



# GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 3 / SAYI : 1

ISSN 2146 - 9954

2014

## GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES



Altuntaş Yaylası / GÜMÜŞHANE

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağlarbaşı Mah. 29100 / GÜMÜŞHANE

Tel : 0456 233 7425 - 248 Fax: 0 456 233 7604

sbd@gumushane.edu.tr

Türkiye Atıf Dizini (Turkije Citation Index)'ne kayıtlıdır.

## İÇİNDEKİLER

<b>Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede Evde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri (Araştırma Makalesi )</b>	<b>577</b>
Gizem DENİZ BULUCU, Ayla ÜNSAL	
<b>Kendi Evlerinde Yaşayan Ve Korunmalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin Ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması (Araştırma Makalesi )</b>	<b>588</b>
Funda KAVAK ,Mine EKİNCİ	
<b>Sağlık Ve Yaşam Dersinin Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi (Araştırma Makalesi )</b>	<b>599</b>
Kerime Derya BEYDAĞ, Esra UĞUR Ceren SONAKIN, Birsen YÜRÜGEN	
<b>Engelli Yakınlarına Verilen “Stresle Baş Etme Ve Yaşam Doyumunu Arttırma” Eğitimi Etkinliğinin Belirlenmesi (Araştırma Makalesi )</b>	<b>610</b>
Ayşegül BİLGE, Fatma BURUNTEKİN, Orçin DEMİRAL, N. Gamze ÖZER, Betül KELEŞ, YALÇIN, Gizem TAVUKÇU, Aylin KIRAY, Tuğba SİVİLOĞLU, Semra BOL	
Ayşe KOYUN, Şengül DEMİR	
<b>Bir Sağlık Yüksekokulu’nda Öğrenim Gören Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Sağlık Alanında Karşılaştığı Sorunların Belirlenmesi (Araştırma Makalesi )</b>	<b>622</b>
Burcu BABADAĞ, İlkey ÇULHA, Nedime KÖŞGÖROĞLU	
<b>Mühendislik Bölümünde Öğrenim Gören Erkek Öğrencilerin Erkek Hemşirelere Karşı Bakış Açıları (Araştırma Makalesi )</b>	<b>632</b>
Mevlüt EKİNCİ, İbrahim Caner DİKİCİ, Muhammet DERYA, Işıl Işık ANDSOY, Sevgi DİNÇ, Ayşegül Oksay ŞAHİN	
<b>Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Ebelik Mesleğinde Erkeklerin Yer Almasına İlişkin Görüşleri (Araştırma Makalesi )</b>	<b>646</b>
Funda YILDIRIM Pelin ÇELİK Cansu ÖZMEN Sedef EROL Zehra Demet ÜST Hava ÖZKAN	
<b>Yüksek Proteinli Diyet Akımlarının Vücut Ağırlığının Korunması Ve Sağlık Üzerine Kısa Ve Uzun Dönemli Etkileri ( Derleme)</b>	<b>656</b>
Semra NAVRUZ , Nilüfer ACAR TEK	
<b>Üremik Kaşıntı Ve Aromaterapi Uygulaması (Derleme)</b>	<b>674</b>
Mehtap KAVURMACI, Mehtap TAN	
<b>Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı (Derleme)</b>	<b>683</b>
Burcu AYKANAT, Duygu GÖZEN	





**Sahibi (Owner)**

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**

(Editorial Manager)

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

**Editörler (Editors)**

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ  
Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

**Dergi Sekreteryası**

Öğr.Gör.Vildan DEMİR  
Öğr.Gör.Meltem DEMİR  
Öğr.Gör. Beliz YEKELER  
Arş.Gör. Vildan APAYDIN

**Teknik Kurul**

Bil. Müh. Bayram KARAKUŞ  
Grafiker Ayşe YALÇINKAYA

**İletişim Adresi**

Sağlık Bilimleri Dergisi  
Gümüşhane Üniversitesi  
Sağlık Yüksekokulu  
Bağlarbaşı Mah.  
29100 / GÜMÜŞHANE  
Tel: 0 456 233 76 37  
Fax: 0 456 233 76 04  
<http://sbd.gumushane.edu.tr>

**Yayın Türü:**

Yılda dört kez yayınlanan hakemli,  
sürelili yayın

Türk Atıf Dizinine (*Türkiye  
Citation Index*) kayıtlıdır.

Dergimize Makale  
Göndermek İçin:

[sbd@gumushane.edu.tr](mailto:sbd@gumushane.edu.tr)

**EDİTÖRDEN...**

Değerli Bilim İnsanları,

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi olarak iki yılımızı geride bıraktık. Üçüncü yayın yılımızda yine aynı şevk ve istekle sizlerin karşısındayız. Üçüncü yılımızda Türkiye Atıf Dizinine ( Türkiye Citation Index ) kaydolmanın haklı gururunu yaşıyoruz. Takdir edersiniz ki ülkemiz şartlarında bir derginin yayın hayatına kesintisiz, düzenli devam edebilmesi oldukça zordur. Amacımız zor olanı başararak bu derginin kesintisiz olarak yayınlanmasını sağlamak ve en kısa sürede uluslararası indekslere de girmesini sağlamaktır. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nin siz değerli bilim insanlarının destekleri sayesinde kısa sürede uluslararası indekslere de gireceğine inanıyoruz. Sizlerden gelen görüşler ve eleştiriler doğrultusunda, her sayının her zaman bir öncekinden daha nitelikli olmasını hedefliyoruz. Bu açıdan gördüğünüz eksiklikleri ve önerilerinizi lütfen bize bildirmekten çekinmeyiniz.

Dergimizin bu sayısında 7 orijinal araştırma makalesi ve 3 derleme yer almaktadır. Birinci araştırma makalemiz Gizem DENİZ BULUCU ve Ayla ÜNSAL'ın "Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede Evde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri" adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Funda KAVAK ve Mine EKİNCİ'nin "Kendi Evlerinde Yaşayan ve Korunmalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması" isimli araştırma makalesi takip etmektedir. Üçüncü makalemiz Kerime Derya BEYDAĞ, Esra UĞUR Ceren SONAKIN ve Birsen YÜRÜGEN'in Sağlık ve Yaşam Dersinin Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi adlı araştırma makalesidir. Bu makaleyi Ayşegül BİLGE ve arkadaşlarının "Engelli Yakınlarına Verilen "Stresle Baş Etme ve Yaşam Doyumunu Arttırma" Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi" isimli araştırma makalesi izlemektedir. Sonraki makale Burcu BABADAĞ, İlkey ÇULHA ve Nedime KÖŞGÖROĞLU'nun "Bir Sağlık Yüksekokulu'nda Öğrenim Gören Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Sağlık Alanında Karşılaştığı Sorunların Belirlenmesi" isimli araştırma makalesidir. Bu makaleyi Mevlüt EKİNCİ ve arkadaşlarının "Mühendislik Bölümünde Öğrenim Gören Erkek Öğrencilerin Erkek Hemşirelere Karşı Bakış Açılırları" adlı araştırma makalesi izlemiştir. Bu sayının son araştırma makalesi Funda YILDIRIM ve arkadaşlarının "Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Ebelik Mesleğinde Erkeklerin Yer Almasına İlişkin Görüşleri" adlı araştırma Makalesidir. İlk derlememiz Semra NAVRUZ ve Nilüfer ACAR TEK'in "Yüksek Proteinli Diyet Akımlarının Vücut Ağırlığının Korunması ve Sağlık Üzerine Kısa ve Uzun Dönemli Etkileri" isimli derlemesidir. Bunu Mehtap KAVURMACI ve Mehtap TAN'ın "Üremik Kaşıntı ve Aromaterapi Uygulaması" isimli derlemesi izlemektedir. Son derlememiz ise Burcu AYKANAT ve Duygu GÖZEN'in "Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı" isimli derlemedir.

Bir sonraki sayımızda buluşmak üzere sağlıklılıkla kalın.

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



## DERGİMİZ HAKKINDA

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi ; Temel Tıp Bilimleri , Cerrahi Tıp Bilimleri, Dahili Tıp Bilimleri , Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik , Sağlık Yönetimi , Ebelik, Çocuk Gelişimi, İlk ve Acil Yardım (Paramedik) ,Tıbbi Laboratuvar, Sporcu Sağlığı, Acil Yardım ve Afet Yönetimi, Sosyal Hizmetler, Dış Hekimliği ve Veterinerlik gibi bütün sağlık alanlarındaki bilimsel yazıları yayımlayan hakemli bir dergidir. Dergide önceden yayımlanmış, yayımlanmak üzere kabul edilmiş ve yayımlanmak için değerlendirilmekte olan yazılar değerlendirmeye alınmaz. Yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lara) aittir. Yazardan düzeltme istenilmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içinde yapılarak Sağlık Bilimleri Dergisi sekreterliğine ulaştırılması gerekmektedir. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan yazılar yayımlanabilir:

**Derleme:** Belli bir konuda yakın zamana kadar yapılmış bilimsel çalışmaların kapsamlı derlemesi.

**Araştırma Makalesi:** Özgün araştırmaları tanıtan ve sonuçlarını sunan bilimsel formatta yazılmış makale.

**Teorik ve Kuramsal Makaleler:** İlgili bilim dalına katkı yapacak teorik düzlemde hazırlanmış makale

## Kitap Tanıtımı

## YAZIM KURALLARI

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri e-dergisi yılda dört kez (Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim) yayınlanan hakemli bir dergidir. Dergide ; klinik ve deneysel çalışmalar , ilginç olgu bildirimleri, editör tarafından davet edilmiş derlemeler, ve editöre mektuplar yayınlanır.

Dergimizde yayınlanması arzu edilen çalışmaların aşağıda belirtilen yazım kurallarına ve diğer koşullara uygun bir şekilde hazırlanarak dergimiz e-posta adresine ([sbd@gumushane.edu.tr](mailto:sbd@gumushane.edu.tr)) gönderilmesi gerekmektedir. Yayınlanmak üzere dergimize gönderilen çalışmaların tüm sorumlulukları yazarlara aittir.

Dergi kurallarına uygunluğuna karar verilen yazılar Hakem Danışma Kurulundan konu ile ilgili en az iki hakeme gönderilir ve bu üyelerden yayına uygun olup olmadığı konusunda görüşleri alınır. Bu incelemeden geçen yazılar, Yayın Kurulu tarafından tekrar değerlendirilir ve basılacağı yer ve sayı kararlaştırılır. Danışma ve Yayın Kurulları, düzeltme, kontrol ve dizgi aşamasında yayıncı, yazılarda düzeltme yapmak, biçiminde değişiklikler istemek ve yazarları bilgilendirerek kısaltma yapmak yetkisine sahiptir.

Yazarlardan istenen değişiklik ve düzeltmeler için verilen süre en fazla laydır ve düzeltmeler yapıldıktan sonra, söz konusu yazılar yaygın programına alınmaz.

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayınlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayınlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

## MAKALE YAZIM KURALLARI

1. Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce yayınlanmamış yada yayınlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş olmalıdır. Söz konusu araştırma bilimsel bir toplantıda bildiri (sözlü ya da poster) olarak sunulmuşsa yazının başlık sayfasının altında tarihi ve yeri ile birlikte dipnot şeklinde belirtilmelidir.

2. Dergimizde Türkçe, İngilizce ve Almanca dillerinden herhangi biri ile yazılmış yazılar yayınlanır. Yazılar MS Word 2003 veya üzeri sürümlerde, A4 kağıdı boyutunda, "Times New Roman" yazı stili, 12 punto ve 1.5 satır aralığı ile yazılmalıdır. Paragraflarda ilk satır girintisi 1 cm olmalıdır. Paragraf geçişlerinde satır atlanmamalıdır. Yazılarda geçen kısaltmalar yazı içinde ilk kullanımlarında açık olarak yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekil verilmelidir.

3. Yazılarda Türkçe ve İngilizce özet verilmelidir. Özetler 10 punto ile yazılmış ve 250 kelimeyi aşmayacak şekilde olmalıdır. "ÖZET" başlığı (10 punto) ortalanarak "**kalm**" yazılmalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar yer almamalıdır. Özetlerden sonra çalışmanın alanını tanımlayabilecek en az üç, en fazla beş adet "anahtar kelime" (keywords) bulunmalıdır. Anahtar kelimeler (Index Medicus: Medical Subject Headings ve Türkiye Bilim Terimleri sözlüğü ile uyumlu olmalıdır. Index Medicus MeSH dağarcığına uygun anahtar sözcükler dizgi aşamasında dergimiz tarafından da eklenmektedir. Olgu sunumlarının özetleri kısa ve tek paragraflık olmalıdır. Olgu sunumu özetleri ağırlıklı olarak mutlaka olgu

hakkındaki bilgileri içermelidir.

4. Yazılar, Giriş bölümü ile ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

5. Araştırma yazıları TÜRKÇE ÖZET, İNGİLİZCE ÖZET, GİRİŞ, MATERYAL ve METOT, BULGULAR ve TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER (Tartışma içinde yer alabilir) ve KAYNAKÇA bölümlerinden oluşmalıdır. Başlıklarına numara verilmemeli ve paragraf ile hizalı bir şekilde tamamen büyük harflerle



**kalın** yazılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

6. Yazıların ana başlığı ortada olacak şekilde, büyük harflerle “**kalın**” ve 12 punto ile yazılmalıdır. Yazarın adı başlığın sağ alt kenarına konulmalı; yazar birden fazla ise adları yan yana yazılmalıdır. Unvan kullanılmaksızın önce isim, sonra büyük harflerle soy isim yazılmalıdır. Yazarların akademik ünvanı, bağlı olduğu kurumu ve e-posta adresi dipnot şeklinde ilk sayfada yer almalıdır. İlk sayfada ayrıca, dipnot olarak aynı yazı karakterinde ve 10 punto ile çalışmayı destekleyen kuruluşlar ve diğer gerekli bilgiler belirtilmelidir.

7. Yazı, çizim veya grafiklerin yazım alanı içinde olmalarına dikkat edilmelidir. Yazılarda sayfa kenar boşlukları ; üstbilgi ve altbilgi 2 cm olmalıdır.

8. Yazılar, şekil ve tablolar dahil 25 sayfayı geçmemelidir.

9. Yazılardaki resim, şekil ve grafikler “Şekil” adı altında gösterilmeli; şekil ve grafikler bilgisayar ortamında çizilmelidir. Tablo, şekil ve denklemlere sıra numarası verilmeli, başlıklar tabloların üzerine, şekillerin ise altına her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde ve ortalanarak “kalın” karakterler ile yazılmalıdır. Ayrıca tablo ve şekillere ait kaynaklar hemen altına 8 punto ile verilmelidir. Tablolar her sayfaya bir tablo olacak şekilde yerleştirilmelidir. Yazılardaki tablolar dikey çiziyi içermemeli ve tablolar word programındaki tablo menüsünden yararlanılarak yapılmalı ve tablo sayısı 5’i geçmemelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmesi gerekmektedir. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.

10. Yazıda yer alan birinci derece başlıklar (I,II, III gibi) Romen rakamlarıyla sınıflandırılmalı, tamamen büyük koyu harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. İkinci derece başlıklar (A,B,C gibi) büyük harflerle sınıflandırılmalıdır. Bu başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde kalın harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. Üçüncü derece başlıklar (1, 2, 3 gibi) rakamlarla sınıflandırılmalıdır. Bu tür başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak

şekilde, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır. Dördüncü derece başlıklar ise (a, b, c gibi) küçük harflerle sınıflandırılmalıdır. Dördüncü derece alt başlıklar küçük harflerle, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır.

#### 11. Kaynaklar

Yazarlar yalnızca doğrudan yararlandıkları kaynakları yazılarında gösterebilirler. Dergimiz, başka çalışmalarda bildirilen kaynakların aktarma şeklinde kullanılmasını kesinlikle uygun görmez. Bir kaynağın aslından yararlanılmamış olduğu düşünüldüğünde, yazarından söz konusu kaynak ya dakaynakların ilk sayfalarının fotokopilerini göndermesi istenir. Yazarlar tarafından doğrulanmayan kaynaklar dizgi aşamasında yazıdan ayıklanmaktadır.

Kaynaklar bölümünde, yayınlanmamış ve sayfa numaralarıyla verilemeyecek kaynak (yayınlanmamış kongre, sempozyum, toplantı, vb. belgeleri) kullanılamaz.

Kaynaklar yazıda kullanılış sırasına göre sıralanmalıdır. Noktalamalara birden çok yazarlı bir çalışmayı tek yazar adıyla kısaltmamaya ve kaynak sayfalarının başlangıç ve bitimlerinin belirtilmesine dikkat edilmelidir. Kullanılacak kısaltmalar Index Medicus'a uygun olmalıdır. Yazar sayısı altıdan fazla ise “ve ark. ya da et al” şeklinde kısaltılabilir.

#### Aşağıda kaynak gösterim örnekleri sunulmuştur:

##### Makale:

1. Şahinöz T, Şahinöz S ve ark. Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 23 (4): 159-166.

##### Kongre Bildirileri:

2. Şahinöz S, Şahinöz T, Çolak A, Cengiz S. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Zararlı Alışkanlıkları. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 4-7 Ekim 2011, Trabzon. 2011. p 374

##### Kitap:

3. Şahinöz S (ed.), Şahinöz T (ed.), Eker H.H, Kıvanç A, Bodur A.F, Çolak, A. Hasta Bakımı: Sürdürülebilir Kalkınma İçin Kadın Girişimcilik ve Eğitim Merkezi Eğitim Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-87853-0-4 Gümüşhane - 2011. ss: 4-7

##### Tezler:

4. ŞAHİNÖZ T. Uzmanlık Tezi; “Kayseri’de 1985 – 1998 Yılları Arasında Sağlık Durumu ve Demografik Göstergelerdeki Değişim” Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Yusuf Öztürk. Kayseri – 1999.



Kaynaklara yapılan atıflar, dipnotlar yerine metnin içinde parantez içinde yazıda kullanım sırasına göre rakamlarla yapılmalıdır. Yapılacak atıf bir internet sitesinden alınmışsa ve atfın yazarı belli değil ise, parantez içerisindeki ifadeler şu şekilde sıralanmalıdır; internet sitesinin kurumu, erişim yılı.

.....(www.die.gov.tr, 2007) : internet adresine atıf

.....(Devlet Planlama Teşkilatı, 2005) : kuruma atıf

Yukarıdaki atıf gösterimleri metin dili Türkçe olan makaleler içindir.Yabancı dilde yazılan makalelerdeki atıflarda kullanılan bağlaçlar, metin dili ile uyumlu olmalıdır. Kaynağa yapılan atıf dışında, yapılacak açıklamalar, "Notlar" başlığı altında yazının sonunda ayrı bir sayfada verilmelidir. Kaynakçada yer alan eserler kitap, makale vb. şekilde sınıflandırılmamalıdır.

Yukarıdaki gösterimler metin dili Türkçe olan kaynaklar içindir.Yabancı dilde yayınlanacak çalışmalarda bağlaçlar ve kısaltmalar metin dili ile uyumlu olmalıdır. Örneğin, metin dili İngilizce olan bir çalışmada 've' bağlacı yerine 'and', 'ss.' kısaltması yerine 'pp.'kullanılmalıdır.

## 12. Etik

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedürlerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma söz konusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve ilgili Etik Kuruldan aldıkları onayı göndermelidir.

Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar için de gereken izin alınmalı; yazıda deneklere ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir.Hasta kimliğini tanıttak fotoğraf kullanıldığında, hastanın yazılı onayı alınmalı ve hastanın gözleri bantla kapalı olmalıdır.

