebilir (D'Antonio 1984, Yiğit 1995).

Çocuklarla hastanede çalışıldığında ilk olarak onların şikayetleri karşısında gerekli sabrı göstermek gerekir. Çocuğa zihinsel yönden yapılacak olan destekler hem kendisinin hem de ailesinin hastane ortamının ve hastalıkların üstesinden gelmesinde yardımcı olacaktır. Cerrahi gibi invazif işlemlere çocukların hazırlanmasında, oyunun bileşenlerini tanımlama ve eğitimle ilgili personelle işbirliği sağlamak hemşireler için önemlidir (Haitat ve ark. 2003).

Sağlık hizmet kalitesinde artışın hedeflendiği günümüz sağlık kurumlarında, çocuklar için oyun ünitelerinin hazırlanması ve bu ünitelerde oyun terapisti gibi profesyonellerin rol alması gerekmektedir. Oyun, gelişmiş ülkelerde bakım ve tedavinin her aşamasında terapötik amaçlı olarak kullanılmaktadır. Ülkemiz çocuklarının da bu hizmeti almaya hakkı olduğuna inanarak, oyunun hastane ortamında terapötik etkisinin iyi bilinmesi ve uygulamalarda kullanılması önerilmektedir.

Aynı zamanda hemşireler, girişimlerinde oyunu bir araç ve iletişim yolu olarak görmelidir. Böylelikle, hastanelerin sadece ağrı ve acı çekilen yer olduğu görüşünün değiştirilmesi yönünde adım atılmış olacaktır.

#### **KAYNAKLAR**

1. Akgül H, Öztürk C (2004). Oyun ve oyuncuğun tarihsel gelişimi. Çocuk Forumu, 7(1):54-58.
2. Arslan F (2000). 1-3 yaş dönemindeki çocuğun oyun ve oyuncak özelliklerinin gelişim kuramları ile açıklanması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(2):40-43.
3. Bilir Ş, Dönmez B (1995). Hastanede oyun yaş gruplarına göre hastanede yatan çocuklar. Çocuk ve Hastane, 2. baskı, Ankara, Sim Matbaacılık, s.65-78.
4. Çavuşoğlu H (2002). Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 7. baskı, Ankara, Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti., s.63-65.
5. D'Antonia IJ (1984). Therapeutic use of play in hospitals. Nurs Clin North Am, 19(2):351-359.
6. Görker I (2001). Çocuklarda oyun tedavi grubu: Bir grup çocuk ile yapılan oyun tedavi grubunun değerlendirilmesi. Yeni Symposium, 39 (1):39-44.
7. Haitat H, Bar-Mor G, Shoctat M (2003). The world of the child: a world of play even in the hospital. J Pediatr Nurs, 18(3):209-214.
8. Hall C, Reet M (2000). Enhancing the state of play in children's nursing. J Child Health Care, 4(2):49-54.
9. Jessee PO (1992). Nurses, children and play. Issues Compr Pediatr Nurs, 15(4):261-269.
10. Kielhofner G, Barris R, Bauer D ve ark. (1983). A comparison of play behavior in nonhospitalized and hospitalized children. Am J Occup Ther, 37(5):305-312.



11. Mangır M, Aktaş Y (1993). Çocuğun gelişiminde oyunun önemi. Yaşadıkça Eğitim Dergisi, 26:14-18.
12. Schulte EB, Price DL, James SR (1997) Thompson's Pediatric Nursing. 7 th Edition, Philadelphia, W.B. Saunders Company, s.206-207.
13. Şenol S (2004). <http://www.hastarehberi.com/cocuk/cocuk3/cocukveoyun.htm>. Erişim tarihi: 03.08.2004.
14. Topaç H (2004). Oyunun tanımı ve önemi. <http://www.members.tripod.com>. Erişim tarihi: 31.07.2004.
15. Yiğit R (1995). Hastanede yatan çocuk için oyunun önemi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2):18-24.
16. Yavuzer H (1999a) Ana-Baba ve Çocuk. 12. Basım, Remzi Kitabevi, s.169-177.
17. Yavuzer H (1999b) Çocuk Psikolojisi. 18. Basım, Remzi Kitabevi, s.191-204.
18. Yörükoğlu A (2000) Çocuk Ruh Sağlığı. 24. Basım, Özgür yayınları, Kurtiş matbaası, s.66-75.
19. Zahr LK (1998). Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon. Pediatr Nurs, 24(5):449-454.
20. Wong DL (1996) Wong and Whaley's Clinical Manual of Pediatric Nursing. Fourth Edition, St. Louis, Mosby, s.216-220.

## SAĞLIK POLİTİKALARI

### HEALTH POLICIES

**Bilgin KIRAY VURAL\*** **Ayten TAŞPINAR\*\***

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

\*\* Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Politikaları, Hemşirelik, Sağlık Reformu

**Key Words:** Health Policies, Nursing, Health Reform

---

### ÖZET

Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik ile ilgili ilk yasal düzenlemeler, Cumhuriyetin kurulması ile birlikte devletçilik ve halkçılık ilkesine uygun olarak olgunlaşmıştır. Ancak, 1929 ekonomik bunalımı ile birlikte, toplumsal altüstlere neden olan yapısal bir kriz dönemi yaşanmıştır. Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun bugün ülkeler, giderek artan taleplerle, kaynak kısıtlılığıyla, eşitsizliklerle, yeterli miktarda ve nitelikte sağlık insan gücü oluşturma gibi bir dizi zorluklarla başa çıkmaya yönelik ve bu yönde sağlık sistemleri oluşturma ve bir takım stratejiler geliştirmeye çalışmaktadırlar. Bu stratejilerin gelişiminde belirleyici özelliği olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1946’da Anayasa’sına koyduğu sağlık tanımı olan “bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu”nu, 1981’de “kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık” olarak yeniden belirler. Bunun anlamı: “Herkes kendi sağlığından sorumludur. Bunun için de üretmek, kazanmak ve ödeme yapmak zorundadır”.