**Yukarıdaki formata uygun olmayan çalışmalar içerik açısından değerlendirilmeye alınmayacak ve editör tarafından yazara iade edilecektir.Hotmail üzerinden gelen makaleler sistem tarafından silinmektedir. Diğer e-mail adresleri kullanılmalıdır.**

İletişim	Sağlık Bilimleri Dergisi
Adres	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
Tel	0 456 233 76 37 0 505 347 6206
Faks	0 456 233 76 04
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr





# Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

## GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

### BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülgani TATAR Atatürk Üniversitesi	Cemalettin BALTACI Gümüşhane Üniversitesi
Aclan ÖZDER Afyon Kocatepe Üniversitesi	Cemil ŞAHİN Gümüşhane Üniversitesi
Adem KUŞGÖZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Cihan ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet ALVER Karadeniz Teknik Üniversitesi	Çetin AKAR Hacattepe Üniversitesi
Ahmet EROĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	Dilek ÇİLİNGİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KALAYCIOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	E.Edip KEHA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Engin YENİLMEZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet MENTEŞE Karadeniz Teknik Üniversitesi	Erdem DUMAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet TİRYAKİ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Erhan ÇAPKIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet YILMAZ Gümüşhane Üniversitesi	Ersan ODACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali Fuat BODUR Gümüşhane Üniversitesi	Ersan KALAY Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali GÜNDOĞDU Gümüşhane Üniversitesi	Esra ERCAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aliye ÖZENOĞLU 19 Mayıs Üniversitesi	Ersagun KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Ü.
Asım ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi	Ethem ALHAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aydın KIVANÇ Gümüşhane Üniversitesi	Evrım AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayhan KANAT Rize Üniversitesi	Evrım ÖZKORUMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayişe KARADAĞ Gazi Üniversitesi	Fahri UÇAR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayla Gürsoy Karadeniz Teknik Üniversitesi	Fatma DEMİR KORKMAZ Ege Üniversitesi
Aynur BÜTÜN AYHAN Ankara Üniversitesi	Fatma TAŞ ARSLAN Selçuk Üniversitesi
Aysel KÖKSAL AKYOL Ankara Üniversitesi	Fehmi Volan AKYÖN 18 Mart Üniversitesi
Ayşe METİN Ankara Çocuk Sağ.ve Has.	Ferdi BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayşe ÇOLAK Gümüşhane Üniversitesi	Fevziye ÇETİNKAYA Erciyes Üniversitesi
Ayşe OKANLI Atatürk Üniversitesi	Feyyaz ÖZDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşe Özfer ÖZÇELİK Ankara Üniversitesi	Figen ÇELEP Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşegül BİLGE Ege Üniversitesi	Fisun ŞENUZUN Ege Üniversitesi
Ayşegül İŞLER Akdeniz Üniversitesi	Gamze ÇAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşenur ÖKTEN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Gökhan YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayten DEMİR Ankara Üniversitesi	Gökşin ŞENGÜL Atatürk Üniversitesi
Bayram KAYMAK Hacattepe Üniversitesi	Gülşah YEĞİNOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Bayram ŞAHİNÖZ Hacattepe Üniversitesi	Gülhan ERDEM 18 Mart Üniversitesi
Belgin YILDIRIM Adnan Menderes Ü.	Gülgün ERSOY Hacattepe Üniversitesi
Beyazıt YEMEZ Dokuz Eylül Üniversitesi	Gülşah YILDIZ DENİZ Gümüşhane Üniversitesi
Birgül KURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Gürdal YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Bora CENGİZ Bahçeci Sağlık Grubu	Hafız AYDIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Burhan ÇAKICI Gümüşhane Üniversitesi	Halil KAVGACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Cavit KART Karadeniz Teknik Üniversitesi	Haluk DUMAN Aksaray Üniversitesi



# Gümüşhane University Journal Of Health Sciences

## GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Handan GÜLER Cumhuriyet Üniversitesi  
Hasan BOZKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Hasan EFE Rize Üniversitesi  
Hasan Hüseyin EKER Gümüşhane Üniversitesi  
Havva ÖZTÜRK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Havva TEL Cumhuriyet Üniversitesi  
Hayri AYDOĞAN Gümüşhane Üniversitesi  
Hayriye ÜNLÜ Başkent Üniversitesi  
Hilal YILDIRAN Gazi Üniversitesi  
Huri İLYASOĞLU Gümüşhane Üniversitesi  
Hüseyin DAŞ Gümüşhane Üniversitesi  
İbrahim İKİZCELİ İstanbul Üniversitesi  
İbrahim TURAN Gümüşhane Üniversitesi  
İbrahim YILDIRAN Gazi Üniversitesi  
İclal ÇAKICI Yeditepe Üniversitesi  
İhsan KALYONCU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İknur TOSUN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İmdat AYGÜL Gümüşhane Üniversitesi  
İrfan NUHOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İsmet DURMUŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Kaan KILINÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Kurtuluş BURUK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Lale TAŞKIN Hacettepe Üniversitesi  
Levent TÜMKAYA Rize Üniversitesi  
Makbule Gezmen KARADAĞ Gazi Üniversitesi  
Mehmet GÜNAY Gazi Üniversitesi  
Meltem UÇAR Lefke Avrupa Üniversitesi  
Merih KUTLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mevlit İKBAL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mine BEKAR Cumhuriyet Üniversitesi  
Mine EKİNCİ Atatürk Üniversitesi  
Mualla AYKUT Erciyes Üniversitesi  
Muazzez GARİPAĞAOĞLU Medipol Üniversitesi  
Muhammed KIZILTUNÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Murat BAŞ Başkent Üniversitesi  
Murat ERSEL Ege Üniversitesi  
Murat KARKUCAK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Murat S. KESİM Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Murat TOPBAŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi

Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi  
Musa KARAALP Gümüşhane Üniversitesi  
Mustafa GÖKÇE Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mustafa ÖNCEL Gümüşhane Üniversitesi  
Nazan KARAHAN Karabük Üniversitesi  
Nazlı Hacıoğlu Atatürk Üniversitesi  
Nesibe Aslan BURNAZ Gümüşhane Üniversitesi  
Nesrin ERCİYES Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Nesrin NURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Neşe KAKLIKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Nezihe GÖKHAN Gümüşhane Üniversitesi  
Nurcan ÇALIŞKAN Gazi Üniversitesi  
Nurcan YABANCI Ankara Üniversitesi  
Nurçin KÜÇÜK Gümüşhane Üniversitesi  
Nuri GÜLEŞÇİ Gümüşhane Üniversitesi  
Orhan DEĞER Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Orhan BAŞ Rize Üniversitesi  
Osman AYNACI Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Özgül KARAKURT Dokuz Eylül Üniversitesi  
Ömer ŞENEL Gazi Üniversitesi  
Özlem BİLİK Dokuz Eylül Üniversitesi  
Özlem DURAN Cumhuriyet Üniversitesi  
Özlem ŞAHİN ALTUN Atatürk Üniversitesi  
Pelin BAĞCI Rize Üniversitesi  
Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi  
Rasin ÖZYAVUZ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Recep BEDİR Rize Üniversitesi  
Recep DEMİRHAN Kartal Eğitim Araştırma H.  
Rece Meseri Ege Üniversitesi  
Saime ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi  
Sami KARAPOLAT Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi  
Seher S. KARABUDAK Adnan Menderes Ü.  
Selahattin KIYAN Ege Üniversitesi  
Selma T. HESAPÇIOĞLU Karadeniz Teknik Ü.  
Sema KANDİL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Sevil CENGİZ Gümüşhane Üniversitesi  
Sevilay HİNDİSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Sezer KISA Gazi Üniversitesi





# *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*

## **GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**

Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi  
Süha TÜRKMEN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Süleyman Erhan DEVECİ Fırat Üniversitesi  
Süleyman GÜVEN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Süleyman TÜREDİ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Şükran ÖZKAHRAMAN Süleyman Demirel Ü.  
Tahsin YILDIRIM Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Tamer TAŞDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Taşkın KILIÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Tevfik ÖZLÜ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Turhan ARAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Turgut ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi  
Vildan A. ÇAKMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yakup ASLAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yasemin K. YILDIRIM Ege Üniversitesi  
Yaşam BARLAK Gümüşhane Üniversitesi  
Yıldıray KALKAN Rize Üniversitesi  
Yılmaz BÜLBÜL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yunus KARACA Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yusuf ÇELİK Hacettepe Üniversitesi  
Yüksel ALİYAZICIOĞLU Karadeniz T. Üniversitesi  
Zahit PAKSOY Gümüşhane Üniversitesi  
Zeliha BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi

## SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ DÜŞÜK BİR BÖLGEDE EVDE YAŞAYAN YAŞLILARIN BAKIM GEREKSİNİMLERİ\*

Gizem Deniz BULUCU<sup>1</sup> Ayla ÜNSAL<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu çalışma, sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede, evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Kırşehir ilinde düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan Bağbaşı mahallesinde yürütülmüştür. Araştırmaya 220 yaşlı birey dahil edilmiştir. Veri toplama araçları olarak; bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin anket formu, Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği, Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği ve Kısa Yeti Yitimi Anketi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %90,4'ü GYA'da, %58,1'i EGYA'da bağımsızdır ve %40,5'inin ağır derecede yeti yitimi yaşadıkları saptanmıştır. Yaşlıların en bağımlı olduğu GYA banyo yapma (%15,5), en bağımlı olduğu EGYA çamaşır yıkamadır (%52,3). İleri yaşın, kadın, dul/bekar olmanın ve ilaç kullanmanın GYA'da ve EGYA'da bağımlılığı ve yeti yitimlerini arttırdığı saptanmıştır. Araştırma sonucunda sağlık ekibi üyeleri, yaşlıların GYA ile EGYA'da bağımlılıklarını azaltmak ve daha az yeti yitimi yaşamalarını sağlamak konusunda girişimlerde bulunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılık, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi

\*Bu çalışma, 2-6 Ekim 2012 tarihlerinde Bursa'da yapılan 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup> Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi

<sup>2</sup> Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Doçent Doktor

**İletişim/ Corresponding Author:** Gizem Deniz BULUCU  
**Tel:** (386)2805302-5300 **e-posta:** [gizemdenizbulucu@gmail.com](mailto:gizemdenizbulucu@gmail.com)

**Geliş Tarihi / Received:** 22.01.2013  
**Kabul Tarihi / Accepted:** 28.10.2013

## **CARE NEEDS OF THE ELDERLY PEOPLE WHO LIVED AT HOME IN A NEIGHBORHOOD WITH LOW SOCIO-ECONOMIC LEVEL**

### **ABSTRACT**

In this study, it was aimed to determine care needs of the elderly people who lived at home in a neighborhood with low socio-economic level. The study was performed in Kırşehir Province Bağbaşı neighborhood. It was included 220 elderly people. The data were collected with a questionnaire, Activities of Daily Living Scale, Instrumental Activities of Daily Living Scale and Brief Disability Questionnaire were used. It was found out that 90.4% of the participants were independent on ADL whereas 58.1% were independent on IADL and 40.5% experienced severe disability. The most dependent ADL of the elderly people was bathing (15.5%), the most dependent IADL was laundry (52.3%). It was established that advanced age, being a woman and widow/single, medication-use have increased the dependence on ADL and IADL and disability. As the result of the study, health care members should make interventions in order to decrease the dependence of the elderly people on ADL and IADL and should help them experience less disability.

**Key Words:** Old Age, Activities Of Daily Living, Instrumental Daily Living Activities, Disability



## **GİRİŞ**

Dünyada ve Türkiye’de ortalama yaşam süresi uzamakta ve yaşlı nüfus hızla artmaktadır. Türkiye’de de 2012 yılı verilerine göre toplam nüfusun %7,5’i 65 yaş ve üstündedir. Yaşlanma süreci ile ortaya çıkan fiziksel, psikososyal ve duygusal değişiklikler ve sorunlar nedeniyle artan yaşlı nüfusun sağlığı risk altındadır. Yaşlı birey bu değişiklikler ve sorunlar nedeniyle ekonomik, kültürel, çevresel vb. birçok toplumsal sorundan daha kolay etkilenir. Yaşlılarda kronik hastalıklar, sakatlıklar, aktivite kısıtlılıkları ve yeti yitimleri daha çok görülmektedir ve toplumsal sorunlar bu durumları daha da ağırlaştırabilmektedir (1-3).

Toplumsal sorunlardan biri olan düşük sosyoekonomik düzey, yaşlı sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir etmendir ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak yaşlıları toplumdaki diğer bireylere göre daha fazla etkiler (4). Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük olan yaşlıların sağlığının diğer yaşlılara göre daha olumsuz olduğu saptanmıştır (5,6). Yaşlı bireyin sağlık durumuna ve bakım gereksinimlerine yönelik önemli bir gösterge olan fonksiyon kayıpları; Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri’ndeki (EGYA) bağımlılık durumunun belirlenmesi ile saptanabilmektedir (7). Yaşlı bireyin uzun süreli bakıma ihtiyaç duymasına neden olabilecek diğer bir durum olan yeti yitimi; bireyin aktivitelerini yapabilmesini ve sosyal ilişkilerini kısıtlamaktadır (8).

Hemşireliğin evrensel ilkesi, gereksinimlerini karşılayamayan bireye yardım etmektir (9). Bu ilke doğrultusunda yaşlı bireyin hemşirelik bakımındaki hedef, bireyin fonksiyonel kayıp yaşamasına neden olabilen GYA ve EGYA’da bağımlılık durumunu, yeti yitimlerini belirlemek ve bakım gereksinimlerini azaltmak olmalıdır (10). Bu araştırma, sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede, evde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **MATERYAL VE METOT**

Araştırma, Kasım 2010-Şubat 2011 tarihlerinde Kırşehir il merkezinde bulunan Bağbaşı mahallesinde, evde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki bireyler üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan etik onay ve Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü’nden idari izin alınmıştır.

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini, Kırşehir İli Bağbaşı Mahallesi’nde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki 513 birey oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak hesaplanmış ve 220 kişi olarak belirlenmiştir.

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan 24 sorudan oluşan anket formu, GYA, EGYA ölçeği ve Kısa Yeti yitimi Anketi (KYA) kullanılmıştır.

GYA ölçeği, 1963 yılında Katz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. KATZ GYA İndeksi banyo, giyinme, tuvalet, hareket, kontinans, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı GYA'ya dair ifadeden oluşmaktadır. GYA ölçeği; birey GYA'larını bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirilmektedir. GYA ölçeğinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir (11).

EGYA ölçeği, 1969 yılında Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiştir (12). Telefon kullanma, ulaşım araçlarına binme, alışveriş yapma, yemek hazırlama, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ilaçları tanıma ve kullanma ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz ifadeden oluşmaktadır. EGYA ölçeği; birey EGYA'larını bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirilmektedir. EGYA' da 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir (12).

KYA, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir. KYA'da bedensel ve sosyal yeti yitimini soruşturan 11 soru bulunmaktadır. Bu sorularda sağlık sorunlarının ağır iş yapmak, file taşımak ve yemek yemek, giyinmek gibi aktivitelere engel olup olmadığı sorgulanmıştır. Diğer sorular da sağlık sorunlarının bireyin sosyal aktivitelerinde kişisel verimini azaltıp azaltmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sorulduğu iki soru bulunmaktadır (8). KYA'da Hayır/Hiç yanıtına sıfır puan, Evet/Bazen/Biraz yanıtına bir puan, Evet/Her zaman/Oldukça yanıtına iki puan verilerek 11 ifadeden elde edilen puanların toplanması ile yeti yitimi toplam puanı elde edilmektedir. KYA'dan alınabilecek en düşük puan "0" iken en yüksek puan "22"dir. Yeti yitimi puanları 0-4=yok, 5-7=hafif, 8-12=orta, 13 ve üzeri=ağır yeti yitimi olarak değerlendirilmiştir Bu ankette sorgulanan son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sorulduğu iki soru, gün sayılarının ortalamalarının hesaplanması ile değerlendirilmektedir (13).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hangi adreste yaşadıklarına dair herhangi bir bilgi olmadığı için veriler, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kartopu yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere araştırmacılar tarafından ev ziyareti

yapılmış, araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Bireylerin tümü araştırmaya katılmayı kabul etmiş, anket ve ölçekler yüz yüze görüşülerek uygulanmış, her bir görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Veriler SPSS 17.0 paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, normal dağılıma uymayan verilerin ortancaları alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde Kruskal Wallis, Mann Whitney U testleri, Sperman Korelasyon analizi, Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırmada anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

## **BULGULAR**

Araştırmaya katılan yaşlıların %90,4'ünün GYA'da bağımsız olduğu belirlenmiştir. Bireyler en çok banyo aktivitesinde (%15,5), en az da hareket ve beslenme aktivitelerinde (%0,9) bağımlıdır. Yaşlıların %41,9'unun EGYA'da kısmen ya da tamamen bağımlı olduğu saptanmıştır. Yaşlılar EGYA'lardan en çok çamaşır yıkama (%52,3), en az da ilaç kullanma (%5) aktivitelerinde bağımlıdır. Bireylerin %40,5'inde ağır yeti yitimi olduğu saptanmıştır. Ayrıca bireylerin son bir ay içinde günlük işlerini ortalama yedi gün aksattıkları, iki günlerini de hastalık ya da yaralanma nedeniyle yatakta geçirdikleri belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %38,2'si 65-69 yaş grubunda olup %66,8'i kadındır. Yaşlıların %96,8'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bireylerin %68,6'sının kişisel bakımını yaparken birine ihtiyaç duyduğu ve %90,7'sinin bakımını üstlenecek biri olduğu saptanmıştır. Bakımı üstlenen kişilerin %95,6'sı aile üyeleridir. Yaşlıların %89,1'inin en az bir kronik hastalığı vardır ve bunlardan %82,6'sı kardiyovasküler sistem hastalıklarıdır. Yaşlıların %70,9'u diyeti olduğunu ve bunlardan %32,1'i diyetine sürekli uyduğunu ifade etmiştir. Yaşlıların %79,5'i ilaç/ları olduğunu ve bunların %85,1'i ilaçlarını sürekli kullandığını ifade etmiştir. Yaşlıların hastalık, diyet ve ilaç/ları ile ilgili bilgiyi sırasıyla %90,2, %89,1, %84,3 ile çoğunlukla hekimden aldıkları saptanmıştır. Yaşlıların %81,8'i sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu ve %90,9'u bu durumda devlet hastanesine başvurduğunu ifade etmiştir.

Yaşlıların tanıtıcı özellikleri, kronik hastalık varlığı, ameliyat olma, diyet ve ilaç kullanma ile sağlık hizmetine ihtiyaç duyma durumlarına göre GYA, EGYA ölçeği ve KYA'ya göre puan ortancaları Tablo I'de yer almaktadır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, bireyin kiminle yaşadığı ve ilaç kullanımı ile GYA, EGYA ve KYA arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar vardır ( $p < 0,05$ ). Bununla birlikte ileri yaşta ve kadın



olmanın, okur yazar olmamanın, dul/bekar olmanın, en az bir kronik hastalığa, bununla birlikte ilaç ve diyetle sahip olmanın GYA'da bağımlılığı arttırdığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ). EGYA'da bağımlılığı arttıran etmenler; ileri yaşta ve kadın olmak, okur yazar olmamak, dul/bekar olmak ve ilaç kullanmak olarak belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Bireyin yeti yitimine sahip olmasına neden olan etmenler ise ileri yaşta ve kadın olmak, okur yazar olmamak, dul/bekar olmak, en az bir kronik hastalığa sahip olmak ve ilaç kullanmaktır ( $p<0,05$ ).

## TARTIŞMA

Yaşlanma sürecinin yanında sosyal ve ekonomik birçok toplumsal etken, yaşlı sağlığını olumsuz etkiler. Aktivitelerde bağımlılık ve yeti yitimlerinin belirlenmesi, yaşlı sağlığı için önemli göstergelerdendir.

Araştırma sonuçlarına göre yaşlıların çoğunluğu GYA'da bağımsızdır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaşlıların %60'tan fazlasının GYA'da bağımsız oldukları saptanmıştır (14,15). Bu araştırma bulgularında olduğu gibi, sözü edilen çalışmaların kapsamına alınan yaşlılar çoğunlukla erken yaşlılık dönemindedirler. Yaşlıların GYA'da bağımsız olmalarının nedeni bireylerin yaşlılığın erken döneminde olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma bulguları ile benzer şekilde, yapılan birçok çalışmada yaşlıların yarısından fazlası EGYA'da bağımsızdır (14,16). Yapılan birçok çalışmada yaşlıların EGYA'da ev işi yapma, yemek hazırlama ve alışveriş yapma gibi aktivitelerde bağımlı oldukları saptanmıştır (15,16).

Araştırma bulgularına göre yaşlıların yaklaşık yarısı (%40,5), ağır yeti yitimine sahiptir. Solmaz ve Akın çalışmasında yaşlıların %65,2'sinde ağır düzeyde yeti yitimi olduğunu saptamıştır (6).

Araştırma bulgularına göre yaşlılar çoğunlukla 65-69 yaş grubundadır. Bu araştırma bulguları ile benzer şekilde; yapılan çalışmalarda ilerleyen yaşın GYA'da ve EGYA'da bağımlılığı ve yeti yitimi yaşama durumunu arttırdığı saptanmıştır (5,17). Yapılan birçok çalışmada, araştırma bulgularıyla benzer şekilde, kadınların GYA'da ve EGYA'da erkeklere göre daha bağımlı olduğu ve daha çok yeti yitimi yaşadığı saptanmıştır (5,18). Buna göre ileri yaşta ve kadın olmanın, GYA, EGYA'da bağımlılık ve yeti yitimi yaşama durumu açısından risk faktörü olduğu söylenebilir.

Sosyoekonomik düzey; eğitim ile ölçülen sosyal statü ve mesleki konum ile ölçülen iş statüsü ile belirlenir (19). Yapılan çalışmalara göre iş ve eğitim düzeyinin düşük olması,

bireylerin GYA ve EGYA'da daha bağımlı olmasına ve daha çok yeti yitimi yaşamasına neden olmaktadır (5,6). Bu araştırmanın bulgusuyla benzer şekilde; yapılan çalışmalarda dul/bekâr yaşlıların, evlilere göre GYA'da ve EGYA'da daha bağımlı oldukları belirlenmiştir (6,20).

Araştırma bulgularıyla benzer olarak yapılan çalışmalarda yaşlıların %66,5-100 arasında değişen düzeylerde en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve kronik hastalık sahibi olmanın, GYA'da ve EGYA'da bağımlılığı arttırdığı belirlenmiştir (5,21). Yaşlıların hastalık/ları ile ilgili bilgi sahibi olmalarının, onların GYA'da ve EGYA'da daha bağımsız olmalarını ve daha az yeti yitimi yaşamalarını sağladığı söylenebilir. Bu durum hastalık/larının farkında olmanın ve hastalık/larını yönetmeyi öğrenmenin bireyi daha bağımsız kıldığını düşündürmektedir.

Diyete uymama kronik hastalık komplikasyonlarının yaşanmasına ve yeti yitimlerine neden olabilmektedir (18). Araştırma kapsamına alınan yaşlılar her ne kadar diyet hakkında bilgi aldıklarını ifade etseler de diyete uyma durumunun yetersiz olması, yaşlıların diyete uymanın önemi hakkında bilinçli olmadıklarını düşündürmüştür. Yaşlıların çoğunluğu ilaç kullanımı konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiş olsa da ilaç kullanmama nedenlerine bakıldığında çoğunlukla ilaç kullanmak istemediklerini ifade etmişlerdir. Bu durum, yaşlıların ilaç kullanmanın önemi konusunda bilinç kazanmadıklarını düşündürmüştür. Ayrıca araştırma bulgularına göre yaşlıların hastalık, diyet ve ilaçları hakkında bilgi almalarının sağlanmasında hemşirelerin; eğitici ve danışmanlık rolünü tam olarak yerine getiremediği söylenebilir.