Türkiye’de de çıkış aramaya yönelik ekonomik, siyasi ve ideolojik tercihler, sosyal politikaların değişimini sağlamıştır. Son yirmi yıldır ülkede uygulanan sağlık politikaları, kamu sağlık hizmetlerine desteğin kesilerek kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi, kamu sağlık kuruluşlarının bu desteği yurttan ek ödemelerle karşılamaya çalışması ve böylelikle birer özel kuruma dönüşmesi, kamu sağlık fonlarının başka alanlara aktarılması ve sağlanan kolaylıklarla özel sektörün öne çıkarılması biçiminde özetlenebilir.

## SUMMARY

*The first legal regulations concerning healthcare and social security were made and improved in accordance with the principles of etatism and populism when the Turkish Republic was first founded; however, with the 1929 crisis, a structural crisis occurred, which led to social havoc. National health systems, however developed they are, have been trying to overcome the shortages of financial sources, inequality, the increasing need for more healthcare and the need for more staff who are well-educated, they also have been trying to develop some strategies to overcome these difficulties. The World Health Organisation (WHO), which has a determining role in developing such strategies, defined health in 1946 as "complete well-being, both mentally and socially", this definition changed in 1981 as "the health level providing people with socially and economically productive life" and in 2000 health was defined again as "health for everybody", so he/she has to produce something, earn his/her own living and pay for their needs.*

*In Turkey, the economic, political and ideological preferences to deal with these disorders have brought changes in social policies, as well. The health policies which have been implemented in Turkey for the last twenty year, can be summarised as the collapse of public health services by cutting the support for public health services, thus the efforts of searching for this support by public health institutions by charging the citizens more money, turning the public institutions into private firms, and the canalisation of public funds to other areas and the supporting of the private sector.*

## GİRİŞ

Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik ile ilgili ilk yasal düzenlemeler; Cumhuriyetin kurulması ile birlikte devletçilik ve halkçılık ilkesine uygun olarak olgunlaşmıştır. Dünya’da ise 1929 ekonomik bunalımı ile birlikte, toplumsal üstlere neden olan yapısal bir kriz yaşanmıştır. Kamu ve özel sektörde çalışanlar için çıkartılan yasalarda ekonomik yaşam ve çalışma ortamına müdahaleler vardı. Örneğin; bu krizde Amerika Birleşik Devletleri’nde çalışan sayısız hemşire işten çıkarılmış ve birçoğu bu krize habersiz yakalandığından, uzunca bir süre işsiz kalmıştır. Toplumsal krizlere yol açan üretim tarzı (kapitalizm) 1970’lerden sonra, gelen bu krizleri mevcut sistem kendisine sahip çıkarak çözümlenmeye çalışmış ve bu amaçla, krizleri aşmaya çalışmak için piyasaları küreselleştirmiş, rekabeti hızlandırmış, tüm kamusal hizmetleri özelleştirmiş/özerkleştirmiş ve esnek üretimi benimsemiştir. Çıkış aramaya yönelik ekonomik, siyasi ve ideolojik tercihler, Türkiye’de de sosyal politikaların değişimini sağlamıştır (Emiroğlu 2004, Kocaman 2003). 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 özelleş-

tirme olarak özetlenebilecek bu durum; tüm kamusal alanda olduğu gibi sağlık hizmetinin sunumunu derinden etkilemiştir (Saçaklıoğlu 2005). Son yıllarda dünya nüfusunun genel sağlık düzeyinde önemli gelişmeler olmakla birlikte gerek ülkeler arasında gerekse aynı ülkenin farklı coğrafik bölgeleri arasında sağlıkta ve sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılıkların giderek arttığı görülmektedir (Şahin, Top 2002).

Bu yazıda Cumhuriyet döneminden günümüze değin ülkemizde uygulanan sağlık politikaları ve politikalarındaki değişimler ele alınacaktır.

## **CUMHURİYET DÖNEMİ SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARI**

### **1- 1923-1929 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Osmanlıdan gelen ve milli mücadele sırasında geliştirilmeye çalışılan devletin sağlık örgütü yetersizdi. Mücadele edecek merkezi örgüt, Sıhhat ve İçtima-i Muavenet Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı 1937 yılına kadar Dr. Refik Saydam tarafından yönetilmiştir. Refik Saydam'ın sağlık hizmetleri sunuluşunda benimsediği temel ilke "koruyucu hizmetlere öncelik" verilmesidir. Diğer bir ilkesi de "önemli" hastalıklarla savaşa (sıtma, trahom, frengi, lepra gibi) öncelik vermesi ve bu hastalıklarla savaş için özel örgütler kurmasıdır (Öztek, Eren 1995). Hükümet bütçesinin yaklaşık 137 milyon TL. olduğu 1923 yılında, Sağlık Bakanlığı bütçesi 3 milyon kadardır. İstanbul Daülkelp Tedavihanesi (Kuduz Tedavi Kurumu), 1924'de 50 yataklı Heybeliada Verem Savaş Senatoryumu, 1925 yılında iki trahom hastanesi açılmış ve ek olarak gezici ekipler oluşturulmuştur. "Frengi Talimatnamesi" 1925'de kabul edilmiş, 1926'da sıtmayla ilgili bir yasa çıkarılmıştır (839 sayılı Kanun). Bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin önemli bir ayağı, serum üretiminin kurumsallaştırılması olmuştur. Genç Cumhuriyetin, 3 devlet (memleket) hastanesi, 6 belediye hastanesi, 45 özel idare hastanesi ve özel, yabancı ve azınlık hastanesi (toplam 950 yatağa sahip) bulunmaktadır. İstanbul'un Bakırköy semtinde Mazhar Osman ve Fahrettin Kerim Gökay'ın çabaları ile ilk modern ve büyük akıl hastanesi kurulmuştur (Soyer 2001, Öztek, Eren 1995, Dirican, Bilgel 1993).

Mektebi Tıbbiye'de kurs açılarak, iki yıl kurs görenlere "ebelik ruhsatnamesi" verilmesiyle 19. yüzyılın ortalarında başlayan süreç, 1909'da ilk ebelik mektebinin kurulması ile devam etmiş, Cumhuriyet sonrasında da, İstanbul Tıp Fakültesi'ne bağlı ebelik okulu halinde şekillenmiştir. İlkokul mezunu kızların kabul edildiği bir okul olarak 1924'de açılan ebelik okulu, "Ebe Öğrenci Yurdu" açılarak desteklenmiş, iki yıl zorunlu hizmetle çalıştırılan ebeler yetiştirilmiştir. İstanbul ve

Sivas'ta 1924'de "Küçük Sağlık Memurları Okulu" açılmış, bir süre sonra Sivas'taki okul Çorum'a taşınmıştır. İlk hemşirelik okulunun tarihi ise 1925'dir. Kızılay Hemşire Okulu adıyla açılan okulun eğitimi, 2 yıl 3 ay sürmekteydi ve ilk olarak da 32 hemşire mezun etmiştir (Soyer 2001).

Tıp Fakültesi mezunlarına, mecburi hizmet koyan yasanın 1923 yılında çıkması, ülkenin hekim ihtiyacına, yeni Cumhuriyetin bulduğu çözümdür. Ülke genelinde, 1923 yılında 554 hekim (19.860 kişiye bir hekim), 136 ebe (80.880 kişiye bir ebe), 1930 yılında tüm ülke genelinde 202 hemşire (71.520 kişiye bir hemşire) bulunmaktaydı (Öztek, Eren 1995). Sağlık altyapısının esasını oluşturan, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin çalışma esaslarını belirleyen "**1928 tarih ve 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"** bu dönemde çıkarılmıştır. Bu dönemdeki en önemli uygulamalardan biri, kamu sektöründe çalışan bütün personelin atama, yükselme ve cezalandırılma işlerinin tek bir elde Sağlık Bakanlığı'nda toplanmasıdır (Soyer 2001, Öztek, Eren 1995, Dirican, Bilgel 1993).

## **2- 1930-1939 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Ülkedeki koruyucu sağlık hizmetlerinin anayasası diye nitelendirilebilecek olan yasa, 1930 tarihli ve **1539 sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu"** dur. 1936 tarih ve **3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu"** da, sağlık altyapısının önemli bir ayağını oluşturmuştur. Ana çocuk sağlığı alanında da, bu dönemde önemli adımlar atılmıştır. Özellikle kırsal yörelerdeki gebelerin sağlıklı biçimde doğum yapmalarının sağlanması amacı ile, 1937'de Balıkesir'de, 1938'de Konya'da Köy Ebe Okulları açılmıştır. Ayrıca, 1936'da Kızılay Hemşire Okulu 3 yıla çıkarılmış, 1939'da Gülhane Hastanesi bünyesinde Askeri Hemşire Okulu açılmıştır (Soyer 2001, Öztek, Eren 1995, Dirican, Bilgel 1993).

Beldelerden köylere ulaştırılmak istenen sağlık hizmetleri, personel ve alt yapı olanaksızlıkları nedeniyle sağlanamayınca, "**seyyar tabiplik**" şeklinde bir çözüm bulunmuştur. Devlet tarafından atanan, olanakları il özel idarelerince sağlanan, bir ayın 20 günü köy ziyareti yapmakla yükümlü olan, köyde ayaktan tedavi yapan ve ilaçları ücretsiz dağıtan bu hekimler, muayene ve tedavi evleri kurulmasından önce, önemli işlevler görmüşlerdir (Soyer 2001).

## **3- 1940-1945 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Bu dönem, tıpkı iktisadi ve sosyal yaşamda olduğu gibi, sağlık alanında da Cumhuriyetin başlangıcından itibaren olumlu giden eğilimin kesintiye uğradığı, savaş ekonomisinin her şeye damgasını vurduğu bir dönem olmuştur. Tifüs 1942'de yükselmeye başlayarak, 1943'de salgın

halini almış ve genel aşı uygulamasına geçilmiştir. Verem Savaşı Hemşire Okulu (İstanbul), Tevfik Sağlam Sosyal Özel Hemşire Koleji 1943 yılında açılmıştır (Soyer 2001). Kabul edilen bir yasayla, 1943 yılında köy enstitülerinin üçüncü sınıfını başarıyla bitiren öğrenciler arasından seçilen bir kısım kız ve erkek öğrencinin köy ebesi ve köy sağlık memuru olarak yetiştirilmesine başlanmıştır (Dirican, Bilgel 1993).

Bu dönemdeki en önemli gelişmelerden bir tanesi, 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (SSK) kurulmasıdır. Bu kuruma sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi verilmiştir (Öztek, Eren 1995; Dirican, Bilgel 1993).

#### **4- 1946-1953 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Sağlık Bakanlığı kendi tedavi kurumlarında hemşire gereksinimini karşılamak için ilk hemşire okulunu 1946 yılında açmıştır. Sağlık Bakanlığının hazırladığı müfredatlar, eşdeğer eğitim veren diğer hemşirelik okullarının da eğitim programı olarak kullanılmıştır (Kocaman 2003).

DSÖ ve UNICEF ile 1952 yılında yapılan anlaşmalarla bakanlık bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı Örgütü kurulmuş ve şubeleri açılmıştır (Öztek, Eren 1995). Sağlık Bakanlığı, 1945'den sonra söz konusu istikrarını önemli ölçüde yitirmiş, Sağlık Bakanları sık sık değişir olmuştur. Bu dönemde tedavi hizmetlerinde canlanma söz konusudur (Soyer 2001). Ancak hastanecilik hizmetlerinde temel personel olan hemşirelerin eğitimine gereken önem verilmediğinden tedavi hizmetlerinde istenilen düzeye erişilememiştir (Öztek , Eren 1995).

Tıp eğitimi ve sağlık personeli eğitimi de, savaş sonrası yeni bir hız kazanmıştır. Dönemin sonuna gelindiğinde hekim sayısı 10 bine yaklaşmış (bunun 4800'ü uzman), hemşire sayısı 1400 kadardır. Türk Tabipleri Birliği Kanunu 1953'de çıkarılmıştır (Soyer 2001).