İlaç kullanan yaşlıların, kullanmayanlara göre EGYA'da daha bağımlı olduğu ve daha çok yeti yitimi yaşadığı saptanmıştır (Tablo I). Şahbaz ve Tel sürekli ilaç kullanmanın yaşlıların EGYA'da bağımlılığını arttırdığını belirlemiştir (14). Yaşlı bireylerde ilaçlar; en çok depresyon, demans, deliryum, anksiyete gibi ruhsal yan etkilere sebep olmaktadır (22). Bu ruhsal bozukluklar; bireylerin telefon kullanma, ulaşım araçlarına binme, alışveriş yapma, yemek hazırlama gibi EGYA'larını olumsuz etkileyebilir. Ayrıca belli bir diyeti olduğunda birey, belli şeyleri yeme ya da yememe, bu yiyecekleri seçme, pişirme, hazırlama konularında bağımlı hale gelebilir. Buna göre diyete sahip olmanın GYA ve EGYA'da bağımlılığı ve yeti yitimi yaşama durumunu arttırabileceği söylenebilir.

**Tablo I.** Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri, Kronik Hastalık Varlığı, Ameliyat Olma, Diyet ve İlaç Kullanma ile Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duydukları Durumlarına Göre GYA, EGYA ve KYA'dan Aldıkları Puan Ortancaları (n=220)

Tanıtıcı Özellikler	GYA			EGYA			KYA		
	Ortanca	KW/z	p	Ortanca	KW/z	p	Ortanca	KW/z	p
<b>Yaş</b> 65-69	17,5 (8-18)			20,0 (9-24)			9,0 (0-22)		
70-74	17,0 (8-18)	30,56	<0,001	18,0 (8-24)	47,231	<0,001	10,0 (1-22)	22,873	<0,001
75-79	17,0 (10-18)			17,0 (8-23)			10,0 (5-22)		
80 ve üzeri	15,0 (8-18)			11,0 (8-22)			14,0 (2-22)		
<b>Cinsiyet</b> Kadın	17,0 (8-18)	-3,943	<0,001	16,0 (8-24)	-2,394	<0,017	12,0 (1-22)	-3,431	<0,001
Erkek	18,0 (9-18)			19,0 (9-24)			9,0 (0-22)		
<b>Eğitim Durumu</b> Okuryazar değil	17,0 (8-18)			16,0 (8-24)			13,0 (1-22)		
Okuryazar	17,0 (8-18)	15,00	<0,005	17,5 (9-24)	20,195	<0,001	12,0 (5-22)	27,545	<0,001
İlkokul	18,0 (9-18)			20,0 (9-24)			8,0 (2-21)		
Ortaokul ve üzeri	18,0 (16-18)			20,0 (14-24)			8,0 (0-15)		
<b>Medeni Durum</b> Evli	18,0 (9-18)	-5,203	<0,001	20,0 (8-24)	-5,700	<0,001	9,0 (0-22)	-3,702	<0,001
Dul/Boşanmış	16,0 (8-18)			14,0 (8-24)			13,0 (1-22)		
<b>Çalışma Durumu</b> Çalışmıyor	17,0 (8-18)	-0,704	=0,482	18,0 (8-24)	-0,172	=0,863	11,0 (0-22)	-0,024	=0,981
Çalışıyor	17,0 (14-18)			20,0 (10-22)			9,0 (5-22)		
<b>Kiminle yaşadığı</b> Eşiyle	18,0 (9-18)			20,0 (8-24)			10,0 (3-22)		
Çocuklarıyla	16,0 (8-18)	28,24	<0,001	12,0 (8-24)	53,277	<0,001	13,0 (1-22)	13,627	<0,003
Yalnız	17,0 (8-18)			20,0 (8-24)			11,0 (3-22)		
Eşi ve çocuklarıyla	17,0 (11-18)			16,0 (9-24)			10,0 (0-22)		
<b>Kronik hastalık/lar</b> Var	17,0 (8-18)	-2,77	<0,006	18,0 (8-24)	-1,562	=0,118	11,5 (0-22)	-3,808	<0,001
Yok	18,0 (13-18)			20,0 (9-24)			7,0 (2-15)		
<b>Hastalıkla İlgili Bilgili Olma</b> Evet	17,0 (10-18)	-1,021	=0,307	17,5 (9-24)	-0,060	=0,952	11,0 (0-22)	-0,244	=0,807
Hayır	17,0 (8-18)			18,0 (8-24)			12,0 (3-22)		
<b>Ameliyat Olma Durumu</b> Evet	17,0 (8-18)	-0,731	=0,46	18,0 (8-24)	-0,267	=0,790	12,0 (1-22)	-1,192	=0,233
Hayır	17,0 (8-18)			18,0 (8-24)			10,0 (0-22)		
<b>Diyet</b> Evet	17,0 (8-18)	-4,121	<0,001	17,0 (8-24)	-1,562	=0,118	11,0 (0-22)	-1,507	=0,132
Hayır	18,0 (11-18)			20,0 (8-24)			10,0 (2-22)		
<b>İlaç/lar</b> Evet	17,0 (8-18)	-3,189	<0,001	17,0 (8-24)	-2,100	<0,036	12,0 (1-22)	-3,490	<0,001
Hayır	18,0 (11-18)			20,0 (8-24)			8,0 (0-16)		
<b>Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma</b> Evet	17,0 (8-18)			18,0 (8-24)			10,0 (0-22)		
Kısmen	17,0 (10-18)	1,72	=0,421	16,0 (9-24)	0,802	=0,670	12,0 (3-19)	1,096	=0,578
Hayır	17,0 (11-18)			18,0 (8-24)			10,5 (1-22)		



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonucunda; bireylerin ilerleyen yaşın, kadın olmanın, eğitim düzeyinin düşük olmasının ve dul/bekar olmanın hem GYA ve EGYA'da bağımlılık hem de yeti yitimi yaşama durumu açısından bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların çoğunlukla kronik hastalık/larının olduğu ve kronik hastalık sahibi olmanın hem GYA ve EGYA'da bağımlılık hem de yeti yitimi yaşama durumu açısından risk oluşturduğu saptanmıştır. Yaşlıların hastalık, diyet ve ilaç konusunda çoğunlukla bilgi sahibi oldukları ancak ilaç kullanmada ve diyetle uymada sorun yaşadıkları; hastalık, diyet ve ilaç kullanımına ilişkin eğitim gereksinimlerinin karşılanması konusunda hemşirelerin çok az rol aldığı belirlenmiştir. Yaşlıların GYA'dan en çok banyo yapma, EGYA'dan ise en çok çamaşır yıkama aktivitelerinde bağımlı oldukları ve çoğunun ağır yeti yitimine sahip olduğu ve tüm bu olguların birbirinin etkisini ağırlaştırabileceği saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; yaşlıların sosyoekonomik özelliklerini ve bu durumun sağlıkları üzerine etkisini belirleyen çalışmaların yapılması, yaşlı bireylere kronik hastalık yönetimini içeren eğitimlerin verilmesi, yaşlı bakımında hemşirelerin etkin rol almalarını sağlayacak çalışmaların yapılması önerilir.

## KAYNAKÇA

1. World Health Organization (WHO) 2010. World Health Statistics. Available From: [www.int/whosis/whostat/eN\_WHS10\_full.pdf].
2. Türkiye İstatistik Kurumu (2012). Nüfus İstatistikleri Ve Projeksiyonlar. Erişim: [www.tuik.gov.tr]
3. Kutsal YG. Temel Geriatri. Güneş Tıp Kitabevleri. 2.Baskı. Ankara – 2007. Ss 450–460.
4. Dedeoğlu N. Sağlık Ve Yoksulluk. Toplum Ve Hekim 2004; 19(1): 51–53.
5. Cingil D, Bodur S. Karaman İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Bağımlılık Düzeyleri, Demografik Ve Medikal Özelliklerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 2008; 11(3): 33–39.
6. Solmaz T, Akın B. Evde Yaşayan Yaşlılarda İlaç Kullanımı Ve Kendi Kendine İlaç Kullanım Yetisi. Türk Geriatr. Derg. 2009; 12(2): 72–81.
7. Karadakovan A, Aslan FE. Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. Adana-2010. Ss 20-32.

8. Akın B. Doktora Tezi; “Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilite İle İlişkili Yeti Yitimi Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU. Ankara- 2002.
9. Birol L. Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık 7. Baskı. İzmir- 2005. Ss 15.
10. Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing: Population- Centered Health Care İn The Community. Mosby Elseiver. 7th Eds. Kanada- 2008. Pp 665–749.
11. Katz S, Ford AB, Maskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies Of Illness İn The Aged: The Index Of ADL. JAMA 1963; 9: 914–919.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment Of Older People: Self-Maintaining And Instrumental Activities Of Daily Living. The Gerontologist 1969; 9: 179–186.
13. Kaplan İ. Yarı Kırsal Alanda Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Bozuklukların Yeti Yitimi İle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 1995; 6(3):169–179.
14. Aydın DZ, Ersoy Hİ Ve Ark. Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik Ve İlişkili Faktörler. Geriatri Ve Geriatrik Nöropsikiyatri Dergisi 2009; (2): 9-18.
15. Şahbaz M, Tel H. Evde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımlılık Durumu İle Ev Kazaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Türk Geriatr. Derg. 2006; 9(2): 85–93.
16. Açık Y, Polat A, Ozan T, Oğuzöncül F, Güngör Y. Medico-Social Problems And Needs Help Of Elderly People Living İn Region Of Yenimahalle Educational Research Health Center. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; (28): 21-31.
17. Boyle PA, Bunchman SA, Bennett DA. Purpose İn Life İs Associated With A Reduced Risk Of Incident Disability Among Community-Dwelling Older Persons. American J. Geriatr. Psychiatr. 2010; 18(12): 1093–1102.
18. Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay FB. Yaşlı Nüfusun Sosyo Demografik Özellikleri: Pamukçu Kasabası, Balıkesir. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15(11): 199-201.
19. Adler NE, Newman K. Socioeconomic Disparities İn Health: Pathways And Policies. Health Affairs 2002; 21(2):60–76.
20. Baran GA, Kalıncara V, Aral N, Akın G, Baran G, Özkan Y. Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Yaşlıların Günlük Yaşamdan Tatmin Düzeyleri: Ankara Kentsel Kesit Örneği. Turk. J. Geriatr. 2007; 10(1): 10-18.

21. Ünsal A, Demir G. The Prevalence Of Chronic Disease And Drug Use In The Elderly In Central Kırşehir. Turk. J. Geriatr. 2010; 13(4): 244–251.
22. Kutsal YG. Polypharmacy In Elderly. Turk. J. Geriatr. 2006; Özel Sayı:37-44.

## KENDİ EVLERİNDE YAŞAYAN VE KORUMALI EVLERDE YAŞAYAN ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAŞAM NİTELİKLERİNİN VE İŞLEVSEL İYİLEŞME DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Funda KAVAK<sup>1</sup> Mine EKİNCİ<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu araştırma hastanede tedavi süreleri bittikten sonra kendi evlerinde yaşayan şizofreni hastaları ile korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastaları arasındaki yaşam niteliği ve işlevsel iyileşme düzeyleri farkını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapıldı. Araştırmaya Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı 5 korumalı evde kalan 25 hastanın tamamı ve hastanede tedavi görüp taburcu olan hastalardan basit rastgele örnekleme yöntemiyle 50 şizofreni hastası seçildi. Veriler hastaların sosyodemografik özelliklerini belirleyen Anket Formu, Yaşam Nitelikleri Ölçeği (YNÖ) ve Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) kullanılarak toplandı. Hastalar yaşadıkları yer, birlikte yaşadığı kişiler ve hastalığın başlangıç süreleri ile yaşam nitelikleri karşılaştırıldığında ise yaşam nitelikleri ölçek alt boyut puanları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Hastaların yaşadıkları yer, birlikte yaşadığı kişiler ve hastalığın başlangıç süreleri ile işlevsel iyileşme düzeyleri değerlendirildiğinde ise işlevsel iyileşme alt boyut puanları ve toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı çıktı ( $p<0.05$ ). Bu çalışmada korumalı evlerde kalanların yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin kendi evlerinde kalan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, Yaşam Niteliği, İşlevsel İyileşme, Korumalı Ev

<sup>1</sup> Öğr. Gör. İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksek Okulu.

<sup>2</sup>Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**İletişim/ Corresponding Author:** Funda KAVAK

**Tel:** (442)2360970 **e-posta:** funda-kavak@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received:** 19.02.2013

**Kabul Tarihi / Accepted:** 28.10.2013

## **A COMPARISON OF THE LIFE QUALITIES AND FUNCTIONAL RECOVERY LEVELS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WHO LIVE IN THEIR HOMES AND IN PROTECTED HOUSES**

### **ABSTRACT**

This is a depictive and comparative research for determining the differences between the life qualities and functional recovery levels of schizophrenic patients who live in their homes, and the ones who live in protected houses after their treatment in the hospital. All of the 25 patients who stay in the 5 protected houses which belong to the Elazığ Psychiatric Hospital, and 50 schizophrenic patients of patients who had undergone psychiatric treatments at the hospital, were selected with the simpler and omsamplingmethod. The data was collected by using the Questionnaire Form, Life QualitiesScale ( LQS), and the Functional Recovery Scale of Schizophrenic Patients ( FRSS) which specify the sociodemographic aspects of the patients. It has been detected that, when the domiciles, the people they stay with, the disease-onset time, and their life qualities was compared, the difference between the sub-dimensionscalepoints and the average of the total points was statistically significant ( $p<0.05$ ). The functional recovery sub-dimensionpoints and the average of the total points was statistically significant ( $p<0.05$ ), when the domiciles, the people they stay with, the disease-onset time, and the functional recovery levels were evaluated. In this investigation, it is found that the schizophrenic patients live in protected houses have a better living qualities and effectiverecovering level sthanthe patients living in their ownhouses.

**Keywords:** Schizophrenia, Life Quality, Functional Recovery, Protected House



## GİRİŞ

Şizofreni daha çok genç yaşta başlayan, her iki cinste de eşit olarak ortaya çıkan, her toplumda ve her sosyoekonomik düzeydeki bireyde görülebilen, özellikle düşünce, algı ve duygulanım alanlarında bozulmalarla, iyileşme ve yinelemelerle seyreden bir hastalıktır(1-4). Tedaviyi engelleyen, hastaya destek olmayan bir aile sisteminin olması veya herhangi bir aile sisteminin olmaması, çeşitli hastane sonrası destek sistemlerinde eksikliklerin olması şizofreni hastalarında uzun yatışa neden olan çevresel etkenlerdir(5).

Yaşam niteliği, bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır(6). Hastanın günlük deneyimleri, kişilerarası ilişkileri, toplumsal başarıları ve kendini iyi hissetme duygusu, nesnel yaşantılar ve öznel duygular olarak doyum verici bir yaşamın niteliğini oluşturur(6). Bireyin kendini iyi hissetmesi, yaşamdan doyum sağlaması gibi ifadeler yaşam niteliği kavramının öznel boyutunu oluştururken, bağımsız yaşayabilme, kişilerarası ilişkiler, üretken olma gibi ifadeler kavramın nesnel boyutunu oluşturmaktadır(7).

Sosyal adaptasyon hastaların yaşadığı toplumun sosyal ve kültürel değerleriyle uyum içinde ve diğer üyeleriyle olumlu kişiler arası ilişkiler göstererek yaşayabilme yeteneğidir(8). Şizofreni hastaları sosyal rollerini yerine getirmekte ve sosyal etkileşim gerektiğinde kendi gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekmektedirler(9).

Şizofreni hastalarının akıl hastanelerinden çıkıp toplum içinde yaşamlarını sürdürmeleri ile birlikte, aileler hastaların bakımıyla ilgilenmekle birinci derece yükümlülük kazanmışlardır(10). Hastalığın seyrinde ailenin çevreden aldığı sosyal destek önemli olup bu destek ailenin hastaya davranışını olumlu olarak etkilemektedir(11).

Bu amaçla çalışmamızda kullanacağımız ‘Korumalı Evler’ projesi Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde uygulamaya konulmuştur.

Bu evlerin amaçları; şizofreni hastalarının topluma yeniden uyumunu arttırmak, alternatif rehabilitasyon yolları geliştirmek, şizofreninin toplum ve ruh sağlığı hastaneleri üzerindeki yükünü azaltmak, insanların toplumdaki rollerini tekrar kazanmalarına yardımcı olmak, hizmet alanların yaşam kalitesini arttırmak, toplumun şizofreni konusundaki bilincini arttırmak, damgalama/ayrımcılığı ortadan kaldırmaktır(12).

Bu araştırma: hastanede tedavi süreleri bittikten sonra kendi evlerinde yaşayan şizofreni hastaları ile korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastaları arasındaki yaşam niteliği ve işlevsel iyileşme düzeyleri farkını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **YÖNTEM VE GEREÇ**

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı 5 korumalı evde kalan 25 şizofreni hastası ile hastaneden taburcu olan 50 şizofreni hastası oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini korumalı evlerde kalan hastaların tamamı ve kendi evlerinde kalan basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 50 şizofreni hastası araştırmaya alınma kriterleri belirlenmeden alınmıştır.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan "Anket Formu", "*Yaşam Nitelikleri Ölçeği*" ve "*Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği*" kullanılmıştır. Anket ve ölçekler, araştırmacının uygun olduğu günlerde araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; ortalama, sayı, yüzdelik dağılımlar, bağımsız gruplarda *t*-testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Korelasyon, Varyans Analizi ve Ki-kare testi kullanılmıştır.

### **Veri Toplama Araçları**

#### **A)Anket Formu**

Anket formu, hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, kardeş sayısı, meslek, sosyal güvence, çalışma durumu, çalışma süresi, birlikte yaşadığı kişiler, mekan, askerlik durumu, ailede hastalık öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanımı, hastalık başlangıcı, hastaneye yatış sayısı, son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı ve süresi ile ilgili bilgileri içeren 20 sorudan oluşmaktadır.

#### **B)Yaşam Nitelikleri Ölçeği**

Yaşam Nitelikleri Ölçeği ilk olarak Heinrich ve arkadaşları tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği 2000 yılında Soygür tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik kat sayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin kuramsal temelini şizofreninin 'kayıp' sendromu oluşturmaktadır. Ölçekte yer alan 21 madde, şizofreninin 'kayıp' sendromundan köken almakta ve kavramsal olarak aşağıdaki dört boyuttan birinin kapsamına girmektedir: I. Kişiler arası ilişkiler (1-8), II.

Mesleki rol (9-12), III. Ruhsal bulgular (13-17, 20-21), IV. Günlük eşya kullanımı ve faaliyetler (18-19)<sup>1</sup>. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam ve niteliğinin yüksek ve uyumun iyi ya da bozulmamış olduğunu yansıtırken, düşük puanlar yaşam niteliğinin düşük ve uyumun kötü ya da bozuk olduğunu gösterir.

### **C) İşlevsel İyileşme Ölçeği**

Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği ilk defa Llorca ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Emiroğlu tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Bu araştırmada ölçeğin güvenilirlik kat sayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

Ölçek 19 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçekte her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. Düzey (yok) en düşük düzey iyileşmeyi belirtirken, 5.düzey (mükemmel derecede var) ‘ideal’ işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var), 4.düzey (neredeyse tamamen var)’den oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğunu, ölçekten alınan düşük puanlar ise işlevselliğin düşük olduğunu göstermektedir(13).

Ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar: sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevselliktir.

### **BULGULAR**

Tablo 1’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre, yaşadıkları yere göre, hastalığın başlangıç sürelerine göre Yaşam Nitelikleri Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların cinsiyete göre kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular, kişisel eşya ve günlük faaliyetler ve yaşam nitelikleri ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p<0.05$ ).

Hastalar birlikte kaldıkları kişiler açısından incelendiğinde; ailesiyle kalanlar ve korumalı evde kalanlar ile kişiler arası ilişkiler, ruhsal bulgular, mesleki işlevsellik, kişisel eşya ve günlük kullanımı alt boyutları ile Yaşam Nitelikleri Ölçeği toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Nitelikleri Ölçeğinin (YNÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikleri	Kişiler İlişkiler	Arası Mesleki Rol	Ruhsal Bulgular	Kişisel Eşya ve Günlük Faaliyet	Yaşam Nitelikleri Toplam Puanı
Cinsiyet					
Kadın	28.5±11.2	13.6±7.7	27.0±7.4	8.5±2.9	77.8±28.7
Erkek	29.0±9.9	13.2±6.9	26.8±7.4	8.4±2.9	77.6±26.8
Test ve p değeri	MWU=582.500 p=0.995	MWU=556.500 p=0.756	MWU=556.000 p=0.752	MWU=562.000 p=0.802	MWU=553.000 p=0.727
Mekan					
Korumalı ev	41.3±2.5	22.0±2.3	35.9±2.1	12.0±0.0	111.5±6.3
Kendi evi	22.7±6.1	8.9±4.0	22.4±4.3	6.7±1.9	60.78±15.02
Test ve p değeri	MWU=24.500 p=0.001	MWU=25.000 p=0.001	MWU=21.000 p=0.001	MWU=12.500 p=0.001	MWU=21.500 p=0.001
Çocuk Durumu					
Var	30.1±9.6	13.2±6.9	26.9±7.5	8.6±3.0	79.9±26.4
Yok	28.3±10.6	13.3±7.3	26.9±7.4	8.4±2.9	77.0±27.8
Test ve p değeri	MWU=562.500 p=0.481	MWU=625.000 p=1.000	MWU=623.000 p=0.982	MWU=595.000 p=0.729	MWU=599.000 p=0.770
Medeni durum					
Evlü	30.3±9.1	13.3±6.8	27.0±7.5	8.5±2.9	79.4±26.0
Bekâr	28.4±10.6	13.4±7.3	27.0±7.4	8.3±2.9	77.3±28.0
Boşanmış	27.8±11.5	12.7±7.7	26.0±7.8	8.7±3.0	75.3±29.3
Test ve p değeri	KW=1.121 p=0.571	KW=1.171 p=0.918	KW=0.072 p=0.964	KW=0.274 p=0.872	KW=0.361 p=0.835
Sigara İçme Durumu					
Var	30.0±10.2	14.1±7.2	27.7±7.5	8.7±3.0	80.8±27.5
Yok	25.2±9.7	10.7±7.3	24.1±6.5	7.6±2.6	67.7±24.5
Test ve p değeri	MWU=369.500 p=0.087	MWU=376.000 p=0.087	MWU=376.000 p=0.087	MWU=420.000 p=0.236	MWU=373.000 p=0.082
Son Bir Yıldaki Hastaneye Yatış Süresi					
1-3 ay	22.7±5.9	9.1±3.9	22.6±4.0	6.8±1.7	61.3±14.4
3 ay ve üzeri	20.4±5.1	7.9±2.2	21.3±3.5	6.4±1.5	56.0±11.1
Test ve p değeri	MWU=139.500 p=0.280	MWU=152.000 p=0.451	MWU=156.000 p=0.521	MWU=151.500 p=0.436	MWU=149.500 p=0.416
Birlikte Yaşadığı Kişiler					
Anne-baba-kardeşler	21.3±4.1	8.2±2.7	21.5±3.0	6.1±1.4	57.3±9.3
Eş ve çocukları	28.6±9.2	12.1±6.3	26.1±6.6	8.6±2.4	75.5±23.7
Korumalı Ev	40.2±5.8	21.5±3.9	35.2±4.3	11.8±1.0	108.9±14.7
Test ve p değeri	KW=42.444 p=0.001	KW=42.155 p=0.001	KW=42.054 p=0.001	KW=50.604 p=0.001	KW=42.175 p=0.001
Sosyal Güvence					
SSK	30.1±8.8	13.0±7.5	27.1±7.4	8.3±3.2	78.7±26.5
Emekli Sandığı	25.0±12.7	11.7±8.3	25.2±8.6	9.0±2.5	71.0±31.9
Yeşilkart	28.7±10.6	13.5±7.0	26.9±7.4	8.4±2.9	77.8±27.6
Test ve p değeri	KW=1.242 p=0.537	KW=0.480 p=0.787	KW=0.219 p=0.896	KW=0.220 p=0.896	KW=0.242 p=0.886
Çalışma Durumu					
Var	26.5±5.3	11.7±3.1	25.0±3.6	7.7±1.7	71.1±12.0
Yok	29.2±10.7	13.5±7.5	27.1±7.7	8.5±3.0	78.6±28.6
Test ve p değeri	MWU=282.500 p=0.813	MWU=297.000 p=1.000	MWU=281.500 p=0.799	MWU=257.500 p=0.508	MWU=295.500 p=0.980
Hastalık Başlangıç Süresi					
0-20 ay	25.1±9.7	11.0±7.1	24.6±6.9	7.3±2.8	68.2±26.0
21 ay ve üzeri	31.0±10.0	14.6±6.8	28.1±7.4	9.1±2.8	83.0±26.7
Test ve p değeri	MWU=456.500 p=0.034	MWU=439.500 p=0.021	MWU=487.500 p=0.074	MWU=395.500 p=0.004	MWU=446.500 p=0.026

Tablo 2’de hastalar kaldıkları yer, yaşadıkları kişiler ve çalışma durumlarına göre ŞİLÖ toplam ve alt puan ortalamaları incelendiğinde; korumalı evde kalanlar ile kendi evinde kalanlar arasında Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ).

**Tablo 2.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Şizofrenide İşlevsel İyileşme (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikleri	Sosyal İşlevsellik	Sağlık ve Tedavi	Günlük Yaşam Becerileri	Mesleki İşlevsellik	ŞİLÖ Toplam Puanı
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	17.5±7.3	10.5±3.5	19.2±5.7	4.5±1.4	51.8±16.9
Erkek	17.9±6.2	11.4±3.5	18.8±5.4	4.1±1.8	52.3±15.6
<b>Test ve p değeri</b>	t=0.251 p=0.0.803	t=0.961 p=0.340	t=0.294 p=0.769	t=0.980 p=0.330	t=0.108 p=0.915
<b>Mekan</b>					
Korumalı Ev	24.2±1.8	14.2±2.5	25.0±1.6	6.0±0.0	69.5±3.5
Kendi evi	14.6±5.5	9.6±3.0	15.8±4.0	3.3±1.4	43.5±12.1
<b>Test ve p değeri</b>	t=8.453 p=0.001	t=6.518 p=0.001	t=10.831 p=0.001	t= 8.881 p=0.001	t=10.456 p=0.001
<b>Çocuk durumu</b>					
Var	19.4±7.2	11.2±3.3	18.8±6.0	4.3±2.0	53.8±17.0
Yok	17.0±6.0	11.1±3.7	19.0±5.3	4.2±1.5	51.3±15.4
<b>Test ve p değeri</b>	t = 1.477 p=0.144	t = 0.205 p=0.838	t=0.146 p=0.884	t=0.280 p=0.780	t=0.622 p=0.536
<b>Medeni Durum</b>					
Evli					
Bekar	20.0±7.2	11.6±3.2	18.9±6.0	4.4±2.1	55.0±17.0
Boşanmış	17.0±6.0	11.1±3.7	19.0±5.5	4.2±1.5	51.5±15.7
<b>Test ve p değeri</b>	F = 1.658 p=0.198	F = 0.590 p=0.557	F = 0.128 p=0.880	F = 0.435 p=0.649	F = 0.599 p=0.552
<b>Sigara İçme Durumu</b>					
Var	18.3±6.5	11.5±3.4	19.3±5.7	4.3±1.7	53.6±16.2
Yok	16.2±6.2	9.8±3.6	17.5±4.7	3.7±1.6	47.4±14.4
<b>Test ve p değeri</b>	t=1.169 p=0.246	t=1.758 p=0.083	t=1.265 p=0.210	t= 1.300 p=0.198	t= 1.454 p=0.150
<b>Son Bir Yıldaki Hastaneye Yatış Süresi</b>					
1-3 ay	14.7±5.6	9.7±2.9	16.2±4.2	3.3±1.4	44.1±12.1
3 ay üzeri	13.3±2.6	8.5±1.7	14.0±2.6	3.0±1.0	38.8±5.6
<b>Test ve p değeri</b>	t=0.800 p=0.426	t=1.274 p=0.209	t=1.610 p=0.115	t=0.692 p=0.493	t=1.344 p=0.186
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>					
Anne-baba-kardeşler	13.1±3.5	9.2±2.6	15.2±3.3	3.1±0.9	40.7±7.9
Eş ve çocukları	20.0±7.7	11.4±3.5	18.9±5.3	4.3±2.3	54.6±17.4
Korumalı ev	23.6±3.1	13.8±3.0	5.6±0.8	24.4±3.4	67.8±8.7
<b>Test ve p değeri</b>	F=44.174 p=0.001	F=19.044 p=0.001	F=44.249 p=0.001	F=34.356 p=0.001	F=51.011 p=0.001
<b>Sosyal Güvence</b>					
SSK	18.6±7.3	10.9±3.2	19.2±4.6	4.6±1.9	53.4±16.0
Emekli Sandığı	20.5±9.8	11.7±5.5	20.5±6.6	3.5±1.9	56.2±22.8
Yeşilkart	17.3±6.0	11.1±3.5	18.6±5.8	4.1±1.6	51.4±15.6
<b>Test ve p değeri</b>	F = 0.586 p=0.559	F=0.087 p=0.917	F=0.238 p=0.789	F=0.811 p=0.448	F=0.240 p=0.787
<b>Çalışma Durumu</b>					
Var	18.5±5.4	11.1±3.0	16.7±5.1	3.8±1.9	50.3±13.2
Yok	17.7±6.6	11.1±3.6	19.2±5.5	4.2±1.7	52.4±16.3
<b>Test ve p değeri</b>	t=0.349 p=0.728	t=0.044 p=0.965	t= 1.250 p=0.215	t=0.643 p=0.522	t=0.367 p=0.715
<b>Hastalık Başlangıç Süresi</b>					
0-20 ay	15.8±5.9	10.2±3.2	17.1±5.5	3.7±1.4	47.0±14.9
21 ay ve üzeri	18.9±6.6	11.6±3.6	19.9±5.3	4.5±1.8	55.0±15.8
<b>Test ve P değeri</b>	t=2.022 p=0.047	t= 1.730 p=0.088	t=2.097 p=0.039	t= 1.898 p=0.063	t=2.159 p=0.034



Hastalar hastalığın başlangıç süresi ile ŞİLÖ toplam ve alt puan ortalamaları açısından incelendiğinde; hastalığın başlangıç süresi ile sosyal işlevsellik, günlük yaşam becerileri alt boyutlar ile Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bulunan fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ) ( Tablo 2).

Tablo 3'te YNÖ' nin kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular ve günlük yaşam becerileri alt boyut puan ortalamaları ile ŞİLÖ'nin sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0.01$ ). Bu veriler doğrultusunda hastaların yaşam nitelikleri arttıkça işlevsel iyileşmeleri de artmaktadır.

**Tablo 3.** Yaşam Nitelikleri Ölçeği ve Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği Alt Boyutları ve Toplamları Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER		Yaşam Nitelikleri Ölçeği					
		Kişiler Arası İlişkiler	Mesleki Rol	Ruhsal Bulgular	Kişisel Eşya ve Günlük Kullanımı	TOPLAM	
Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği	Sosyal İşlevsellik	r	.817**	.839**	.838**	.841**	.855**
		p	.000	.000	.000	.000	.000
	Sağlık ve Tedavi	r	.830**	.776**	.807**	.724**	.822**
		p	.000	.000	.000	.000	.000
	Günlük Yaşam Becerileri	r	.814**	.820**	.847**	.824**	.842**
		p	.000	.000	.000	.000	.000
	Mesleki İşlevsellik	r	.809**	.820**	.820**	.824**	.823**
		p	.000	.000	.000	.000	.000
	<b>TOPLAM</b>	r	<b>.878**</b>	<b>.884**</b>	<b>.892**</b>	<b>.842**</b>	<b>.906**</b>
		p	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>

\*\* $p<0.001$

## TARTIŞMA

Hastanede tedavi süreleri bittikten sonra kendi evlerinde yaşayan şizofreni hastaları ile korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastaları arasındaki yaşam niteliği ve işlevsel iyileşme düzeyleri farkını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür bilgileriyle tartışılmıştır.

Çalışmamızda cinsiyet ve medeni durumun yaşam niteliğine etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Yapılan başka bir çalışmada yaşam niteliği ile sosyodemografik verilerin ilişkisi araştırıldığında; kadın hastalar ve evli hastaların yaşam niteliğinin daha iyi olduğu

saptanmıştır (14). Araştırmada cinsiyetlerin homojen olmaması ve evli hastaların sayısının yetersiz olması bu sonucun nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışmada hastalar yaşadıkları yere göre YNÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde; korumalı evde kalan hastalar ile kendi evinde kalan hastalar arasında yaşam nitelikleri açısından anlamlı fark bulunmuştur. Burada korumalı evde yaşayan şizofreni hastalarının kendi evinde yaşayan şizofreni hastalarına göre kişiler arası ilişkilerinin, mesleki rollerinin, kişisel eşya/günlük faaliyetlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastalar birlikte yaşadıkları kişiler ve yaşam nitelikleri açısından incelendiklerinde korumalı evde yaşayanlarla ailesi ile beraber yaşayanlar arasında yaşam nitelikleri ölçeği alt boyut puanları ve toplam puan arasında anlamlı fark tespit edilmiştir.

Eryıldız'ın yaptığı çalışmada kendi evinde kalan hastaların evde birlikte yaşadıkları kişilere göre yaşam nitelikleri değerlendirildiğinde; hastaların birlikte yaşadığı kişiler ile yaşam nitelikleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (15). Araştırmada hastaların literatür bilgilerine göre korumalı evde kalmasının ve korumalı evde çeşitli faaliyetlerde bulunmasının hastaların yaşam niteliklerinin artmasını sağladığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hastalar hastalığın başlangıç sürelerine göre değerlendirildiklerinde; hastalığın başlangıç süresi ile yaşam nitelikleri arasında yaşam nitelikleri ölçeğinin alt boyutlarından kişiler arası ilişkiler, mesleki rol ve kişisel eşya/günlük faaliyet ile yaşam nitelikleri ölçeğinin toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Yapılan başka bir çalışmada ise; hastalık süresi uzadıkça yaşam niteliğinin kötüleştiği gösterilmiştir (16).

Araştırma kapsamına alınan hastalar yaşadıkları yere göre ŞİLÖ açısından değerlendirildiğinde; korumalı evde kalan hastalar ile kendi evinde yaşayan hastalar arasında İşlevsel iyileşme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Burada korumalı evde yaşayan şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, mesleki rol ve günlük yaşam becerileri ile işlevsellik düzeylerinin kendi evinde kalan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun da korumalı evde hastalara uygulanan farklı sosyal aktivitelerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada hastalar hastalığın başlangıç sürelerine göre değerlendirildiklerinde; hastalığın başlangıç süresi ile işlevsel iyileşme ölçeği alt boyutlarından sosyal işlevsellik,

günlük yaşam becerileri ile işlevsel iyileşme toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Hastalık uzun süreli olduğu zaman hastaların hastalığa uyum sağladığı ve bunu da işlevselliklerine yansıttıkları düşünülebilir.

Erol'un yaptığı çalışmada hastalığın başlangıç süresi ile işlevsel iyileşme düzeyleri karşılaştırılmıştır ve anlamlı bir fark bulunamamıştır (17). Çalışmada korumalı evde kalan şizofreni hastalarının kendi evinde kalan şizofreni hastalarından yaşayış olarak farklı olması onların hastalıkla beraber yaşamayı öğrenebilmesi bu farklılığın neden olarak düşünülebilir.

Korumalı evde kalan şizofreni hastaları ile kendi evinde kalan şizofreni hastaları arasında Yaşam Nitelikleri Ölçeği (YNÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde korumalı evde kalanların yaşam niteliklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Korumalı evde kalan hastaların kendi evinde kalan hastalara göre İşlevsel İyileşme toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak; yaşam niteliklerinin artması şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmeyi de artırmaktadır. Araştırmada kullandığımız 'Korumalı Evler'in' tüm Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi olan şehirlerde yaygınlaşmasının sağlanması, şizofreni hastalarını damgalamak, toplumdaki uzaklaştırmak yerine onların topluma yeniden uyumunun sağlanması, kendi evlerinde yaşayan şizofreni hastalarının ailelerine eğitim verilmesi, bu konuda daha büyük örneklem grupları ile çalışmalar yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Arslantaş H. Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*: 2011; 3(2): 251-277
2. Doğan S. Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: *Ayaktan Hastalar 1. Anadolu Psikiyatri Derg* 2002; 3: 69-74
3. Belene A. Şizofreni Hastalarında Obsesif-Kompulsif Belirtilerin; Pozitif, Negatif ve Depresif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, İntihar Düşüncesi, Sosyal İşlevsellik ve İçgörü İle İlişkisi. *Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007*
4. Özçelik B. Süregen Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi, Bakım Ve Uyum Sorunları Bağlamında *Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesindeki Uygulamalar Ve Yaşanan Güçlükler. Düşünen Adam* 2002, 15(2): 85-89

5. Çetinkaya-Duman Z. Şizofreni Hastalarına Ve Ailelerine ‘Bağımsız Ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı’ Uygulaması, İzlenmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2007; 8: 91-101
6. Soygür H. Şizofreni Ve Yaşam Niteliği. Klinik Psikiyatri, 2003; Ek.1: 9-14
7. Soygür H. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği: Güvenirlik ve yapısal geçerlik çalışması. Düşünen Adam, 2000; 13(4): 204-210
8. Yıldız M. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminde İçerik Ve Etkinlikler. Klinik Psikiyatri, 2001; 4: 119-123
9. Eren İ. Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi Ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Düşünen Adam, 2007; 20(2): 68-78
10. Gülseren L. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2010; 21(3): 203-12
11. Tüzer V. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı Ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri, 2003; 6: 198-203
12. Namlı M. Elazığ Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesince Türkiye’de İlk Kez Uygulanan Korumalı Ev Projesi, Anadolu psikiyatri Dergisi, 2008; 9(suppl.1): 24-26
13. Emiroğlu B. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. NöroPsikiyatri Arşivi, 2009; 46: 15-24
14. Bobes J, Gonzales MP (1999) Quality Of Schizophrenia. Quality of Life in MentalDisorders, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, s.165-178
15. Eryıldız D. Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi’ne Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları İle Bir Rehabilitasyon Programına Katılmayan Kronik Şizofreni Hastalarının İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008
16. Katschnig H (1999) How Useful Is Theconcept Of Quality Of Life In Psychiatry. Quality of Life in MentalDisorders, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, JohnWiley&Sons, s:3
17. Erol A. Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2009; 20(4): 313-321

## SAĞLIK ve YAŞAM DERSİNİN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ\*

Kerime Derya BEYDAĞ<sup>1</sup>, Esra UĞUR<sup>1</sup> Ceren SONAKIN<sup>2</sup>, Birsen YÜRÜGEN<sup>3</sup>

### ÖZET

Bu çalışma, bir vakıf üniversitesinde seçmeli olarak verilmekte olan “Sağlık ve Yaşam” dersini alan öğrencilerin ders öncesi ve sonrasında sağlıklı yaşam davranışı biçimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve yarı deneysel olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini, 2011-2012 eğitim öğretim yılı bahar döneminde seçmeli olarak verilen “Sağlık ve Yaşam” dersini alan 256 öğrenci oluşturmuştur. Evren üzerinde çalışılmış ancak bazı öğrencilerin son test uygulamasına katılmaması ve çalışmaya katılmak istemeyenler nedeniyle 159 öğrenci (%62.1) örnekleme dâhil edilmiştir.

Veriler Mart-Mayıs 2012 tarihleri arasında demografik soru formu ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde, sayı-yüzdeler hesaplamaları, t- testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney-U testleri kullanılmıştır.

Öğrencilerin, %59.1’i 18-20 yaş grubunda, %54.1’i erkek, %57.9’u spor yapmakta ve %39’u sigara içmektedir. Öğrencilerin %18.9’unun ailesinde obez birey olduğu, %5’inin metabolik bir hastalığı olduğu ve %58.5’inin daha önce sağlıkla ilgili bir ders almadığı saptanmıştır. Öğrencilerin, “Sağlık ve Yaşam” dersi öncesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 130.43±17.19 iken; ders sonrasında puan ortalaması 137.96±19.36 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin sağlık ve yaşam dersi öncesi ve sonrası bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p<0.01). “Sağlık ve Yaşam” dersinin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı uygulamalarını olumlu yönde desteklediği saptanmıştır. Öğrencilerin spor yapma durumları ile ders öncesi ve sonrası sağlıklı yaşam davranış biçimi davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş spor yapanların ders öncesi ve sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları artmıştır (p<0.05).

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Ve Yaşam, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Üniversite Öğrencisi.

\*Bu çalışma, Sakarya Üniversitesi II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi’nde (13-16 Mayıs 2013/Sakarya) poster bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup> Yrd.Doç.Dr. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul

<sup>2</sup> Ar.Gör. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul.

<sup>3</sup> Prof.Dr. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, İstanbul.

**İletişim/ Corresponding Author:** Kerime Derya BEYDAĞ

**Tel:** 0 216 677 16 30 / 2881 **e-posta:** derya.beydag@okan.edu.tr

**Geliş Tarihi / Received:** 31.01.2013

**Kabul Tarihi / Accepted:** 03.11.2013



## **THE EFFECT OF HEALTH AND LIFE CLASS ON THE HEALTHY LIFE BEHAVIORS OF THE UNIVERSITY STUDENTS**

### **ABSTRACT**

This study was made as a descriptive and semi-experimental study to determine the effect of “health and life” class on the healthy life behaviors of the university students who take this class in a semi private university. The sample of the study was formed by 256 students who took “health and life” class as an elective course in the spring semester during the 2011-2012 educational year. Due to some students not wanting to participate in the study, 159 students (%62.1) were included in the sample.

Data were collected between March-May 2012 with the demographic survey and “Healthy Life Style Behaviors Scale”. In the evaluation of the data, numerical-percentile calculations, t-test, one-way variance analysis, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney-U tests were used.

%59.1 of the students were in the 18-20 age group, %54.1 of them were male, %57.9 of them were doing sports and %39 of them were smokers. %18.9 of the students had one obese individual in their families, %5 of them had a metabolic disease and %58.5 of them were determined to have never taken a health class. While the mean score of the students from the health life style behaviors scale was 130.432+-17.19 before the “health and life” class, this score rose up to 137.96+-19.36 after they have taken the class. There is a statistically significant difference between the mean scores of the students before and after the class ( $p<0.01$ ). “Health and life” class was determined to have a positive effect on the healthy life behaviors of the students. A statistically significant difference was also found between the mean scores and the sports status of the students and this positive effect was also seen there as well ( $p<0.05$ ).

**Keywords:** Health And Life, Healthy Life Behaviors, University Students

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (1). Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (2).