#### **5- 1954-1959 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Dünyaya açılma politikası çerçevesinde, 1950'li yılların ortasında Dünya Sağlık Örgütü ile ilişkiler başlamış, 1960'da "Verem Savaş Genel Müdürlüğü" kurulmuştur. Bu dönemin yeni mücadele konularından biri, kanser olmuştur. Hastane sayısı 1960 yılında 442 olan ve 32 binden biraz fazla olan yatak sayısı ile Sağlık Bakanlığı, giderek tedavi hizmetlerine eski döneme kıyasla daha çok ağırlık veren bir kurum haline gelmiştir. Ege Tıp Fakültesi'nin 1955 yılında açılması ile birlikte, tıp eğitimi veren kurum sayısı 3'e çıkmıştır. Hemşirelikte yüksek öğrenim, 1955'te Ege Üniversitesi'nde Hemşirelik Yüksekokulu ile başlamıştır. Hemşirelik yüksekokullarının sayısı 40 yılda ancak 10'a

ulaşmıştır. Kuşkusuz en önemli nedenleri SB'nda yaşanan hızlı okullaşma, yüksekokul mezunlarına SB'nda kadro açılmaması ve talepte yaşanan sınırlılıktır. Bu dönemde ayrıca, 1954 yılında 6283 sayılı yasa ile Hemşirelik Kanunu çıkarılmıştır. Bu yasa günümüzde hemşirenin değişen ve yapmakta olduğu rol ve işlevlerini kapsamamaktadır (Soyer 2001, Öztekin , Eren 1995, Kocaman 2003).

#### **6- 1960-1980 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Bu dönem ülkemizin planlı kalkınma dönemidir. "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" bu gereksinimden kaynaklanan ve sağlık hizmetlerinin ilkelerini temelinden değiştiren kanundur (Sur 1998). Bu kanun Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu, ilk basamak tedavi hizmetlerini köylere kadar yayarak, herkesin hizmetten yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışması ilkesini öngörmektedir (Fişek 1983).

Alma-Ata'da yayınlanan bildiriden 17 yıl önce 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı kanunda, Alma-Ata Bildirisinde yer alan hemen bütün ilke ve önerilerin yer almış olduğu görülmektedir. 5 Ocak 1961 yılında kabul edilen, 1963 yılında Muş ilinde uygulanmaya başlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun 1963-1965 yıllarında başarıyla uygulanmış, ancak 1966 yılından başlayarak çeşitli nedenlerle başarısızlığa uğramıştır (Öztekin, Eren 1995).

Bu dönemde kurulan Sağlık Meslek Liselerinin (SML) eğitimi karşılamak üzere 1961 yılında SB tarafından Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü açılmıştır. SB yatılı okullarda kendi yetiştirdiği mezununu zorunlu hizmete tabii tutmuştur. Yüksekokul mezunu hemşireler için kadro açmamış, ancak SB'na bağlı kurumlarda çalışanlar yüksekokulu bitirdikleri takdirde bu kişilere kadro verilmiştir (Kocaman 2003).

#### **7- 1980-2000 Döneminin Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

Bu dönem incelendiğinde, sağlık alanında ve sağlığı etkileyen toplumsal alanlarda bir altüst oluşun yaşandığı görülebilir (Soyer 2004). Dünya çapında 1970'lerden sonra gelen krizleri mevcut sistem kendisine sahip çıkarak çözümlenmeye çalışmış ve bu amaçla krizleri aşmaya çalışmak için piyasaları küreselleştirmiş ve rekabeti hızlandırmış, tüm kamusal hizmetleri özertleştirilmiş/özelleştirmiş ve esnek üretimi benimsemiştir. Esnek üretim hangi çalışma alanı olursa olsun, çalışanların çalışma sürelerinin uzatılması, çalışma yaşamının düzenlenmesi, gece çalışması, vardiyalı çalışma, hafta sonu çalışmayla, ek çalışma süresinin yaratılması, sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı

çalışma ve iş güvencesizliği ve piyasa ihtiyacına göre üretilmektedir. Türkiye de 24 Ocak 1980 kararlarıyla IMF ile 3 yıllık stand-by anlaşması imzalanarak, bu politikaları tercih ettiğini ilan etmiştir (Özkan 2003, Emiroğlu 2004).

“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir” şeklindeki 1961 Anayasası’ndaki, sağlığın bir insan hakkı olduğuna ve bu hakkın devlet tarafından güvence altına alınmasını kabul eden sosyal devletçi anlayış değişmiştir. Kamuda çalışan sağlık personelinin özlük haklarını düzenleyen “Tam Gün” yasınının, ücret ve mali düzenlemeler ile ilgili hükümleri yürürlükten kaldırılarak, tüm hekimlere “zorunlu hizmet” getirilmiştir. Bu dönemde, sağlıkla ilgili hukuksal altyapı, devletin yeniden yapılanmasının gereklerine uygun olarak önemli ölçüde değiştirilmiş ve onlarca yasa çıkarılmıştır. “Parasız hizmet olmaz” söylemlerine karşın, kamu hizmetlerini çöktürücü ve özel sermayeyi destekleyici önemli ve ilk kararlar bu dönemde alınmıştır. Finansmanı halktan alınan ek primlerle sağlanacak “Genel Sağlık Sigortası” ile ilgili yoğun çalışmalar bu dönemde başlatılmış, ancak daha sonra tamamlanamamıştır. Meslek örgütlerinin yasaları, 1982 Anayasası’nda yapılan değişikliklere paralel olarak değiştirilmiş, yetkileri daraltılmış, üzerlerine devlet vesayeti getirilmiştir (Soyer 2004; Özkan 2003).

Bu dönemde hükümet programında “ilaç sektörünün teşvik edilmesi ve özel sağlık müesseselerinin teşvik edilmesi” ifadeleri, yer almaktadır. Çağdaş sosyal devlet anlayışı yerine ortaçağın iane modelini geçiren “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Kanunu” çıkarılmıştır. 1983 sonrası yılların, hatta son 20 yılın mantığını en iyi anlatan belge/gelişme, 1987 tarihli **‘3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’**dur. Söz konusu kanun ile kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması meşrulaştırılmış; kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş; gerek özel gerekse kamu sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış; sosyal güvencesi olan herkesin kamu ya da özel istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesi olanaklı kılınmıştır. Bu dönemde “Sağ- Kur” Yasa tasarısı, o olmadı “Türkiye Milli Sağlık Politikası”, o da olmadı “Sağlık Master Planı”...vb farklı isimlerle aynı plan karşımıza çıkmıştır (Soyer 2004; Özkan 2003).