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları ya da yapmaktan sakındıkları eylemleri anlatmaktadır. Sağlık davranışı ise “Sağlık ve sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünüdür” şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini arttıran ve kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Sağlığı geliştirmede, bireyin potansiyelini ve enerjisini etkin bir şekilde kullanma, doyumlu bir yaşam sürdürme, üretken olabilme ve sağlık konusunda yeteneklerini sonuna kadar kullanabilme yer almaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi; sağlık davranışlarının sorumluluğunu alma, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, hijyenik önlemler alma, kişiler arası olumlu ilişkiler kurma ve stres yönetimini kapsar (3,4).

Sağlığın geliştirilmesi; bireylere fiziksel ve mental sağlığını optimum düzeye yükseltmeleri ve fiziksel ve sosyal çevresini geliştirmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olan, bir bilinç arttırma, davranış değiştirme ve alternatifler sunma sürecidir (5). Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşarak sağlanabilir. Bunun sonucunda sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları, stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları kazanabilirler (1). Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (6).

Gençlik dönemi, birey ve toplum açısından en dinamik dönem olarak bilinmektedir. Birey için gençlik dönemi, toplumsallaşma yoluyla çocukluktan yetişkinliğe geçiş ve kişiliğin oluşması sürecidir. Bu süreç, gencin tüm yaşamına biçim verecek olan biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini kapsar. Gençliğin yaşamında üniversite yaşamı önemli değişimlerin

yaşandığı yıllardır. Gençler bu dönemde, sağlıklarını geliştiren davranış biçimlerini benimseyebilir ya da hem kendilerine hem de başkalarına zarar verecek olan sağlıksız yaşam biçimi davranışları kazanabilirler (3,4).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmenin ilk adımları toplum ve ailede atılır, daha sonra da eğitimle gelişir ve değişir (7). Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetlerinin de bu doğrultuda sağlıklı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde olması gerekmektedir (2). Ölüm nedenlerine bakıldığında, birinci sırada kronik hastalıklar yer almaktadır. Bu sonuçlar kronik hastalık ve yaşam biçimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (8,9).

Yapılan çalışmalar, öğrencilerin eğitim ile kazandıkları bilgi ve becerilerin kendi sağlıklarını geliştirmeleri yönünde bir fırsat sağlayacağını, öğrencinin önce kendi sağlığını geliştirmesinin, sonrasında çevresinde yaşadığı bireylerin ve toplumun sağlığını geliştirmede etkili olacağı belirtmektedir (4).

Bu çalışmada bir vakıf üniversitesinde seçmeli olarak verilmekte olan "Sağlık ve Yaşam" dersini alan öğrencilerin ders öncesi ve sonrasında sağlıklı yaşam davranış biçimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırmanın evrenini, İstanbul'un Anadolu yakasında eğitim veren bir vakıf üniversitesinde seçmeli olarak verilen "Sağlık ve Yaşam" dersini 2011-2012 eğitim öğretim yılı bahar döneminde seçen 256 öğrenci oluşturmuştur. Evren üzerinde çalışılmış ancak bazı öğrencilerin son test uygulamasına katılmaması, bazı öğrencilerin çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle 159 öğrenci (% 62.1) örnekleme dâhil edilmiştir. Araştırma öncesinde, fakülte dekanlığı ile görüşülerek izin alınmış, öğrencilerden araştırmaya katılmaya gönüllülük ilkesine özen gösterilerek onamları alınmıştır. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden Mart-Mayıs 2012 tarihleri arasında anket formu ve "Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği" aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmanın ilk verileri derslerin başladığı ilk hafta, henüz hiçbir ders anlatılmadan toplanmış, son veriler ise final sınavından sonra elde edilmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD), 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından sağlığı geliştirme modeli'ni test etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçen ölçek toplam 48 maddeden oluşmuştur ve 6 alt grubu vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçek Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1995 yılında 4 madde daha eklenerek 52 maddeye çıkarılmıştır. Diğer 48 maddelik ölçekle yeni 52 maddelik ölçeğin tek farkı madde sayısıdır. Bu çalışmada 52 maddelik ölçek kullanılmıştır (8).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılır. **“Hiçbir zaman”** yanıtı için 1, **“Bazen”** yanıtı için 2, **“Sıkı sık”** yanıtı için 3, **“Düzenli olarak”** yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208'dir. SYBDÖ'nin Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği Esin tarafından (1997) yapılmıştır. Verilerin değerlendirmesinde, sayı-yüzdeler hesaplamaları, t- testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney-U testleri kullanılmıştır.

## **BULGULAR**

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %59.1'inin 18-20 yaş grubunda, %54.1'inin erkek, %86.8'inin çekirdek aile tipine sahip ve %45.9'unun kendisi dâhil 2 kardeş olduğu görülmüştür. Öğrencilerin %57.9'u spor yaptığını, %40.3'ü protein ağırlıklı beslendiğini, %61'i sigara içmediği ifade etmiştir. Öğrencilerin %18.9'unun ailesinde obez birey olduğu, %5'inin kronik bir hastalığı olduğu ve %58.5'inin daha önce sağlıklı ilgili bir ders almadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Öğrencilerin ders öncesi ve ders sonrası sağlıklı yaşam biçim davranışları ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların ortalaması incelendiğinde, öğrencilerin ders sonrasında tüm ölçek alt boyutları ve ölçek toplam puanından aldıkları puanlarda artış olduğu ve kişilerarası destek alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Öğrencilerin sağlık yaşam biçimi davranışları ölçeğinden ders öncesi almış oldukları puan ortalaması  $130.43 \pm 17.19$  iken; ders sonrasında  $137.96 \pm 19.36$  olarak bulunmuştur. Öğrencilerin ders öncesi ve sonrasında ölçek alt boyutlarından en düşük

puanı stresle baş etme alt boyutunda aldıkları, en yüksek puan ise kişilerarası destek alt boyutundan aldıkları saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 1.** Araştırma Kapsamına Alınan Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş grupları</b>		
18-20 yaş	94	59.1
21 yaş ve üzeri	65	40.9
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	73	45.9
Erkek	86	54.1
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	138	86.8
Geniş aile	21	13.2
<b>Kardeş sayısı (kendisi dahil)</b>		
1	23	14.5
2	73	45.9
3 ve üzeri	63	39.6
<b>Spor yapma durumu</b>		
Yapıyor	92	57.9
Yapmıyor	67	42.1
<b>Beslenme tipi</b>		
Karbonhidrat ağırlıklı	33	20.8
Protein ağırlıklı	64	40.3
Sebze-meyve ağırlıklı	62	39.0
<b>Sigara içme durumu</b>		
Sigara içiyor	62	39.0
Sigara içmiyor	97	61.0
<b>Ailede obez (aşırı kilolu) birey olma durumu</b>		
Var	30	18.9
Yok	129	81.1
<b>Kendisinde metabolik hastalık (DM, HT) olma durumu</b>		
Var	8	5.0
Yok	151	95.0
<b>Daha önce sağlıkla ilgili bir ders alma durumu</b>		
Almış	66	41.5
Almamış	93	58.5
<b>Toplam</b>	<b>159</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 2.** Öğrencilerin Ders Öncesi ve Ders Sonrası Sağlıklı Yaşam Davranışları Biçimi Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Alt Gruplar	Ders Öncesi		Ders sonrası		t	p
	X	± ss	X	± ss		
Kendini Gerçekleştirme	23.75	±3.52	24.99	±3.67	t:2.286	p:0.024
Sağlık Sorumluluğu	19.79	±4.22	21.69	±4.44	t: 5.44	p:0.000
Egzersiz	17.95	±4.42	20.10	±4.6	t: 5.28	p:0.000
Beslenme	20.94	±3.6	22.25	±3.7	t: 4.00	p:0.000
Kişilerarası Destek	26.37	±4.07	27.09	±4.47	t: 1.78	p:0.076
Stres Baş etme	17.21	±3.15	18.20	±3.68	t: 3.32	p: 0.001
<b>Toplam</b>	<b>130.43</b>	<b>±17.19</b>	<b>137.96</b>	<b>±19.36</b>	<b>t: 3.59</b>	<b>p:0.000</b>

Öğrencilerin spor yapma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Spor yapan öğrencilerin ders öncesi ve ders sonrası puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 3).

**Tablo 3.** Öğrencilerin Spor Yapma Durumlarına Göre Ders Öncesi Sağlıklı Yaşam Biçimi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Spor yapma durumu	n	Ders öncesi Puan ortalaması	Ders sonrası Puan ortalaması
Spor yapan	92	133.34±15.84	140.59±21.26
Spor yapmayan	67	126.45±16.88	134.34±15.84
<b>Toplam</b>	<b>159</b>	<b>130.43±17.19</b>	<b>137.96±19.36</b>
<b>t</b>		t:2.53	t:2.12
<b>p</b>		<b>p:0.012</b>	<b>p:0.035</b>

## TARTIŞMA

Bir vakıf üniversitesinde seçmeli olarak verilmekte olan “Sağlık ve Yaşam” dersini alan öğrencilerin ders öncesi ve sonrasında sağlıklı yaşam davranışı biçimlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, öğrencilerin ders sonrasında tüm ölçek alt boyutları ve ölçek toplam puanından aldıkları puanlarda artış olduğu ve kişilerarası destek alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin sağlık yaşam biçimi davranışları ölçeğinden ders öncesi almış oldukları puan ortalaması 130.43±17.19 iken; ders sonrasında 137.96±19.36 olarak

bulunmuştur. Tambağ'ın araştırmasında, hemşirelik bölümü öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalaması  $122.09 \pm 16.93$  olarak bulunmuştur (3). SYBDÖ alınabilecek en üst puan 192'dir. SYBDÖ ölçeği puanı; Ayaz ve arkadaşları hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada  $122.0 \pm 17.2$ , Ünal ve arkadaşları yaptıkları çalışmada  $127.8 \pm 17.5$ , Karadeniz ve arkadaşları üniversite öğrencileri arasında yaptığı çalışmada  $125.9 \pm 17.4$  olarak saptamıştır (2,10,11). Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise SYBDÖ puan ortalaması  $118.41 \pm 20.90$  olarak bulunmuştur (12). İlhan ve arkadaşlarının çalışmasında (2010), öğrencilerin SYBDÖ puan ortalaması  $126,44 \pm 18,49$  olarak bulunmuştur (13). Bizim çalışmamızda, öğrencilerin SYBDÖ puanı diğer gruplara oranla biraz daha yüksek bulunmuştur. Araştırmanın sonucunda SYBDÖ'nden alınabilecek üst puanın 192 olabileceği göz önüne alındığında, araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ayrıca, öğrencilerin ders sonrasında SYBDÖ puanlarındaki artışta, verilen dersin olumlu yönde katkıları olduğunu göstermektedir. Çalışmamızla benzer şekilde, Çelik ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, sağlık yüksekokulu öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitimden üç ay sonra SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (14). Benzer şekilde, Tambağ ve Turan çalışmasında, Halk Sağlığı Hemşireliği dersinin, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği ve farkındalık kazandırdığı görülmüştür (4). Bu sonuçlar, eğitimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırdığını, öğrencilere düzenli olarak sağlıklı yaşam biçimi geliştirme eğitimlerinin sürdürülmesi gerektiğini göstermektedir.

Öğrencilerin ders öncesi ve sonrasında ölçek alt boyutlarından en düşük puanı stresle baş etme alt boyutunda aldıkları, en yüksek puan ise kişilerarası destek alt boyutundan aldıkları saptanmıştır (Tablo 2). Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların en yüksek puanı kişilerarası destek alt boyutundan aldıkları belirtilmektedir (15). Geçkil ve Yıldız adolesanlarda yaptıkları çalışmada ve Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada da en yüksek puanın kişilerarası destek alt boyutundan alındığı tespit edilmiştir (16,17). Yurt dışında yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Choi Hui'nın çalışmasında, en yüksek puanın kişilerarası destek alt boyutundan aldığı belirtilmektedir (18). Bu sonuçlar, öğrencilerin kişiler arası desteklerinin iyi olduğunu göstermektedir. Çalışma sonucunda, öğrencilerin en düşük puanı stresle baş etme boyutundan almış olmalarının, bu öğrencilerin sağlık alanı dışındaki bölümlerde eğitim almaları ve bu ders dışında herhangi bir sağlık dersleri olmayışının etkili olduğunu düşündürmüştür. Bu

bulgu, öğrencilerin ders içeriğinde stresle baş etme yöntemleri konusuna yer verilmesi gerekliliğini düşündürmüştür.

Öğrencilerin spor yapma durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Spor yapan öğrencilerin ders öncesi ve ders sonrası puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 3). Yalçınkaya ve arkadaşlarının ve Özkan ve Yılmaz'ın çalışmalarında düzenli egzersiz yaptığını ifade eden hemşirelerin SYBD toplam puanı, düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (17,19). Ayaz ve arkadaşlarının çalışmasında spor yapma olanağı olmayanların egzersiz puan ortalamalarının daha düşük olarak bulunduğu belirtilmektedir (2). Cihangiroğlu ve Deveci'nin çalışmasında, öğrencilerden egzersiz yaptığını ifade edenlerin yapmayanlara göre SYBD puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (20). Düzenli yapılan egzersizin sağlık üzerindeki olumlu etkisi kaçınılmazdır. Sonuç olarak düzenli egzersiz yapanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha iyi uygulayabildikleri görülmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, öğrencilerin ders sonrasında SYBD ölçeğinin tüm ölçek alt boyutları ve ölçek toplam puanından aldıkları puanlarda artış olduğu ve kişilerarası destek alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu sonuç, Öğrencilerin, seçmeli olarak almış oldukları “Sağlık ve Yaşam” dersinin öğrencilerin sağlıklı ile ilgili uygulamalarını olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanmıştır.

Öğrencilerin ders öncesi ve sonrasında ölçek alt boyutlarından en düşük puanı stresle baş etme alt boyutunda aldıkları, en yüksek puan ise kişilerarası destek alt boyutundan aldıkları saptanmıştır.

Spor yapan öğrencilerin ders öncesi ve ders sonrası SYBD puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür

### **Bu sonuçlar doğrultusunda;**

- Sağlık ve yaşam dersinin, seçmeli ders yerine üniversite genelinde zorunlu ders olarak yer alması,
- “Sağlık ve Yaşam” ders içeriğine stresle baş etme konusunun eklenmesi,
- Öğrencilere seçmeli olarak verilen spor derslerinin, zorunlu ders olarak müfredatlarında yer almasının sağlanması önerilebilir.



## KAYNAKLAR

1. Çimen S. Doktora Tezi; “15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Basılmamış Doktora Tezi, İstanbul-2003.
2. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9(2): 26-34.
3. Tambağ H. Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011; 47-58.
4. Tambağ H, Turan Z. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi'nin Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2012; 1: 46-55.
5. Güngör İ, Hotun Şahin N. Sağlığın Geliştirilmesinde Kullanılan Temel Davranış Değiştirme Kuram ve Modelleri. Hemşirelik Forumu Dergisi Mayıs-Haziran Temmuz-Ağustos 2006; 6-13.
6. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 20(1): 77-95.
7. Ecevit Alpar Ş, Sabuncu N, Şenturan L. Hemşirelik Yüksekokulu 1.Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. 2.Uluslararası - 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı; İstanbul.2003. P:70.
8. Rozmus C L, Evans R, Wysochansky M, Mixon D. An Analysis of Health Promotion and Risk Behaviors of Freshman College Students in a Rural Southern Setting. Journal of Pediatric Nursing February 2005; 20 (1): 25-33.
9. Hsiao YC, Chen MY, Gau YM, Hung LL, Chang SH, Tsai HM. Short-term Effects of a Health Promotion Course for Taiwanese Nursing Students. Public Health Nursing January 2005; 22 (1):74–81.
10. Ünalın D, Öztıp DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 16(2): 75-81

11. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7(6): 497-502.
12. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P, Sağlam R. Healthy Lifestyle Behaviour in University Students and Influential Factors in Eastern Turkey. International Journal of Nursing Practice 2011; 17: 43-51.
13. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; (3):3.
14. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, Demir E. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. AJCI 2009; 3(3):164-169.
15. Bahar Z, Beşer A, Özbıçakçı Ş, Öztürk M. Esentepe Bölgesindeki Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları. II.Uluslararası - 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İstanbul. 2003; P:25.
16. Geçgil E, Yıldız S. Adölesanlara Yönelik Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 10(2):19-28.
17. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007: 6(6):409-420.
18. Choi Y-J, Lee K-J. Evidence-based Nursing: Effects of a Structured Nursing Program for the Health Promotion of Korean Women with Hwa-Byung. Archives of Psychiatric Nursing February 2007; 21(1):12-16.
19. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3: 90-105.
20. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2011; 16(2):78-83.

## ENGELLİ YAKINLARINA VERİLEN “STRESLE BAŞ ETME VE YAŞAM DOYUMUNU ARTTIRMA” EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİNİN BELİRLENMESİ

Ayşegül BİLGE<sup>1</sup>, Fatma BURUNTEKİN<sup>2</sup>, Orçin DEMİRAL<sup>2</sup>, N.Gamze ÖZER<sup>2</sup>  
Betül KELEŞ<sup>2</sup>, Elif YALÇIN<sup>2</sup>, Gizem TAVUKÇU<sup>2</sup>, Aylin KIRAY<sup>2</sup>,  
Tuğba SİVİLOĞLU<sup>3</sup>, Semra BOL<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu araştırma engelli yakınlarına verilen “stresle baş etme ve yaşam doyumunu arttırma” eğitiminin etkinliğini belirlemek için yarı deneysel tipte planlanmış bir eğitim müdahalesi araştırmasıdır. Araştırmanın örneklemini bir üniversitenin Engelli Çocuk Rehabilitasyon ve Eğitim Parkı Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde tedavisi devam eden ve aynı üniversitenin Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı’nda spinal kord yaralanması tanısıyla yatmakta olan araştırmaya katılmayı kabul eden, engelli bireylerin yakınları (n=40) oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma, anket formlarının uygulanmasının ardından üç hafta ve haftada bir gün, bir saatlik oturumlar şeklinde eğitimlerle sürdürülmüştür. Eğitim sonunda ise Algılanan Stres Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği yeniden uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre; engelli yakınlarının %75’i kadın, %85’i evli, %82,5’i çalışmıyor, %45’i engellinin annesidir. Katılımcılar yakınlarının engelliliği ile ilgili olarak, engellilerin %60’ı sonradan engelli ve %37,5’i ise 1-5 yıldır engelli olduğunu belirtmiştir. Engelli yakınlarının %15’i ruhsal sorunları için yardım aldığını ve %60’ı ise engelliye yardım ederken tükenmişlik yaşadığını ifade etmiştir. Araştırmada engelli yakınlarının eğitim sonrası stres düzeylerinin düştüğü ve yaşam doyumlarının da arttığı saptanmıştır. Araştırmada katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası stres puanları ile yaşam doyumları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Engellilik hem engelliye hem de yakınına ruhsal açıdan etkileyen bir durumdur. Stres ile baş etme ve yaşam doyumunu arttırma eğitiminin engelli yakınları için etkili olduğu ve farklı gruplarda uygulanması gerektiği söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Engelli Yakınları, Stresle baş etme, Yaşam Doyumunu Arttırma, Eğitim

\*12.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi’nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. Nisan 2013,Konya

<sup>1</sup> Doç.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Öğrencisi

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ens. Psikiyatri Hemşireliği AD Yüksek Lisans Öğrencisi

**İletişim/ Corresponding Author:**Ayşegül BİLGE

Tel: 0232 3113401 e-posta: [aysegul.bilge@ege.edu.tr](mailto:aysegul.bilge@ege.edu.tr)

**Geliş Tarihi / Received:** 11.07.2013

**Kabul Tarihi / Accepted:** 19.11.2013

## **DETERMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE TRAINING ON “COPE WITH STRESS AND INCREASING LIFE SATISFACTION” GIVEN FOR THE RELATIVES OF DISABLED PEOPLE**

### **ABSTRACT**

This is a training intervention research which was planned in a quasi-experimental way, in order to determine the effectiveness of the training on “cope with stress and increasing life satisfaction” which was provided for the relatives of disabled people. Sample of research consists of the relatives (n=40) of disabled people under ongoing treatment at Disabled Children’s Rehabilitation and Training Park Research and Application Center of a university and the relatives of disabled people who had been hospitalized with the diagnosis of spinal cord injury who agreed to participate in the study at Physical Medicine and Rehabilitation Department of the same university. As the means of data collection, Information Form, Percieved Stress Scale and Life Satisfaction Scale were used. Research was continued in the form of a one-hour sessions as once a week for three weeks. And at the end of training, Percieved Stress Scale and Life Satisfaction Scale were implemented one more time. According to the findings of the research: 75% of the relatives of disabled people are women, 85% of these relatives are married, 82.5% of them are nonworkers and 45% are the mothers of disabled persons. In relation to the disabilities, participants stated that: 60% of people with disabilities are post facto disabled and 37.5% of them are disabled for 1-5 years. 15% of relatives of disabled people stated that they receive help for their mental health problems and 60% of relatives of disabled people stated that they are having burnout while helping the disabled person. As a result of the research, it was determined that stress levels of disabled people’s relatives were decreased after training and their life satisfaction was increased. There was a positive correlation determined between stress scores and life satisfaction scores of participants, as pre-training and post-training. Disability is a condition that effects both disabled people and the relatives of disabled people psychologically. There might be said that the training to cope with stress and increasing the life satisfaction is effective for the relatives of people with disabilities and it should be implemented in different groups.

**Key words:** Relatives Of Disabled People, Coping With Stress, Life Satisfaction, Training

## GİRİŞ

Aile; insan türünün sürekliliğini sağlayan, ilk toplumsallaşma sürecini oluşturan, karşılıklı ilişkileri belirli kurallara bağlayan, toplum kültürünü kuşaktan kuşağa aktaran, biyolojik, psikolojik, ekonomik, hukuksal gibi yönleri bulunan toplumsal bir kurumdur (1). Her ailede bir bütün olarak, aile sisteminin ya da aile üyelerinden her birinin belirli gelişim aşamalarından geçmelerine bağlı, stres yaratan belirli olaylar ve dönemler vardır (2). Çocuğun aileye katılımı, ailenin yaşamındaki en önemli geçiş dönemlerinden birisidir.

Aile olmanın tamamlayıcısı, çoğu zaman çocuk sahibi olmaktır. Çiftler çocuk fikri ile beraber bu konuda hayaller kurmaya başlarlar. Bu hayalleri “mükemmel”, “sağlıklı” ve “normal” çocuk temeline dayandırır. Yetersizliği olan bir bebeğin doğumuyla ya da daha sonraki yıllarda çocuğun yetersizlikten etkilenmesiyle, ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili kurdukları hayaller yıkılır (3). Bu nedenle aile için engelli bir aile üyesinin olması, yine zorlayıcı bir engel gibi görülebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), özürlülük/engellilik kavramı hakkında hastalık sonuçlarına dayanan, sağlık yönüne ağırlık veren bir tanımlama ve sınıflama yapmıştır. Buna göre; Yetersizlik (Impairment): “Sağlık bakımından ‘eksiklik / yetersizlik’, psikolojik, anatomik veya fiziksel yapı ve fonksiyonlardaki bir noksanlığı veya dengesizliği”, Özürlülük (Disability): “Bir noksanlık sonucu meydana gelen ve normal sayılabilecek bir insana oranla bir işi yapabilme yeteneğinin kaybedilmesi ve kısıtlanması durumu”, Engellilik (Handicap): “Bir eksiklik veya sakatlık sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumu ifade eder”(4, 5). Engelli bireye sahip olan aile öncelikle öfke, stres, eğer bu durumlarla başa çıkılmaz ise tükenmişlik sendromu sonrasında depresyon yaşayabilir. Tüm bu ruhsal süreçler aile üyelerinin yaşama dair doyumunu da etkileyecektir.

Ailede engelli bir bireyin olmasının, tüm aile bireyleri için duygusal bir yük, stres verici bir yaşam deneyimi ve sürekli başa çıkma tepkileri gerektiren bir stresör olduğu belirtilmektedir (6, 7, 8, 9).

Literatürde zihinsel ya da bedensel engelli bireye sahip ailelerin engelli bireye sahip olmayan ailelere göre daha çok stres altında oldukları ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (10, 11, 12, 13, 14).

Ebeveynler çocuklarının farklı özellikler gösteren bir çocuk olduğunu öğrendiklerinde, anne-babalık rollerine ek olarak, stres verici birçok durumla karşılaşır. Genellikle bu durumda daha çok anne evde kalıp engelli çocukla ilgilenirken, baba artan ekonomik zorluklar nedeniyle daha

fazla çalışmak zorunda kalabilir. Bu yeni durum ailede stresli bir ortam ve yaşam için doyumu engelleyen bir tehdit olarak algılanabilir. Bu görüşten yola çıkarak, engelli ailelerine yarar sağlayacağı düşüncesi ile bu araştırmanın amacı, engelli yakınlarına verilen “stresle baş etme ve yaşam doyumunu artırma” eğitiminin etkinliğini belirlemektir.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

Yarı deneysel tipteki bu araştırmanın örneklemini bir üniversitenin Engelli Çocuk Rehabilitasyon ve Eğitim Parkı Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde tedavisi devam eden ve aynı üniversitenin Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı’nda spinal kord yaralanması tanısıyla 30 Ekim- 28 Aralık 2012 tarihleri arasında yatmakta olan engelli bireylerin araştırmaya katılmayı kabul eden aileleri (n=45) oluşturmuştur. Engelli yakınlarından bazıları eğitimi sürdüremediğinden 40 engelli yakını ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırma için ilgili kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Örneklem grubundan ise sözel izin alınmıştır.

Örnekleme Alınma Kriterleri;

- 1.Engelli yakını olması,
2. Araştırmacılar tarafından verilecek eğitime kesintisiz katılması,
- 3.Okur-yazar olmasıdır.

Veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği (15) ve Yaşam Doyum Ölçeği (16) kullanılmıştır.

**Tanıtıcı Bilgi Formu;** Araştırmacılar tarafından hazırlanan formda, engelli yakınlarının yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu gibi engelli yakınlarına ilişkin 15 tanıtıcı sorulara yer verilmiştir.

**Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ);** Cohen, Kamarck&Mermelste tarafından geliştirilmiş, güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0.86 bulunmuştur (17). Bu çalışmada Bilge ve ark. tarafından Türkçe’ye uyarlanması yapılan ölçek kullanılmış, güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0.81 bulunmuştur (15). Beşli likert tipinde (0 hiç, 4 çok sık) hazırlanan ölçeğin üç maddesi ters (4.,5.,6. maddeler), beş maddesi düz ifadelidir (1.,2.,3.,7.,8. maddeler). Ölçekten toplam 0-32 arasında puan alınmaktadır. Algılanan stres (1.,2.,3.,7., 8. maddeler) ve algılanan baş etme (4.,5.,6. maddeler) olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçek hem toplam puan hem de alt ölçek puanları üzerinden değerlendirilmektedir. Toplam puanın yüksek

olması algılanan stres düzeyinin yüksek olması anlamındadır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği ise olumsuz bir durumdur.

**Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ);** Diener ve ark. tarafından geliştirilmiştir (18). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Köker tarafından yapılmıştır (16). Ölçek beş maddeden oluşmakta ve 7'li likert tipi (1 = Kesinlikle katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Biraz katılmıyorum, 4 = Ne katılıyorum ne de katılmıyorum, 5 = Çok az katılıyorum, 6 = Katılıyorum, 7 = Kesinlikle katılıyorum) bir ölçektir. Ölçekten alınan puanın düşük olması yaşam doyumunun düşük olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Araştırmaya katılan engelli yakınlarına eğitim öncesi anket formları uygulanmış, eğitim kapsamında ise ailelere merkezin eğitim salonunda haftada bir kez olmak üzere, üç hafta süreyle eğitim verilmiştir. Eğitim içeriğinde stres kavramı, baş etme yöntemleri, yaşam doyumunun önemi ve arttıran yöntemler hem teorik hem de uygulaması ile gerçekleştirilmiştir. Bu süreç üç hafta ve hafta da bir gün, bir saatlik oturumlar şeklinde gerçekleştirilmiştir. Eğitim sonunda engelli yakınlarına Algılanan Stres Ölçeği ile Yaşam Doyumu Ölçeği yeniden uygulanmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 15 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerinin (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında eğitim öncesi ve sonrası ortalama puanlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için korelasyon testi kullanılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmalar yapmak için Wilcoxon İlişkili İki Örneklem Testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, Yaşam Doyum Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve alt ölçeklerinden elde edilen puan ortalamaları, bağımsız değişkenleri engelli yakınlarının sosyodemografik özellikleridir.

## **BULGULAR**

Araştırmaya katılan engelli yakınlarının %75'i (n=30) kadın, %85'i (n=34) evli, %90'ı (n=36) çekirdek aile yapısına sahip, %82,5'i (n=33) çalışmıyor, %45'i (n=18) engellinin annesidir. Katılımcılar yakınlarının engelliliği ile ilgili olarak engellilerin %60'ı (n=24) sonradan engelli ve %37,5'i (n=15) ise 1-5 yıldır engelli olduğunu belirtmiştir. Engelli yakınlarının %85'i (n=34) ruhsal sorunları için yardım almadığını ve %60'ı (n=24) ise engelliye yardım ederken tükenmişlik yaşadığını ifade etmiştir. Araştırmada engelli yakınlarının eğitim sonrası stres düzeylerinin düştüğü ve yaşam doyumlarının da arttığı saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Algılanan Stres Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeklerinin Ön Test ve Son Test Puanlarının İlişkisi

ÖLÇEKLER	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Algılanan stres ölçeği (ASÖ)	14,85	5,06	14,45	5,11
Yaşam doyumu ölçeği (YDÖ)	20,12	7,31	20,25	7,01

Araştırmada katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası stres puanları ile yaşam doyumları arasındaki ilişki incelenmiş, eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Katılımcıların Algılanan Stres Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeklerinin Ön Test ve Son Test Puanlarının İlişkisi

ÖLÇEKLER	r	p
ASÖ ön test ve son test	,584	,000
YDÖ ön test ve son test	,918	,000

Araştırmada katılımcıların tükenmişlik algılama durumlarına göre, eğitim öncesi ve eğitim sonrası algılanan stres ve yaşam doyum ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 3).

**Tablo 3.** Katılımcıların YDÖ ve ASÖ Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Tükenmişlik Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	TÜKENMİŞLİK ALGILAYANLAR				TÜKENMİŞLİK ALGILAMAYANLAR							
	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		z	p	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		z	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
YDÖ	18,08	7,28	18,45	7,54	-,586	,558	23,18	6,41	22,93	5,29	-,461	,645
ASÖ	16,16	5,34	14,91	5,46	-1,119	,263	12,87	3,99	13,75	4,61	,736	,462



Araştırmada katılımcıların engelli bireye yakınlık durumlarına göre, eğitim öncesi ve eğitim sonrası algılanan stres ve yaşam doyum ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4).

**Tablo 4.** Katılımcıların YDÖ ve ASÖ Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Engelli Bireye Yakınlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	ANNE				z	p	BABA				z	p
	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası				Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
<b>YDÖ</b>	19,44	7,39	19,83	7,65	-,399	,690	17,50	,70	18,50	,70	-1,000	,317
<b>ASÖ</b>	17,22	5,23	15,61	6,28	-1,136	,256	13,50	6,36	11,00	9,89	-1,000	,317

Araştırmada katılımcıların aile tiplerine göre, eğitim öncesi ve eğitim sonrası algılanan stres ve yaşam doyum ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 5).

**Tablo 5.** Katılımcıların YDÖ ve ASÖ Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Aile Tiplerine Göre Karşılaştırılması

	ÇEKİRDEK AİLE				z	p	GENİŞ AİLE				z	p
	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası				Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
<b>YDÖ</b>	20,02	7,55	20,36	7,30	-,638	,523	21,00	5,35	19,25	4,11	-1,089	,276
<b>ASÖ</b>	15,02	5,17	14,16	5,28	-,929	,353	13,25	4,11	17,00	2,16	-1,089	,276

## TARTIŞMA

Strese yol açan birçok durumla karşı karşıya olan engelli ailelerinin uygun baş etme yöntemlerini bilmemeleri tükenmişlik yaşamalarına ve yaşam doyumlarının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Ülkemizde konuyla ilgili literatürler incelendiğinde engelli ailelerinin stres, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerini inceleyen tanımlayıcı çalışmalar sayıca fazladır (13, 19, 20, 21, 22, 23, 24). Engelli aileleri ile ilgili yapılan tanımlayıcı nitelikte araştırmaların yanı sıra eğitim müdahalesi araştırmalarının da sayıca artması gerekmektedir.

Çalışmamız bu gereklilikten yola çıkılarak, engelli yakınlarına verilen “stresle baş etme ve yaşam doyumunu artırma” eğitiminin etkinliğini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma bulgularına göre; engelli yakınlarının eğitim sonrası stres düzeylerinin düştüğü ve yaşam doyumlarının da arttığı saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası stres puanları ile yaşam doyumları arasındaki ilişki incelenmiş, eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kaner yaşam doyumunun farklı türdeki sosyal desteklerle ilişkili olduğunu, anababaların yaşamlarını kolaylaştıran desteklere sahip olduklarında, yaşamda daha doyumlu ve daha stressiz olduklarını belirtmiştir (25). Raina ve ark. yaptıkları çalışmalarında serebral palsili çocukların bakıcılarında benlik algısı ve stres yönetiminin doğrudan fiziksel refahı etkilemese de psikolojik/ruhsal sağlığı doğrudan etkilediğini savunmuşlardır (26). Krstić ve Oros serebral palsili çocukların annelerinin stresle başa çıkma tarzlarını ve uyumlarını belirledikleri araştırmalarında, annelerin daha çok manevi destek ve sosyal destek aradıklarını ve verilen stresle başa çıkma stratejilerinin annelerin yaşamla daha kolay uyum sağlamalarına neden olduğunu saptamışlardır (27). Leung ve ark.’nın yaptığı çalışmada, gelişimsel engelli çocuğa sahip Çinli ailelerin eğitim müdahalesi sonrası stres ve çatışma puanlarının anlamlı olarak düştüğü belirlenmiştir (28). Yıldırım ve Conk çalışmalarında zihinsel engelli çocuğu olan anne ve babalara verilen eğitimin stresle başa çıkmada ve depresyon bulgularını azaltmada etkili olduğu sonucuna varmışlardır (29). Deniz ve ark. çalışmalarında da eğitim grubuna katılanlar ile katılmayan ebeveynlerin yaşam doyumunu puan ortalamaları arasında değişiklik saptamışlardır (30). Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda araştırmamızın sonuçları diğer araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermekte olup, engelli yakınlarına verilen stres ile başa çıkma ve yaşam doyumunu artırma eğitimlerinin, ailelerde olumlu etki yarattığı söylenebilir.

Çalışmamızda elde edilen bu sonuç ülkemizde ailelerin stresle başa çıkmasında destek sistemlerinin olmasının önemini vurgulayan çalışmaları destekler niteliktedir (19, 23, 31).

Araştırmamızda tükenmişlik algılayan bireylerin eğitim öncesi ve sonrası algıladıkları stres, tükenmişlik algılamayan bireylere göre daha yüksek olup, eğitim sonrası tükenmişlik algılayanların stres düzeyinin düştüğü bulunmuştur. Kaçmaz tarafından aktarıldığı üzere, Cotton tükenmişliği, stresle etkin şekilde başa çıkmadaki başarısızlığın sonucu olarak göstermiştir (32). Yayınlar ebeveyn stresinin şiddetli olmasının ebeveyn tükenmişliğine neden olabileceğini ileri sürmektedir (20). Bu açıdan değerlendirildiğinde araştırmamızda bireylerin %60’ı engelli bireye yardım ederken tükenmişlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmada eğitim öncesi annelerin stres düzeyi ve yaşam doyumunun daha yüksek olduğu, eğitim sonrası ise anne ve babaların yaşam doyumlarının arttığı stres düzeylerinin düştüğü, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Sencar otistik çocuğa sahip anne ve babaların stres düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (33). Kaner araştırmasında engelli çocuğu olan anne ve babaların yaşam doyumları arasında fark olmadığını belirtmiştir (25). Benzer şekilde Deniz ve ark. çalışmalarında anne babaların yaşam doyum puanları ve durumluluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır (30). Çalışmamızın bulguları literatürü destekler niteliktedir. Engelli yakınlarının engelliye dair ruhsal ve bedensel yükleri ortaklaşa yaşadıkları söylenebilir.

Katılımcıların aile tipleri incelendiğinde, %90'ı çekirdek aile tipine sahip olup, eğitim sonrası çekirdek ailelerin yaşam doyumlarının arttığı, stres düzeylerinin düştüğü saptanmıştır. Bu bulgu çekirdek ailelerin destek arama/isteme davranışlarının geniş ailelere göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Bahar ve ark. çalışmalarında aile tipi ile sosyal destek arama arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir (23).

Engelli bireylerin bakımında anne, baba ve kardeşlerin yanı sıra akraba gibi kişilerde görev almaktadırlar. Çalışmamıza katılan bireylerin %45'i bireyin anne, baba ve kardeşleri dışındaki kişilerdir. Yani engelli bireyin bakımında aile içindeki desteğin yanı sıra aile dışından destek veren kişilerde büyük rol oynamaktadır. Günümüz toplumunda anne ve babaların ailenin ekonomik ihtiyaçları için çalışma hayatının daha çok içinde olması bireye bakım veren kişilerin farklılaşmasına yol açabilmektedir. Bu durum engelli bireyin bakımını üstlenen kişiler ile yürütülen çalışmalarda sadece anne ve babaların değil bireye bakım veren tüm grupların araştırmalara dahil edilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Araştırma sonucunda; tüm katılımcıların eğitim sonrası stres düzeyleri düşmüş ve yaşam doyumları artmış, eğitim öncesi ve eğitim sonrası stres puanları ile yaşam doyumları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca eğitim öncesi tükenmişlik algılayanların ve çekirdek aile olanların kendilerini daha stresli ve yaşam doyumunu düşük hissettikleri, annelerin, babalara göre kendilerini daha stresli ama yaşam doyumunu daha yüksek hissettikleri belirlenmiştir. Eğitim sonrası ise tükenmişlik algılayanların, çekirdek aile olanların, anne ve babaların stres puanları düşmüş ve yaşam doyumunu artmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; konuyla ilgili müdahale araştırmalarının artırılması, ailelerin ihtiyacı olan desteklerin belirlenmesine yönelik araştırmaların planlanması, anne ve babalar

dışındaki bakım vericilere yönelik araştırmaların da yapılması, eğitim müdahalesi araştırmalarının sonuçlarına yönelik olarak yapılacak eğitimlerin yapılandırılması önerilir.

#### **KAYNAKÇA**

1. Sayın Ö. Aile Sosyolojisi: Ailenin Toplumdaki Yeri. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir- 1990.
2. Fışıloğlu H, Şenol E.D. Film Analizi Yöntemi İle Virginia Satir Aile Terapisi Yaklaşımına Bir Bakış. Türk Psikoloji Yazıları 2007; 10 (20): 43-62.
3. Varol N. Aile Eğitimi. Kök Yayınevi. Ankara- 2005.
4. Bilge A, Genç RE, Nişli İ. Toplumsal Bir Sorun: Engellilik Ve Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21(2): 181-190.
5. Subaşıoğlu F. Üniversitelerin Bilgi Ve Belge Yönetimi Bölümlerinin “Engellilik Farkındalığı” Üzerine Bir Araştırma. Bilgi Dünyası. 2008; 9 (2): 399-430.
6. Minners P.M. Family Resources And Stress Associated With Having A Mentally Retarded Child. American Journal of Mental Retardation 1988; 93 (2): 184-192.
7. Mccubbin A.M, Huang S.T. Family Strengths In The Care Of Handicapped Children: Targets For Intervention. Family Relations. 1989; 38: 436-443.
8. Bilge A, Çeber E, Demirelöz M, Akmeşe Z.B. Zihinsel Engellilerin Ebeveynlerine Verilen Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Zihinsel Engelliler İçin Etkililiğinin Belirlenmesi Projesi. Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu. Zihinsel Yetersiz Çocukları Yetiştirme ve Koruma Vakfı. Proje No:10-ASYO-001. 2011.
9. Bilge A, Çeber E, Demirelöz M, Akmeşe Z.B. Zihinsel Engellilerin Ebeveynlerine Verilen Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Zihinsel Engelliler İçin Etkinliğinin Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2012; 33 (3).
10. Glidden L.M, Schoolcraft S.A. Depression: Its Trajectory And Correlates In Mothers Rearing Children With Intellectual Disability. J Intellect Disabil Res. 2003; 47: 250-263.
11. Hastings R.P. Child Behaviour Problems And Partner Mental Health As Correlates Of Stress In Mothers And Fathers Of Children With Autism. J Intellect Disabil Res. 2003; 47: 231-237.

12. Esdaile S.A, Greenwood K.M. A Comparison Of Mothers' And Fathers' Experience Of Parenting Stress And Attributions For Parent Child İnteraction Outcomes. *Occup Ther Int* 2003; 10: 115-126.
13. Uğuz Ş, Toros F, İnanç Y.B, Çolakkadioğlu O. Zihinsel Ve/Veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon Ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2004; 7 (42): 42-47.
14. Keskin G, Bilge A, Engin E, Dülgerler Ş. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Kaygı, Anne-Baba Tutumları Ve Başa Çıkma Stratejileri Açısından Değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11 (1): 30-37.
15. Bilge A, Öğce F, Genç R.E, Oran N.T. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Uygunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 2 (25): 61-72.
16. Köker S. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; "Normal Ve Sorunlu Ergenlerde Yaşam Doyumu Düzeyinin Karşılaştırılması" Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara-1991.
17. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure Of Perceived Stres, *Journal of Health and Social Behavior*, 1983; 24(4): 385-396.
18. Diener E, Emmons R, Larsen R.J, Griffin, S. The Satisfaction Withlife Scale, *Journal of Personality Assessment*, 1985;49:71-75.
19. Akkök F, Aşkar P, Karancı A.N. Özürlü Bir Çocuğa Sahip Anne Babalardaki Stresin Yordanması. *Özel Eğitim Dergisi* 1992; 1 (2): 8 -12.
20. Duygun T, Sezgin N. Zihinsel Engelli Ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2003; 18 (52): 37 - 52.
21. Aysan F, Özben Ş. Engelli Çocuğu Olan Anne Babaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Değişkenlerin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 2007; 22: 1-6.
22. Ergin D, Şen N, Eryılmaz N, Pekuslu S. ve ark. Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 10 (1): 43-44.