Koalisyon hükümeti (DYP-SHP, 1991-1995) döneminde, programın sağlıkla ilgili kısmının ilk yarısı Sosyalleştirme Yasası ağırlıklı iken, diğer yarısı; finansmanda 1980 sonrası sağlık sigortası modelini ve sosyal güvenlikte yine “Fak-Fuk-Fon”unu çağrıştıran “Yeşil Kart”ını içermekteydi. “Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir aracı olarak aile hekimliğinin gündeme getirilmesi, kamu hastane-



lerinin işletmeleştirilmesi/ özelleştirilmesi ve sağlık finansmanı konusunda genel sağlık sigortasına geçiş, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin söz sahibi kılınması” ile “sağlık personelinin sözleşmeli hale getirilmesi”, “Sağlık Reformu” tartışmalarında taviz verilmeyen temel noktalar (Soyer 2004).

Sağlık reformlarının kuramsal, politik altyapısının hazırlığı 1991-1993 aralığında tamamlanmıştır. Çerçeve Taslağı’nda reform paketi 7 başlıkta toparlanmaktadır: Sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması, hizmet sunumunda reform, yönetim yapısında reform, sağlık insan gücü reformu, Ulusal Sağlık Akademisi’nin kurulması, sağlık enformasyon sisteminin kurulması ve hizmetlerin finansmanında reform! (Belek 2001).

Dönemin en vurucu adımı, 5 Nisan 1994 kararları ile kamu sağlık hizmetleri ve kurumlarının çökertilmesi sürecinin son noktaya yaklaştırılmasıdır. Bu süreçte bir adım daha atılmış, ülkemizdeki döner sermayesi en karlı devlet hastaneleri arasında olan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri, 1987 tarihli 3359 sayılı yasaya dayanarak ve 11.1.1995 tarihli yönetmelikle işletme haline getirilmiştir. 1995-2000 yılları arasında, SSK’nın tasfiyesi ile somut adımlar atılmış, 1999 yılında çıkarılan yasa ile bu anlamda bir ilerleme sağlanmış, “**Tahkim**” yasasının kabulü ile de, uluslararası sermayenin önü açılmıştır (Soyer 2004).

Hemşirelik eğitimi açısından; politik kaygılarla özellikle 1989-1991 yıllarında sağlık meslek liselerinin sayısı 85’ten 326’ya çıkmış ve ilçelerde hiçbir alt yapısı olmadan okullar açılmıştır. Bunun sonucunda, hem kalitesiz bir eğitim ve hem de yaklaşık 70000 işsiz mezun ortaya çıkmıştır. Yüksek Sağlık Şurası’nda (YSS) alınan kararlar (1995) Yüksek Öğrenim Kurumu ve SB arasında yapılan protokolla üniversitelere devredilen SML’lerine öğrenci alımı durdurulmuş, yine Yüksek Sağlık Şurası (Ekim 2000) ve Sağlık Eğitim Şurası (Kasım 2000) kararı ile bu okullarda hemşire, ebe, sağlık memuru eğitimi yeniden başlamıştır. Yerinde bir kararlar Avrupa Birliği normlarına uygun kalitedeki eğitime ulaşma çabaları, SB yetkililerinin yüksekokul mezunlarının sayı olarak ihtiyacı karşılamamaları ve gelişmemiş illere gitmemelerini gerekçe olarak göstermesiyle sona ermiştir. Bu dönemde ayrıca 53 SML, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’na (SHMYO) dönüştürülmüştür. Sağlık yüksekokulları 1996’dan itibaren açılmaya başlanmış, 1999’dan sonra SHMYO’larının hemşirelik ebelik programlarına öğrenci alımı durdurulmuştur (Kocaman 2003). Bu dönem hem ekonomi, hem de hemşirelik mesleği açısından çalkantılı bir dönem olmuştur.

### **8- 2000 Sonrası Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı**

58. hükümetin “acil eylem planı”; “Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği

yaparak yerine getirme, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde; bir yıl içerisinde...”

1. Hastaneler “işletmeleştirilecek”,
2. Finansmanda “sigorta” tercihi kurumsallaştırılacak,
3. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği adı altında özelleştirilecek,
4. Özel sektör yatırımları teşvik edilecek,
5. Sosyal güvenlik kuruluşları birleştirilecek,
6. Sosyal Yardımlaşmayı Dayanışmayı Teşvik Fonu güçlendirilecek... kararları alınmıştır (Soyer 2003, Emiroğlu 2004).

Aile hekimliği yaklaşık 10 yıldır, genel sağlık sigortası ise yaklaşık 30 yıldır ülkemizin gündemindedir. Hastanelerde özerkleşme adı altında başlatılan özelleştirmeler 1980 sonrası kurulan hükümetler döneminde düşünülmüş, 1990'lı yıllarda ilk denemeleri yapılmıştır. Ayrıca 2002 yılında yapılan seçim öncesinde “aile hekimlerine muayenehane açabilmeleri için devlet tarafından ucuz kredi verilecektir” önermesi de yapılmıştır (Kılıç 2003).

Türkiye’de sağlık alanındaki liberalizasyon süreci 1980’lerin başlarından bu yana adım adım ilerlemektedir. Bu doğrultuda pek çok yasal ve yönetsel düzenleme hazırlığı yapılmakta, bunlardan bir kısmı da uygulamaya geçirilmiş bulunmaktadır. Bunlar arasında özellikle Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı (20 Ocak 2004 - 6. versiyon) ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanun Tasarısı Taslağı (17 Aralık 2004) büyük önem taşımakta, sağlık politikalarına köklü değişiklikler öngörmektedir (Atay 2005, Emiroğlu 2004). Sağlıkta Dönüşüm Projesi “birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesinin kaynak israfını önlemek için nedenli öncelikli olduğu..” vurgusunu yapmasına rağmen, Sağlık Bakanlığı harcamalarının ağırlıklı olarak dün de bugün de hastanelere aktarıldığı gözlenmektedir. Sigortacı seçimi de tartışmalı konular arasındadır. Tüketicilerin sigortacıyı seçme konusuna en bariz örnek İsrail sağlık sisteminden gelmektedir. İsrail, hastalara rekabet halindeki özel firmalardan birini seçebilme hakkını tanıyan bir ulusal sigorta sunmaktadır. Ancak rekabete dayalı sigortanın çok pahalı bir yaklaşım olduğu belirtilmektedir (Yıldırım 1999).

Sağlıkta Dönüşüm Programının en temel yaklaşımı, kentlerde aile hekimliği, kırsal bölgelerde sağlık 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).

1960-70'ler de çok aktif olan, sağlık ocağında çalışan hemşireler dahil tüm sağlık personelinin çalıştığı bölgeyi hane halkı özelinde tüm sorunlarıyla bildiği ve çözüm ürettiği 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 Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (2004) ile aile hekimliği hizmetlerinin, sözleşmeli yada Sağlık Bakanlığının görevlendirmesi ile çalışan aile hekimliği uzmanı (yada Sağlık Bakanlığının 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). 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 adımıdır. 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.

Hükümet 2005 Ağustos ayındaki toplu görüşmelerde Kamu Personeli Kanunu Tasarısı Taslağını, kamu çalışanları sendikalarına resmi olarak iletmiştir. Bu tasarıda iki milyon çalışandan bir buçuk milyonunun sözleşmeli personel statüsüne geçirilmesi öngörülmektedir (Öztürk 2005). Bu yasayla birlikte sağlık çalışanlarını pek çok değişim beklemektedir. Politikalarda çok sık yaşanan bu değişim, sağlık çalışanlarında geleceklerini planlayamama ve yaşamlarını denetleyememe nedeniyle bireysel güven kaybına yol açmaktadır.

## **İmzalanan Protokoller**

### **1. Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımına Dair Protokol ve Getirdikleri**

Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında düzenlenen 01.07.2003 tarihli protokol ile herhangi bir kamu sosyal güvenlik kurumunca sağlık sigortası altında bulunan herkesin Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık tesislerinden yararlanabileceği ve bunun esasları hükme bağlanmıştır (TTB

Kocaeli Tabip Odası 2003). Yapılan bir çalışmada, bu devrin devlet hastanelerinde iş yükünü (özellikle bürokratik işlemlerde ve hasta sayısında) artırdığı (%82), fiş alma sırasında uzun kuyruklar oluştuğu (%69), eczanelerden ilaç alımında sorun yaşandığı (%52) bulunmuştur (Arcak, Diken, Gürceğiz 2005).

## **2. Sağlık Bakanlığı-Bağ-Kur Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Protokolü ve Getirdikleri**

Protokole göre Bağ-Kur sigortalıları, Sağlık Bakanlığı'na ait 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvuruda bulunabilmekte, 3. Basamak kuruluşlarından ise ancak sevk edilirlse (acil durumlar dışında) hizmet alabilmektedirler. Bir ay öncesine kadar prim borcu olanlar hizmetlerden yararlanamamakta, tedavi masrafları hastane tarafından rucuen tahsil edilmektedir. Protokolde sigortalıların, ayakta poliklinik hizmetlerine katılım payı ödeyecekleri (prim ödeyenler %20, aylık alanlar %10 oranında), katılım payından muaf protez, ortez ve araç gereç için %20 katılım payı ödeneceği, ancak katılım payının aylığın %65'ni geçemeyeceği vurgulanmaktadır (TTB Kocaeli Tabip Odası 2003).

## **3.“4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” Yada Diğer Adıyla “Çakılı Kadro” Yasası Ve Getirdikleri**

Taslak, “eleman temini konusunda güçlük çekilen 26 ili” kapsamaktadır. Bu durum, Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu gerekçelerden farklı olarak bundan sonra kendi belirleyeceği bölgelerde sözleşmeli statüde personel çalıştıracağı anlamına gelmektedir. Madde Gerekçeleri bölümünde 9. Madde'de, sözleşmeli personelin “istekleri üzerine Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı ile ilişkilendirilebileceği” belirtilmektedir (TTB Kocaeli Tabip Odası 2003, Emiroğlu 2004). Tüm kamu çalışanları için “sözleşmeli” statüsü ile istihdamın azaltılması yönünde; sendikası ve her yıl “performans ölçümü” ile ücretlendirilen, performans ölçümü ile ücret ve sözleşme yenileme ölçütleri subjektif olarak gerçekleşecek, sözleşmesi gereksinim duyulursa yenilenen, bütçe üzerinde yük olmayan ve yerel yönetimlere devredilmiş yeni bir “çalışan” modeli yaratmayı amaçlayarak; sözleşme (iş akdi) ile çalışmasına rağmen işçi sayılmayan ve devlet memuru gibi tarif edilen, bir yıllık sürelerle yenilenen sözleşmelere bağımlı, iş güvencesi ve toplu iş sözleşmesi hakkı olmayan, “norm kadro” uygulaması ile daha fazla görev yüklenebilecek, örgütsüzleştirilebilecek çalışanları tanımlıyordu (Emiroğlu 2004). Sözleşmeli çalışma işsizlik korkusu demektir, işine son verileceği korkusuyla örgütlenememek demektir ve geniş ölçüde sosyal güvenceden yoksun olmakla karşı karşıya kalmak demektir. Daha da ötesi sözleşmeli çalışan

hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunduğu hastanelerde dahi sağlık-ilaç hizmeti almaması demektir (Özkan 2003).