23. Bahar A, Bahar G, Savaş A.H, Parlar S. Engelli Çocukların Annelerinin Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Stresle Basa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4 (11): 107.
24. Köksal G, Kabasakal Z. Zihinsel Engelli Çocukları Olan Ebeveynlerin Yaşamlarında Algıladıkları Stresi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi. Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 2012; 32: 71-91.
25. Kaner S. Engelli Çocuğu Olan Anababaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek Ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu. 29 Nisan 2011, <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/eng/browse/498/798.pdf?show>
26. Raina P ve ark. The Health And Well-Being Of Caregivers Of Children With Cerebral Palsy. Pediatrics 2005 Jun; 115 (6): 626-36.
27. Krstić T, Oros M. Coping With Stress And Adaptation In Mothers Of Children With Cerebral Palsy. Med Pregl 2012; LXV (9-10): 373-377.
28. Leung C, Fan A, Sanders M.R. The Effectiveness Of A Group Triple P With Chinese Parents Who Have A Child With Developmental Disabilities: a randomized controlled trial. Res Dev Disabil, 2013 Mar; 34 (3): 976-84.
29. Yıldırım F, Conk Z. Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Anne/Babaların Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Ve Depresyon Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9 (2).
30. Deniz M.E, Dilmaç B, Arıcağ O.T. Engelli Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009.
31. Sarı Y.H. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Ailelerde Aile Yüklenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(2): 33-40.
32. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendrom. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 68 (1): 29-32.
33. Sencar B. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; “Otistik Çocuğa Sahip Ailelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İzmir -2007.

## BİR SAĞLIK YÜKSEKOKULU'NDA ÖĞRENİM GÖREN YABANCI UYRUKLU ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK ALANINDA KARŞILAŞTIĞI SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Burcu BABADAĞ<sup>1</sup>, İlkay ÇULHA<sup>1</sup>, Nedime KÖŞGEROĞLU<sup>2</sup>

### ÖZET

Araştırma; yabancı uyruklu öğrencilerin sağlıkla ilgili düşünceleri ve davranışları, Türkiye’de sağlık alanında karşılaştıkları zorlukları belirlemek amacıyla nitelendirici olarak gerçekleştirilmiştir. Örneklemi 2012-2013 eğitim-öğretim yılında Eskişehir Sağlık Yüksekokulu’nda öğrenim gören 7 farklı ülkeden 9 yabancı uyruklu öğrenci oluşturmaktadır. Veri toplama yöntemi olarak odak grup görüşmesi kullanılmıştır. Öğrenciler sağlık sorunları ile ilgili tıbbi yardım alırken zorlandıkları konular arasında iletişim zorlukları, kendi ülkelerine göre sağlık çalışanlarından daha az danışmanlık hizmeti alabilmeleri, sağlık sigortası düzenlenene kadar geçen sürede sağlık giderlerini kendileri karşılamak zorunda kalmaları şeklinde belirtmişlerdir. Sonuç olarak; üniversitelerin yabancı uyruklu öğrencilerin karşılaştıkları sorunlara duyarlı olmaları ve bunlara uygun çözümler üretmeleri önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Yabancı Uyruklu Öğrenci, Kültür, Sağlık

## DETERMINATION OF HEALTH PROBLEMS FACED BY FOREIGN STUDENTS STUDYING AT A SCHOOL OF HEALTH

### ABSTRACT

This qualitative research is carried out to determine thoughts and behaviours about health and health problems faced by foreign students studying at Eskişehir School of Health. The research sample is 9 foreign students from 7 different countries in 2012-2013 academic year. Focus group discussion is used as method of data collection. Students state that when getting medical help they have difficulties about communication problems, receiving less consultancy services by health care workers than their countries, providing their health expenses themselves until health insurances are arranged. As a result, universities can be suggested to be sensitive to the problems faced by foreign students and to produce appropriate solutions for them.

**Key words :** Foreign Student, Culture, Health

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi

<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Prof. Dr

**İletişim/Corresponding Author:** Burcu BABADAĞ

**Geliş Tarihi / Received :** 15.07.2013

Tel: +02222393750/1528 e-posta: burcubabadag1@gmail.com

**Kabul Tarihi / Accepted:** 19.12.2013

## GİRİŞ

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre kültür; tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmeye kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünüdür (1). Literatürde kültür; insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan, değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanır (2, 3).

Kültürün 4 temel özelliği;

- Kültür öğrenilir ve kuşaktan kuşağa aktarılır.
- İnsanlar kendi öz kültürlerini doğuştan itibaren öğrenmeye başlarlar.
- Kültür “paylaşılır”.
- Kültür bireyin çevresine “uyumu”dur, “dinamik” ve “değişen” bir süreçtir (4, 5, 6).

Kültür kavramı hemşirelikte ilk kez 1969'da Uluslararası Hemşirelik Birliği (ICN) tarafından kullanılmıştır (7). Kültür, sağlık ve hastalığın dinamik bir etkenidir. Sağlık ve hastalık algısı bireyin kültüründen etkilenir (8). Bu algılar kültürden kültüre, toplumdan topluma değişebilmektedir (9). Birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı algılayabilir.

İletişim, ekonomik ve sınıfsal durum, meslek, din, geleneksel sağlık uygulamaları, ırk ve etnik yapı, göç statüsü gibi faktörler kültürel değişkenler arasında yer almakta ve sağlık ve hastalık ilişkisinde harekete geçirici faktörler olabilmektedir (9). Bu faktörlerden biri olan göç, kişilerin gelecek yaşantılarının ya bir bölümünü ya da tamamını geçirmek üzere bir yerleşim biriminden diğerine yerleşmek amacıyla yapmış oldukları coğrafi nitelikli yer değiştirme olayıdır (10). Yurtdışına göç hareketini arttıran nedenler arasında ülkeler arasındaki ekonomik, eğitim ve sosyal alanlardaki farklılıklar sayılabilir (11). Türkiye İstatistik Kurumu 2000 Genel Nüfus Sayımı verilerine göre yurtdışından Türkiye'ye göç eden toplam kişi sayısı 234.111'dir. Ülkelere göre yurtdışından gelen göçte 73.736 kişi ile ilk sırada Almanya yer alırken bunu sırasıyla Bulgaristan, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Azerbaycan takip etmektedir (12). Göç hareketlerinin önemli bir kısmını eğitim kaynaklı göçler oluşturmaktadır. Özellikle 1981 yılında Türkiye'de yükseköğrenim görmek isteyenler için düzenlenen Yabancı Uyruklu Öğrenci Sınavı (YÖS) ile yurtdışından Türkiye'ye eğitim amaçlı göç hareketi artmıştır (13). Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) 2006-2007 öğretim yılında kayıtlı yabancı uyruklu öğrenci sayısını 15.893, 2008-2009 öğretim yılında 18.158, 2011-2012 öğretim yılında ise 31170 olarak belirtmiştir (14). Her geçen yıl



artan bu sayı, beraberinde bazı sorunları da getirmektedir. Yabancı uyruklu öğrenciler sosyo-kültürel (gelenek-görenek, insan ilişkileri, barınma, giyim, yemek) ve ekonomik sorunlarla karşılaşmaktadırlar (13). Ayrıca öğrenciler yaşamaya başladıkları yeni toplumdaki kültürel farklar nedeniyle uyum gücünü çekmekte, sağlık sorunları yaşayabilmektedirler (15). Kıroğlu'nun makalesinde de belirtildiği gibi Ercan'ın yapmış olduğu çalışmada yabancı uyruklu öğrencilerin sırası ile benlik, aile, gelecek, sağlık ve arkadaşlık ile ilgili konularda sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (13). Bu nedenle sağlık ve sosyal hizmetlerin planlanmasında yerli halkla birlikte yurtdışından eğitim almak amacıyla ülkemize gelen bireylerde görülen sağlık problemlerinin ve risklerinin belirlenmesi önemlidir (15). Bu etkenlerin ve sorunların ortaya çıkarılmasında kapsamlı araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Literatürde de Türkiye'de yabancı uyruklu öğrencilerin sağlık alanında yaşadıkları sorunlar ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören yabancı uyruklu öğrencilerin sağlıkla ilgili düşünceleri ve davranışları, Türkiye'de sağlık alanında karşılaştıkları zorlukları belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## **MATERYAL ve METOD**

Niteliksel özellikteki çalışmanın evrenini, 2012-2013 eğitim-öğretim yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu'nda hemşirelik, ebelik, sağlık kurumları yöneticiliği bölümlerinde öğrenim gören 13 yabancı uyruklu öğrenci, örneklemini ise ulaşılabilen 7 farklı ülkeden (Almanya, İran, Kırgızistan, Somali, Suriye, Bulgaristan, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti ) 9 yabancı uyruklu öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama yöntemi olarak odak grup görüşmesi yöntemi kullanılmıştır. Çalışma öncesi öğrenciler çalışma hakkında bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış 14 soru kullanılmıştır. Öğrencilerden 5 ve 4 kişilik iki ayrı grup oluşturulmuş, her grup için birer oturum düzenlenmiş ve her oturumun odak grup görüşmesi 45 dakika sürmüştür. Görüşmenin yapıldığı yer, çalışılan kurumdaki çok amaçlı salonda, sessiz bir ortamda ve yuvarlak bir masa etrafında gerçekleştirilmiştir. Her öğrenciye bir numara verilmiş, öğrencilerin isimleri görüşme sırasında kullanılmamıştır. Ayrıca görüşme esnasında ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşme bir yönetici ve bir raportör tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın analizi

yapılırken; çalışmaya katılan 9 yabancı uyruklu öğrenci Ö1, Ö2, ... Ö9 olarak kodlanmıştır. Görüşme sonuçları betimsel analiz yöntemiyle beş başlık altında incelenmiştir. Bu başlıklar;

- I. Tanıtıcı Özellikler
- II. Sağlık, Hastalık ve Kültür Algısı
- III. Önceki ve Şu anki Sağlık Durumu
- IV. Sağlık Sorununu Çözmek İçin Öncelikli Tercih
- V. Sağlık Alanında Karşılaşılan Zorluklar- Çözüm Yöntemleri

## **BULGULAR**

### **I.TANITICI ÖZELLİKLER**

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 23 olup, tamamı bekarıdır. Öğrencilerin 6'sı hemşirelik, 1'i ebelik, 2'si sağlık kurumları yöneticiliği bölümünde öğrenim görmekte ve tamamı herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin 3'ü Bulgaristan, 1'i Almanya, 1'i İran, 1'i Kırgızistan, 1'i Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, 1'i Somali, 1'i de Suriye uyrukludur. Çalışmaya katılan öğrencilerin sağlık giderlerinin karşılandığı kaynak Tablo 1'de verilmiştir. Öğrencilerden 5'inin ebeveynlerinin Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) vatandaşı olması nedeniyle genel sağlık sigortasından yararlandığı belirlenmiştir.

**Tablo 1:** Sağlık Giderlerini Karşılama Yöntemi

	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Üniversitenin yabancı uyruklu öğrenci karnesi</b>	2	22,2
<b>Genel sağlık sigortası</b>	5	55,5
<b>Genel sağlık sigortası yok.</b>		22,2
<b>Kendisi karşılıyor.</b>	2	
<b>Toplam</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>

Öğrencilerin diğer tanıtıcı bilgileri Tablo 2’de gösterilmektedir.

**Tablo 2:** Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

	Sayı	%
<b>Türkiye’de bulunma süresi</b>		
1-5 yıl	4	44.4
6-10 yıl	0	-
11-15 yıl	5	55.5
<b>Toplam</b>	9	100,0
<b>Türkiye’de bulunma nedeni</b>	4	44.4
Eğitim	3	33.3
İyi yaşam koşulu, göç	2	22.2
Eğitim ve iyi yaşam koşulları		
<b>Türkiye’de aile/akraba bulunma durumu</b>		
Aile	6	66.6
Akraba	2	22.2
Yok	1	11.1
<b>Türkçe konuşma durumu</b>		
Yeterli	8	88.8
Yetersiz	1	11.1
<b>Türkçe yazma durumu</b>		
Yeterli	6	66.6
Yetersiz	3	33.3

## II. SAĞLIK, HASTALIK ve KÜLTÜR ALGISI

### A) Sağlık Algısı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı (1974), “Sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır (4, 16). İyilik hali kavramı göreceli bir kavramdır. Çünkü bireyin kendini iyi

olarak tanımlaması, bireyin değerlerine, inançlarına ve sahip olduğu kültürel özelliklerine göre değişim göstermektedir.

Yabancı uyruklu öğrencilerin bazıları sağlığı şu şekilde tanımlamışlardır:

“Bedenin iyi halinin kaybedilmemesi için çalışmak...”(Ö3)

“Hastanın acısının ve ağrının hafifletilmesi, hasta olmadan önce kontrol olması...”(Ö1)

“Ruhun ve düşüncelerinde hasta olmama...”(Ö5)

“Fiziksel ve psikolojik olarak iyi olma...”(Ö6)

“Her yönden rahatsızlığın olmaması, günlük yaşamı etkileyecek rahatsızlığın olmaması...”(Ö7)

“Bir birey kendi hareket gereksinimlerini kendi kendine yapabiliyorsa benim için sağlıklıdır.”(Ö8)

### **B) Hastalık Algısı**

Hastalık durumuna verilen yanıtlar, hastanın hastalığı anlama ve ifade etme biçimindeki kültürel farklılıklardan etkilenir (9). Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak birey açısından hastalık; sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının, öznel (subjektif) deneyim içinde bireylerce algılanması, bireyin acı, rahatsızlık v.b. duyma durumudur (4).

Öğrencilerin hastalık tanımlarından birkaçı şu şekildedir:

“Kişinin kendisini rahatsız hissetmesi ve onun yaşantısını etkileyen fizyolojik ve biyolojik rahatsızlığı...”(Ö9)

“Kişinin kendini hasta hissetmesi...”(Ö5)

“Bedenen ve ruhen hasta olma, bozuk olma...” (Ö2)

“Yaşamı engelleyen kötü bir durum, hayatı kısıtlayan durum. Günlük hayatta engellere neden olur”(Ö6)

“Hastalık normal bir durumdur, elimizde olan bir durumdur. Örn; sigara içme ile kalp hastası olma...”(Ö1)

“Önlenebilen, normal bir durum...”(Ö4)

### **C) Kültür Algısı**

Farklı kültürlerden gelen bireylerin sağlık sorunları, bu sorunları algılamaları ve yardım beklentileri farklı olabilmektedir (17). Bireylerin hastalığı algılama tarzları, hastalığı tedavi

biçimleri kültürden kültüre değişim göstermektedir. Dolayısıyla kültür; sağlık ve hastalık kavramlarının temel bileşenidir.

Öğrencilerin kültür tanımları ise;

“Toplumun geleneksel halidir.”(Ö4)

“İnsanların din ve milletinin aynı olması.”(Ö1)

“Toplumun dini, örfü, adeti, geleneği, göreneği.”(Ö2)

“Kişinin içinde doğup, büyüdüğü ve yaşadığı yerin özellikleridir.”(Ö9)

### III. ÖNCEKİ ve ŞİMDİKİ SAĞLIK DURUMU

Öğrencilere Türkiye’ye gelmeden önceki sağlık durumlarıyla, şu anki sağlık durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde; iki öğrenci Türkiye’deki sağlık durumunu daha iyi olarak, iki öğrenci daha kötü olarak değerlendirirken, beş öğrenci de iki ülkedeki sağlık durumlarının aynı olduğunu belirtmiştir.

Şu anki sağlık durumlarını daha iyi olarak değerlendiren öğrencilerin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Hastane ortamı buraya göre daha kötü. Fazla hatırlamıyorum ama sağlık çalışanları daha soğuk ve iletişime kapalıdır. Bulgaristan’da Türk olmaya bağlı sıkıntılarımız oldu.” (Ö7)

“Türkiye’de görülmeyen hastalıklar İran’da daha fazla görülüyor. Titizlik, temizlik İran’da fazla değil. Hastalıklar İran’da daha ağır geçiyor.” (Ö2)

Şu anki sağlık durumlarını daha kötü olarak değerlendiren öğrencilerin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Türkiye’de sürekli grip oluyorum, kansızlık sorunu var.” (Ö1)

“Türkiye’de hastalık çok fazla. Gıda ve hava temizliği yok. Kırgızistan’daki sağlık durumum daha iyi idi, memleketimde doğal besinler tüketiliyor.” (Ö4)

### IV. SAĞLIK SORUNUNU ÇÖZMEK İÇİN ÖNCELİKLİ TERCİH

Öğrencilere Türkiye’de yaşadıkları sağlık sorunlarını çözmek için öncelikli olarak neye/nereye başvurdukları sorulmuştur. Öğrencilerden 6’sı yaşadıkları sağlık sorunlarının çözümü için öncelikli olarak aileden gördükleri geleneksel sağlık uygulamalarını tercih ettiklerini, hastalık durumu uzadığı zaman sağlık kuruluşuna başvurduklarını belirtmişlerdir.

Bu tercih nedenlerini ilaç kullanmak istememeleri, hastane ortamını sevmemeleri, kendi ülkelerinde de sağlık kuruluşuna ilk aşamada başvurmamaları şeklinde açıklamışlardır.

Bazı öğrencilerin ifadeleri şu şekildedir:

“Kendi bildiğim alternatif tedaviyi uyguluyorum. Grip olduğumda değil de daha ağır bir hastalık geçirdiğimde hastaneye gidiyorum. Çünkü hastaneden hoşlanmıyorum ve alternatif tedavinin daha yararlı olduğunu düşünüyorum.” (Ö4)

“İlk önce geleneksel tedavileri tercih ediyorum. Çünkü antibiyotiklerin zararlı olduğunu düşünüyorum, ilaçların yan etkileri çok fazla.” (Ö3)

“Hastanelerden hoşlanmıyorum, hasta olsam da gitmek istemiyorum.” (Ö2)

“Hasta olduğumda mutlaka hekime başvuruyorum. Biraz dayanıyorum ama yine de gidiyorum, çünkü sağlığın önemli bir konu olduğunu düşünüyorum.” (Ö1)

## **V.SAĞLIK ALANINDA KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR- ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ**

Çalışmamızda; öğrenciler sağlık sorunları ile ilgili tıbbi yardım alırken zorlandıkları konular arasında iletişim zorlukları, kendi ülkelerine göre sağlık çalışanlarından daha az danışmanlık hizmeti alabilmeleri, sağlık sigortası düzenlenene kadar geçen sürede sağlık giderlerini kendileri karşılamak zorunda kalmaları şeklinde belirtmişlerdir. Öğrencilerin bu konudaki ifadeleri şu şekildedir:

“ T.C. vatandaşı olmadan önce yaklaşık 10 yıl boyunca 2 kat fazla ücret ödeyerek hastanede tedavi oldum. Bu yüzden hastaneye en son aşamada başvuruyorum.” (Ö6)

“Sağlık yardımı alırken zorlandığım konu, sağlık sigortamın olmaması ve üniversite hastanemin de kolaylık sağlamamasıdır. Ancak ücreti karşılığında muayene oluyorum.” (Ö9)

“Ailem T.C. vatandaşı olmadan önce sorunlar oldu. Devlet hastanesine gidemiyorduk, sigortamız olmadığı için özel hastaneye gidiyorduk.” (Ö3)

“Türkçem yetersiz olduğu için hastalığımı anlatırken zorlanıyorum. Hastaneye gitmeden önce internette bakıp bilgilenip gidiyorum.” (Ö5)

## **TARTIŞMA**

Göç eden kişilerin kendi değerlerini yeni girdikleri toplumsal yapıda sürdürüp sürdüremedikleri, sürdüremediklerinde yaşadıkları sağlık sorunlarının neler olduğu bu sorunların bireyleri nasıl etkilediği, bireylerin bu sorunlarla nasıl baş ettikleri önemlidir (9).

Beşer makalesinde; göçmen bireylerin sağlık durumlarında ve uyguladıkları sağlık davranışlarında göç etmeden önceki alışkanlıkları, düzenli gelirlerinin olup olmaması, yeni yaşamlarına başladıkları yerdeki olanaklar, sağlık hizmetine ulaşım ulaşamadıkları gibi faktörlerin belirleyici olduğunu belirtmektedir (10). Çalışmamızda yabancı uyruklu öğrencilerin sağlık sorunu yaşadıklarında sağlık kuruluşuna başvurmadan önce, ailelerinden gördükleri şekilde geleneksel tedavi yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Kişilerin dil engeli ile karşılaşmaları, sağlık sigortasına sahip olmamaları, geleneksel yaşam kalıplarına sahip olmaları, sosyal ve psikolojik stres gibi faktörler göç edenlerin sağlık durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (10). Çalışmamızda Genel Sağlık Sigortası'na sahip olmayan 2 öğrenci sağlık giderlerini kendileri karşılamak zorunda kaldıkları için zorluk yaşadıklarını, bunun yanında T.C. vatandaşı olmadan önce Genel Sağlık Sigortası'na sahip olmayan öğrenciler de benzer sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Çoğu yabancı uyruklu öğrenci için dil engeli en önemli problemdir (18). Çalışmamızda da Türkçe yazma ve konuşmada kendini yetersiz olarak ifade eden öğrenciler de sağlık kuruluşuna başvurmadan önce hastalığı ile ilgili internetten ve farklı kaynaklardan bilgi edindiklerini ve böylece iletişim zorluklarını aşmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Kılıçlar ve ark.'nın Türkiye'ye gelen öğrencilerle yaptıkları çalışmada da öğrencilerin dil sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (19).

Bu sonuçlar doğrultusunda bölümlerin ve üniversitelerin yabancı uyruklu öğrencilerin karşılaştıkları sorunlara daha duyarlı olmaları ve bunlara uygun çözümler üretmeleri önerilebilir.

## **KAYNAKLAR**

1. Türk Dil Kurumu, 2013.
2. Şahin HN, Bayram OG, Avcı D. Kültürlere Duyarlı Yaklaşım: Kültürlerarası Hemşirelik, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2009;6(1):2-7.
3. Güvenç B. Kültürün ABC'si 1997; Cogito, YKY, İstanbul.
4. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(3):78-87.
5. Bekar M. Kültürler arası (Transkültürel) Hemşirelik. Toplum ve Hekim 2001;6(2):136-141.
6. Kozier B, Erb G. Ethnicity and Culture, Fundamentals of Nursing Concepts and Procedures 1987;357-358.