#### **4. 4910 Sayılı Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge Ya Da Teşhis Ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarına Hasta Sevğine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ ve Getirdikleri**

Genelgeye göre, devlet memuru ve bakmakla yükümlü bulundukları aile fertleri, birinci basamak tanı ve tedavi için resmi kuruluşların yanında özel polikliniklere kurumlarından alacakları sevk kağıdı sağlık ocağı ya da kurum hekimi sevki gerekmeksizin başvurabilmektedirler. Düzenlenecek sevk kağıtlarına başvurulacak kurum/kuruluş adı yazılmaksızın “hekim ve kurum seçme özgürlüğü” sağlanacağı belirtilmektedir (TTB Kocaeli Tabip Odası 2003, Emiroğlu 2004). Bununla birlikte birinci basamak sağlık tesisleri sevk merkezine dönüştü. Oysa “birinci basamakta tanı ve tedavisi sağlanamayan hastaların” ikinci basamağa sevki uygun görülüyor iken, her türlü donanıma sahip sağlık ocaklarında bile, hastalar muayene edilemeden sevk edilmeye başlanmıştır.

**Sonuç olarak;** günümüzde Türkiye’de sağlık sisteminde finans yetersizliği vardır. Sağlık hizmeti üreticisi konumunda olan Sağlık Bakanlığının, SSK hastanelerinin de devredilmesi nedeniyle finansal kaynakları iyice kısıtlanmıştır. Bu nedenle bu kurum neredeyse hiçbir yatırım yapamamaktadır. Hizmet üretiminde kurumlar arasında iletişimsizlik, denetimsizlik, kurumların ve sağlık personelinin bölgelere dağılımında dengesizlik vardır. Birinci basamak sağlık sistemi son derece bozuktur. Birinci basamak ile sağlık kurumlarının olanakları yetersizdir. Kaynakların önemli kısmı hastanelere aktarılırken, koruyucu sağlık hizmetlerinin asıl olan birinci basamaktaki kurumlar desteksiz bırakılmaktadır.

#### **Yaşanan sorunların “çözümü” için;**

Bütün sosyal politika alanlarının finansman kaynağının genel bütçe olması, genel bütçenin paylaşımında sosyal politika alanlarının öncelenmesi, özel sektöre sermaye aktarımı (teşvik, prim, vergi iadesi vb.) durdurulması, 224 sayılı yasanın temel örgütlenme ilkeleri uygulanarak hastanelerdeki hasta yığılmalarının önlenmesi, çalışanlara grevli-toplu sözleşmeli sendika hakkının tanınması, sağlık hizmetlerinin bütün aşama ve kalemlerinin vb. dahil ücretsiz olması, sağlığa genel bütçeden ayrılan payın artırılması, sağlık hizmetlerinin koruyucu (kişiye ve çevreye yönelik), tedavi edici ve esenlendirici hizmetler olarak birlikte ve merkezi olarak planlanması ve sunumu, sağlık hizmetini sunan ve finanse eden birimlerin birbirinden ayrılmaması talep edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. THD Haber Bülteni. <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/> Erişim tarihi: 15.02.2006
2. Arcak R, Diken İ, Gürceğiz N. (2005). Eski SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na Devir sürecinde Yaşanan Sorunlar ve Sağlık Çalışanlarının Yeni Sisteme Uyumu, Beklenti ve Kaygıları. *Toplum ve Hekim*, cilt 20, sayı 2, 154-159.
3. Atay F. (2005). Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları, *Toplum ve Hekim*, cilt 20, sayı 1, 65-71.
4. Belek İ. (1998). Kişisel Sağlık Sigortası. *Toplum ve Hekim*, Cilt:13, Sayı:3, 170-172.
5. Belek İ. (2001). Türkiye Sağlık Reformları. *Toplum ve Hekim*, Cilt:16, Sayı:6, 438-447.
6. Dirican R, Bilgel N. (1993). Halk Sağlığı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 533-555.
7. Emiroğlu C. (2004). Sosyal Güvenlik Hakkı, Genel Sağlık Sigorta Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm. *Özgürlük Dünyası*, Nisan, 41-64.
8. Fişek N. (1983). Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, Ankara.
9. Hamzaoglu O. (1998). Yerel yönetimler özelleştirmede yöntem değişikliği (sağlık boyutu). *Toplum ve Hekim*, cilt:13, sayı:5, 376-378.
10. Kılıç B. (2003). AKP, Aile Doktorluğu Ve Sağlıkta "Dönüşüm Programı (10 soru 10 yanıt). *Sağlık ve Toplum*, Yıl:18, Sayı:3, Mart-Nisan,120-122.
11. Kocaman G. (2003). 1980 Sonrası Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Hemşireliğe Yansımaları. 12 Mayıs 2003 Dünya Hemşireler Günü., Ed:Saadet Ülker, Gülseren Kocaman, Özlem Özkan, HEMAR-GE, Ankara, 71-91.
12. Öztekin Z, Eren N. (1995). Sağlık Yönetimi. Ed:Bertan M, Güler Ç, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi, Ankara, 371-387.
13. Resmi Gazete. (2004). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, kabul tarihi: 24.11.2004, sayı: 25665.
14. Resmi Gazete. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Kabul tarihi: 06.07.2005, sayı: 25867.
15. Resmi Gazete. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik. Kabul tarihi: 12.08.2005, sayı: 25904.
16. Saçaklıoğlu F. (2005). Pazar Dinamikleri Tıp Eğitimini ve Hekimleri Nasıl Etkiliyor? "Gizli Müfredat". Cilt:20, Sayı:4, 242-246.
17. Soyer A. (2001). Türkiye'nin İktisadi Ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960'a Kadar Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Bakanlığı. *Toplum ve Hekim*, Cilt:16, Sayı:6, 413-429.
18. Soyer A. (2003). "AKP" Hükümeti Ve Sağlık. *Sağlık ve Toplum*, Yıl:18, Sayı:3, Mart-Nisan,123-135.
19. Soyer A. (2004). 1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?. *Sağlığın Öyküsü*, Sorun Yayınları, İstanbul, 167-182.
20. Sur H. (1998). Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Geleceği. Ed:Hayran O, Sur H, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayın, İstanbul, 217-220.
21. Şahin B, Top M. (2002). Küçülen Dünyada Büyüyen Beklentiler: Geleceğin Sağlık Sistemleri. *Sağlık ve Toplum*, Yıl:12, Sayı:3, Temmuz-Eylül.

22. 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.
23. TTB, Kocaeli Tabip Odası Pratisyen Hekimlik Komisyonu. (2003). Türkiye'de Patronların Sağlık Sektörü Hayali Gerçekleş(ebil)ecek mi?. Toplum ve Hekim, Cilt:18, Sayı:4, 242-250.
24. Özkan Ö. (2003). 1980 Sonrası Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Hemşireliğe Yansımaları. 12 Mayıs 2003 Dünya Hemşireler Günü., Ed:Saadet Ülker, Gülseren Kocaman, Özlem Özkan, HEMAR-GE, Ankara, 93-112.
25. Öztürk O. (2005). Kamu Personeli Kanunu Tasarısı Taslağı Neler Getiriyor?. Toplum ve Hekim, Cilt:20, Sayı:4, 269-273.
26. Yıldırım HH. (1999). Sağlık Politikası Sağlık Reformları Ve Tüketicilik Davranışları. Sağlık ve Toplum, Yıl:9, Sayı:2, Nisan-Haziran, 8-11.

## 2005 YILI İKİNCİ SAYIDA YAYINLANAN MAKALELER

Editörden

### Araştırmalar

- Histerektomi Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Saptanması  
Ebru ARICI KARAZEYBEK, Türkan ÖZBAYIR ..... 1-11
- İlköğretim Öğrencilerinin Anneleri ile Olan İlişkilerini Algılayışları ve Bu İlişkiyi Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi  
İlknur PEKTAŞ, Gönül ÖZGÜR ..... 13-27
- Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar ve Danışmanlık Gereksinimleri  
Gülten KARADENİZ, Saliha ALTIPARMAK, Gülay MARUL, Hatice MUSLU .29-36
- Kanserli Hastanın Yakınlarının Öfke ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi  
Ayşegül BİLGE, Gülseren ÜNAL .....37-46
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Benlik Saygısı Düzeylerinin ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi  
Bengü ÇETİNKAYA, Zümrüt BAŞBAKKAL .....47-57
- Total Parenteral Beslenen Çocuklarda Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Bakım Kalitesine Etkisi  
Nesrin ŞEN ..... 59-75

### Derleme Yazılar

- Gebelikte Diyabet ve Bakım  
Ahsen ŞİRİN .....77-88
- Anne-Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü  
Ayden ÇOBAN, Aynur SARUHAN ..... 89-96
- Yaşlılarda Uyku Sorunları  
Gönül ÖZGÜR, Leyla BAYSAN .....97-105
- Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (SARS) ve Korunma Önlemleri  
Asiye DURMAZ AKYOL ..... 107-123
- Ölmekte Olan Hastaya Kognitif-Davranışsal Hemşirelik Yaklaşımı  
Gülseren ÜNAL KESKİN ..... 125-134
- Cinsel Disfonksiyonu Olan Kardiyovasküler Hastaların Bakımı  
Hicran YILDIZ, Rukiye PINAR ..... 135-145
- Yaşlıların Kendi Kendine İlaç Kullanımına Uyumu ve Hemşirenin Rolü  
Gülşah GÜROL ARSLAN, İsmet EŞER ..... 147-157
- Farkındalık ve Psikiyatri Hemşireliği



Esra ENGİN, Olcay ÇAM .....	159-168
- Yaşlılarda Sağlık Sorunları Ayfer KARADAKOVAN .....	169-179
- Toplumsal Bir Sorun: Engellilik ve Hemşirelik Yaklaşımı Ayşegül BİLGE, Rabia EKTİ GENÇ, İskender NİŞLİ .....	181-190
- Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Bakış Açısı ve Hemşirelik Yaklaşımı Gülseren KESKİN, Olcay ÇAM .....	191-208
- Tüberküloz Algısı ve Tedaviye Uyum Ayşe ÇİL, Nermin OLGUN .....	209-218

## 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 Üni. 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 Yayın Alt Kuruluna aittir. Dergiye gönderilen yazılar geri gönderilmez. Dergide yayınlanan yazılar için, herhangi bir ücret yada karşılık ödenmez. Gönderilen yazıların kabul edilip edilmeyeceği 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'e 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),
- \* Yazar (lar) ın ad ve soyad (lar) ı, (Soyadı büyük harf ile),
- \* Yazar(lar) ın yazışma adres (ler) i;
- \* Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, sunulduğu toplantı ve yılı belirtilmelidir.

### 2. Özet Sayfası

- \* Türkçe başlık (Büyük harf ile),
- \* İngilizce başlık (Büyük harf ile),
- \* Anahtar sözcükler (2-5 sözcük),

- \* Keywords (2-5 words)
- \* Özet (50-200 sözcük)
- \* Summary (50-200 words)

Araştırma türü makale özetlerinde, amaç, yöntem, ana bulgular ve sonuç kısaca belirtmiş olmalıdır.

### **3. Metin**

#### ***Dil ve biçem (üslup): Yayınlarda;***

- \* Açık, güncel ve rahat anlaşılır Türkçe kullanılmış,
- \* Gramer ve yazım kurallarına uyulmuş,
- \* Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eşanlamlarına 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:** Giriş, 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 virgül 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 1988).

... ortaya çıkarmışlardır (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) ın baş harfleri arasına noktalama işaretleri konulmamalıdır. Üç yazara kadar çoğul yazarlı kaynaklarda, yazar soyadı ve adının baş harfini izleyerek aralarına virgül 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 ile İlgili Örnekler**

##### ***Dergi Makalesi***

Lorig K, Gonzales VM, Ritter P ve ark. (1997). Comparison of three methods of data collection in an urban Spanish-speaking population. Nurs Res, 46: 4, 230-234.

##### ***Dergi Eki (Supplement)***

Weiss ME (1991) Tympanic infrared thermometry for fullterm and preterm neonates. Clin. Pediatr, 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:**

Bauer M, Bosh G, Freyberger H ve ark. (1985). Psikiyatri. Koptagel G (çev)., 3. Baskı, Kırklareli: Sermet Matbaası, 75-83.

### **Yazar Adı Olmayan Yayınlar**

American Heart Association (198). Recommendations for human blood pressure determination by sphygmomanometers: Report of a special task force appointed by the steering committee. American Heart Association, Circulation, 77, 501, 514.

### **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 ya da poster bildiri olduğu belirtilmelidir.

### **Yayınlanmamış Tez**

Yavaş Ö (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.