7. Tortumluoğlu G. Transkültürel Hemşirelik Ve Kültürel Bakım Modeli Örnekleri C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8(2):47-57.
8. Karakuş Z, Babadağ B, Abay A, Akyar İ, Çelik ŞS. Nurses' Views Related to Transcultural Nursing in Turkey, International Journal of Caring Sciences 2013;6(2): 201-207.
9. Seviğ Ü (Ed), Tanrıverdi G (Ed) ,Taşçı S. Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Kültürel Faktörler, Kültürlerarası Hemşirelik. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul-2012.ss:28.
10. Seviğ Ü (Ed), Tanrıverdi G (Ed) ,Beşer A. Göç, Kültür ve Sağlık İlişkisi. Kültürlerarası Hemşirelik. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul-2012.ss:62-63.
11. Aksoy Z. Uluslararası Göç ve Kültürlerarası İletişim, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2012;5(20):292-303.
12. Türkiye İstatistik Kurumu 2000 Genel Nüfus Sayımı Verileri, 2013.
13. Kiroğlu K, Kesten A, Elma C. Türkiye’de Öğrenim Gören Yabancı Uyruklu Lisans Öğrencilerinin Sosyokültürel ve Ekonomik Sorunları, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2010;6(2): 26-39.
14. TC. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi, 2013.
15. Seviğ Ü (Ed), Tanrıverdi G (Ed) , Seviğ Ü, Özcan A, Tanrıverdi G. Kültürlerarası Hemşirelikte Temel Kavramlar. Kültürlerarası Hemşirelik. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul-2012.ss:104-107.
16. Seviğ Ü (Ed), Tanrıverdi G (Ed) , Bayat M. Sağlık ve Hastalık. Kültürlerarası Hemşirelik. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul-2012.ss:9-17.
17. Seviğ Ü (Ed), Tanrıverdi G (Ed) , Özcan A. Kültürlerarası İletişim. Kültürlerarası Hemşirelik. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul-2012.ss:149.
18. Mori CS. Addressing the Mental Health Concerns of International Students. Journal Of Counseling & Development 2000;78: 137-144.
19. Kılıçlar A, Sarı Y, Seçilmiş C. Türk Dünyasından Gelen Öğrencilerin Yaşadıkları Sorunların Akademik Başarılarına Etkisi: Turizm Öğrencileri Örneği. Bilig - Türk Dünyası Sosyal Bilimler Dergisi 2012; 61:157-172.



## MÜHENDİSLİK BÖLÜMÜNDE ÖĞRENİM GÖREN ERKEK ÖĞRENCİLERİN ERKEK HEMŞİRELERE KARŞI BAKIŞ AÇILARI\*

Mevlüt EKİNCİ<sup>1</sup>, İbrahim Caner DİKİCİ<sup>1</sup>, Muhammet DERYA<sup>1</sup>, Işıl Işık ANDSOY<sup>2</sup>,  
Sevgi DİNÇ<sup>3</sup>, Ayşegül Oksay ŞAHİN<sup>4</sup>

### ÖZET

Bu çalışmanın amacı Karabük Üniversitesi Mühendislik Fakültesi öğrencilerinin erkek hemşirelere karşı bakış açısını değerlendirmektir. Çalışma Karabük Üniversitesi Mühendislik Fakültesi öğrencileriyle 15.12.2012-15.01.2013 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapıldı. Çalışmanın evrenini Karabük Üniversitesi Mühendislik Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan öğrenciler oluşturdu, araştırmada örnekleme seçimine gidilmedi ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden toplam 550 öğrenci dahil edildi. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatürler taranarak elde edilen "Kişisel Bilgi Toplama Formu" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde Ki kare testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis testleri uygulandı. Araştırmamıza katılan öğrencilerin % 88.4'ü bölümlerini isteyerek tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %44.7'si hemşireliği kadınlara özgü bir meslek olarak değerlendirmişlerdir. "Sizce hemşire kimdir?" sorusuna öğrencilerin %33.2'si "Hekimin yardımcısıdır." cevabını vermişlerdir ve %37'si hemşirelerin "iğne yapar, tansiyon ölçer" şeklinde görevlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin %13.3'ü erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerini komik bulmaktadır. Hemşireliğin erkekler için uygun bir meslek olmadığını düşünenler yüzdesi ise %12.9'dur. Öğrencilerin %58.5'i hemşirelik hizmetini bayan hemşirelerden almak istediklerini ifade etmiştir. "Erkek hemşirelerle karşılaştığınızda ilk tepkiniz ne olurdu?" açık uçlu sorusuna öğrencilerin %18'i "şaşırdım." ve %40.2'si "tepki vermem" cevabını vermişlerdir. Üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğunun hemşireliği kadınlara özgü bir meslek olduğunu düşünmekle birlikte erkek hemşirelere bakış açılarının olumlu olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Mühendislik Öğrencisi, Hemşirelik Mesleği, Erkek Hemşire

---

\*19-21 Nisan 2013 tarihinde Konya'da yapılan 12. Ulusal Öğrenci Hemşirelik Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

1 Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü 1. Sınıf öğrencisi

2 Yrd.Doç.Dr. Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

3 Arş.Gör. Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

4 Yrd.Doç.Dr. Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi

**İletişim/ Corresponding Author:** Işıl Işık ANDSOY

**Tel:** 0(370) 433 02 02 **e-posta:** isilandsoy@gmail.com

**Geliş Tarihi / Received :** 14.08.2013

**Kabul Tarihi / Accepted:** 23.12.2013

## **PERSPECTIVES OF MALE STUDENTS STUDYING IN THE DEPARTMENT OF ENGINEERING AGAINST MALE NURSES**

### **ABSTRACT**

The purpose of this study was to determine the perspective of engineering students towards the male nurses. This study was performed descriptively and cross-sectional with students in Engineering Department of Karabük University during the dates between 15<sup>th</sup> December 2012 and 15<sup>th</sup> January 2013. The population of the study was created by Karabük University students enrolled in the Faculty of Engineering. Sampling method was not used in this research and totally 550 students volunteered for the study. "Personal Information Form" that derived from literature was used by the researches. Chi-square, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used. According to the results 88.4% of the students prefer their department advertently. 44.7% of the students evaluated nursing as a profession for women. The question of "What do you think about the nursing?" was answered as "physician assistant" by 33.2% of the students and they evaluated nursing as "injection making, blood pressure taking." 13.3% of the students find male nursing ridiculous. 12.9% of the students think that nursing is not a suitable job for men. 58.5% of students stated that they would like to get a nursing service from female nurses. The question of "What would be your first reaction when you met male nurses?" was answered as "I'd be surprised." by 18% of the students, 40.2% of the students answered this question as "will not respond" respectively. In spite of the fact that the vast majority of university students think nursing as a profession for women, perspectives of male nurses was found to be positive.

**Keywords:** Engineering Students, Nursing Profession, Male Nurse

## GİRİŞ

Sağlık bakımı sistemi içinde önemli bir yeri olan hemşirelik, sağlıklı/hasta bireyi, ailesi ve toplumu tüm boyutları ile bir bütün olarak değerlendiren tek sağlık disiplini (1,2,3). Diğer yandan kişinin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirme amacına yönelik hizmetlerin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan bir meslek olarak tanımlanan hemşirelik, toplumsal statüsü tam olarak kavranamamış bir meslek grubudur (4). Toplumlar, uzun yıllar boyunca hemşireliği sınırlı mesleki işlevler içinde değerlendirmişler, bu durum ise hemşireliğin önemini ortaya çıkarılmasını güçleştirmiştir (5). Meslekler toplumlardan ayrı olarak düşünülemez. Bir mesleğin önemi, toplumun o mesleğe verdiği önem ile değerlendirilir. Toplumlar, kendileri için hayati öneme sahip olduklarını düşündükleri mesleklerin otoritesini kabul ederler, işlevlerini yürütmesinde bağımsız olmasına izin verirler. Toplum, hemşirelik mesleğini gerek görevleri, gerek yetiştirme biçimi ve gerekse ekonomik ve sosyal yönlerden yeteri kadar tanıyamamaktadır (2).

Hemşirelik, tüm dünyada kadınların baskın olduğu mesleklerden biridir ve insanoğlunun var oluşu ile başlayan hemşirelik, kadının şefkatli, şifa verici rolü ve doğasında bulunan fedakarlık ile özdeşleşmiştir (6,7). Erkeğin, bakım verici rolü için uygun olmadığı ve bu durumun toplumsal cinsiyet kalıpları ve inançlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sosyal yapı, hemşirelik mesleğine erkeklerin girmesini engellemekte ve hemşirelik mesleğini kadın mesleği olarak algılamaktadır. Hemşireliğin tarihsel gelişiminde görüldüğü gibi yaralıların bakımı ve şefkat gösterilmesi gibi profesyonel olmayan daha çok annelik rolünden kaynaklanan bir özellik göstermesi nedeni ile hemşirelik mesleği uzun yıllar kadınlara özgü bir meslek olarak kalmıştır. Birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, yükseltme hastalık halinde bakım, tedavi ve rehabilitasyonunda görev alan sağlık bakım profesyonellerinin her iki cinsi, hemşirelik hizmetlerinin etik kurallara uygun multidisipliner bir çalışma ile humanistik ve bütüncül yaklaşımla yerine getirmeye çalışırken en büyük engel toplumsal cinsiyetçiliktir (8). Ülkemizde 1954 yılında çıkarılan hemşirelik kanunu, erkek hemşire yetiştirilmesine olanak tanımayan bir yasal düzenlemeydi (9). 50 yıldan fazla bir süre yürürlükte kalan bu yasa, günümüzün gereksinimlerine yanıt vermediğinden ve hemşireliğin meslekleşmesine ket vuran “bir kadın mesleği” olduğuna ilişkin maddeyi barındırdığından, Ocak 2007’de resmi gazetede yayımlanan “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile değiştirilmiştir (10). Böylece 2007’de yapılan yasal düzenlemeler ile hemşirelikte cinsiyet ayırımı ortadan kalkmıştır ve böylece günümüzde erkekler, yasal olarak hemşirelik mesleğinin bir üyesi olabilmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de,

toplumun erkek hemşirelik imgesini inceleyen çalışmalar yapılmıştır (11-17). Bu bilgiler ışığında araştırma mühendislik fakültesinde öğrenim gören erkek öğrencilerin erkek hemşirelere olan bakış açısını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırma, Karabük Üniversitesi Mühendislik Fakültesi'nde 15.12.2012-15.01.2013 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapıldı. Çalışmanın evrenini Karabük Üniversitesi Mühendislik Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan öğrenciler oluşturdu, araştırmada örneklem seçimine gidilmedi ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden toplam 550 öğrenci araştırmaya dahil edildi.

Kişisel Bilgi Toplama Formu: Kişisel Bilgi Formu, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan 30 sorudan oluşan bir anket formudur. Formda yaş, cinsiyet, sınıf, medeni durum, anne ve babanın eğitim durumu, anne ve babanın mesleği, aile tipi gibi sosyo-demografik özellikleri ile öğrencilerin erkek hemşirelere bakış açısını değerlendirmeye yönelik sorulara yer verilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak elde edilen "Kişisel Bilgi Toplama Formu" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, yüzdelik yöntemleri kullanıldı.

Araştırma yapılmadan önce araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'ne sunularak Rektörlük makamından kurum izni alındı. Araştırmada gönüllülük ilkesi ön planda tutuldu, gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrenciler araştırma kapsamına dahil edildi. Öğrencilere gerekli açıklamalar yapılarak "bilgilendirilmiş onam" koşulu da etik ilke olarak yerine getirildi.

## **BULGULAR**

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $19.82 \pm 1.37$ ' dir. Öğrencilerin % 18' i makine mühendisliği, % 13.1'i metalurji malzeme mühendisliği, % 11.5'i elektrik-elektronik mühendisliği bölümlerinde öğrenim görenlerden oluşmaktadır. Öğrencilerin % 88.4'ü mühendislik bölümünü isteyerek tercih etmişlerdir. En uzun süreyle yaşanan yer % 68.7 "il" olarak belirtilmiş ve öğrencilerin % 62.5' i şu anda yurttadır. Öğrencilerin % 78.5'i gelir seviyesini "orta" olarak saptanmıştır. Öğrencilerin % 46.2'sinin ailede/yakın çevresinde erkek hemşire bulunmaktadır (Tablo1).

**Tablo 1.**Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik özellikler	N=( 550)	%
<b>Bölümünü isteme durumu</b>		
Evet	486	88.4
Hayır	64	11.6
<b>En uzun süreyle yaşanan yer</b>		
Köy/kasaba	52	9.5
İl	378	68.7
İlçe	120	21.8
<b>Şu anda kalınan yer</b>		
Aile yanı	31	5.6
Yurt	344	62.5
Arkadaşlarla/yalnız evde	173	31.5
Akrabalar	2	0.4
<b>Gelir seviyesi</b>		
Kötü	31	5.6
Orta	432	78.5
İyi	87	15.9
<b>Ailede /yakın çevrede erkek hemşire bulunma durumu</b>		
Evet	254	46.2
Hayır	296	53.8

Araştırmada sorulan “Sizce hemşire kimdir?” sorusuna öğrencilerin 32.9’u “*hekimin yardımcısı*” cevabını, “Sizce hemşire ne iş yapar?” sorusuna öğrencilerin % 56’sı “*Hekimin söylediklerini yapar.*” % 37’si “*İğne yapar, tansiyon ölçer.*” cevabını vermiştir (Tablo2).

**Tablo 2.**Öğrencilerin Hemşirelik Tanımına İlişkin Görüşleri

Görüşler	Sayı *	% *
<b>Sizce hemşire kimdir?</b>		
Hastaya bakım veren kişi	132	24.0
Hastaya yardım eden kişi	109	19.81
Hekimin yardımcısı	181	32.90
Sağlık personeli	219	39.81
Diğer	21	3.81
<b>Sizce hemşire ne iş yapar?</b>		
İğne yapar, tansiyon ölçer.	204	37.09
Hastalara ruhsal bakım verir.	76	13.81
Hastalara fiziksel bakım verir.	115	20.90
Hekimin söylediklerini yapar.	308	56.0
Diğer	30	5.45

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Araştırmada öğrencilerin % 63.3'ü hemşirelerin lisans düzeyinde eğitim alması gerektiğini ifade etmiş ve % 84.9'u hemşireliği profesyonel bir meslek olarak değerlendirmiştir. Hemşirelik mesleğinin toplumdaki yerini öğrencilerin % 67.3'ü iyi olarak belirtmiştir. Buna karşın “İstedığınız bölümü seçmeseydiniz hemşire olmak ister miydiniz?” sorusuna öğrencilerin % 74.5'i hayır cevabını vermiştir. Öğrencilerin % 53.1'i hemşireliği her iki cinse özgü bir meslek olarak değerlendirmelerine karşın % 58.5'i hemşirelik hizmetini bayan hemşirelerden almak istediklerini ifade etmişlerdir (Tablo3).

**Tablo 3. Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri**

Görüşler	Sayı (550)	%
<b>Sizce hemşirelik eğitimi düzeyi ne olmalıdır?</b>		
Lise	21	3.8
Önlisans	69	12.5
Lisans	348	63.3
Lisans üstü	112	20.4
<b>Hemşirelik profesyonel bir meslek midir?</b>		
Fikrim yok	1	0.2
Evet	467	84.9
Hayır	82	14.9
<b>Hemşirelik mesleğinin toplumdaki yerini nasıl buluyorsunuz?</b>		
Kötü	43	7.8
İyi	370	67.3
Fikrim yok	137	24.9
<b>İsteddiğiniz bölümü seçmeseydiniz hemşire olmak ister miydiniz?</b>		
Fikrim yok	4	0.7
Evet	136	24.7
Hayır	410	74.5
<b>Sizce hemşirelik hangi cinse özgü bir meslektir</b>		
Fikrim yok.	5	0.9
Kadınlara özgü bir meslektir.	246	44.7
Erkeklere özgü bir meslektir.	7	1.3
Her iki cinsiyette yapılabilir.	292	53.1
<b>Hemşirelik hizmetini kimden almak isterdiniz?</b>		
Erkek hemşirelerden almak isterdim.	23	4.2
Bayan hemşirelerden almak isterdim.	322	58.5
Her ikisinden de bakım alabilirim	205	37.3

Öğrencilerin Erkek Hemşirelere İlişkin Tepkileri Ve Bulunması Gereken Niteliklerine İlişkin Düşünceleri Tablo 4' de verilmiştir.

**Tablo 4.** Öğrencilerin Erkek Hemşirelere İlişkin Tepkileri Ve Bulunması Gereken Niteliklerine İlişkin Düşünceleri

	Sayı(n=550)	%
<b>Erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?</b>		
Komik buluyorum.	73	13.3
Erkekler için uygun bir meslek olmadığını düşünüyorum.	71	12.9
Erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerini yadırgamıyorum.	189	34.4
Erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerini normal buluyorum.	194	35.3
Diğer	23	4.2
<b>Erkeklerin hemşirelik mesleğine katılmaları mesleğe ne yönde bir katkı sağlar?*</b>		
Hemşirelik mesleğine erkeklerin katılması toplumsal statüsünü yükseltir.	144	26.1
Hemşirelik mesleğine erkekler katıldığında mesleki zorluklar azalır	95	17.2
Hemşirelik mesleğine erkekler katıldığında hemşirelik hizmetlerinde bakımın kalitesi artar.	62	11.2
Hemşireliğin mesleki haklarına kavuşması hızlanır.	35	6.3
Fiziksel güç gerektiren uygulamalarda bayan hemşirelere destek olurlar.	226	41.0
Diğer	49	8.9
<b>Sizce erkek hemşireye nasıl hitap edilmelidir?</b>		
Erkek hemşire	61	11.1
Hemşir	403	73.3
Hemşire	31	5.6
Diğer	55	10.0
<b>Erkek hemşireyle karşılaştığınızda ilk tepkiniz ne olurdu?</b>		
Fikrim yok.	145	26.4
Doktor zannederim.	10	1.8
Tepki vermem.	221	40.2
Bayan hemşire isterim.	30	5.5
Şaşırım .	99	18.0
Bana dokunmasın.	4	0.7
Mesleği tercih etme sebebini sordum.	7	1.3
Kaçardım	6	1.1
<b>Sizce erkek hemşirelerin sahip olması gereken özellikler neler olabilir?</b>		
Fikrim yok.	185	33.6
Ekstra özelliğe gerek yok.	93	16.9
Fiziksel güç	13	2.4
Nazik, kibar, yardımsever, sabırlı	195	35.5
Diksiyonu düzgün	17	3.1
Eğitilmiş	24	4.4
Prezentabl	12	2.2
Erkek hemşire istemiyoruz.	11	2.0

\*\* Bu soru için birden fazla yanıt verenler olmuştur.

Öğrencilerin % 35.3'ü erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerini normal bulduklarını ifade ederken, %13.3'ü erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerini komik bulmaktadır. Hemşirelik mesleğine erkeklerin katılmasıyla mesleğin statüsünün yükseleceğini düşünenlerin oranı %26.1 ve fiziksel güç gerektiren uygulamalarda bayan hemşirelere destek olabileceklerini düşünenlerin oranı ise %4'tür. Erkeklerin hemşirelik mesleğini tercih ettiklerinde yaşayabilecekleri güçlükler konusunda öğrencilerin % 60.3'ü erkek hemşirelerin hastalar tarafından kabul görmeyebileceklerini düşünürken % 22.7'si de erkek hemşirelerin sağlık kurumlarında bütün kliniklerde çalışamayacaklarını öngörmektedir. “Sizce erkek hemşireye nasıl hitap edilmelidir?” sorusuna “hemşir” yanıtını verenlerin oranı % 73.3'dür. Öğrencilerin % 18'i “Erkek hemşireyle ilk karşılaştığınızda ilk tepkiniz ne olurdu?” açık uçlu soruya “şaşırm”, % 40.2'si “tepki vermem” cevabını vermişlerdir Öğrencilerin % 35.5'i erkek hemşirelerin nazik, kibar, yardımsever, sabırlı olması gerektiğini ifade etmiştir (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Hemşirelik mesleği, temel hemşirelik eğitimini tamamlamış, hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca hemşirelik mesleğinin profesyonelliğe dayanan bir süreç olması nedeniyle, gelişmiş ülkelerde her iki cinsiyet tarafından da uygulanabilmektedir (16,18). Böylece kadın mesleği olarak algılanan hemşireliğe erkek üyelerin katılması her geçen gün artmaktadır (19).

Toplumun hemşirelik mesleğini gerek en çağdaş rol ve sorumlulukları ile eğitimini gerekse ekonomik ve sosyal yönlerini yeteri kadar tanıyamadığı bildirilmektedir (20). Araştırmada “Sizce hemşire kimdir?” sorusuna öğrencilerin % 32.9'u “hekimin yardımcısı” cevabını, öğrencilerin % 56'sı “Sizce hemşire ne iş yapar?” sorusuna “Hekimin söylediklerini yapar.”, % 37'si “İğne yapar, tansiyon ölçer.” cevabını vermiştir (Tablo 2). Tortumoğlu ve ark., çalışmasında katılımcıların % 20'sinin “doktorun yardımcısı”, Emiroğlu, yüksek öğrenim görmemiş erkeklerin hemşireyi “beyaz elbiseler içinde, kep takan, bayan kişi”, Tan ve ark., katılımcıların % 23'ünün “hekimin yardımcısı”, % 50'sinin “iğne yapan ve tansiyon ölçen kişi” olarak tanımlarken, hemşirelik veya diğer sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yapılan çalışmalarda Işık Andsoy ve ark., öğrencilerin % 60'ının hemşireyi “birey, aile ve toplum sağlığına yardım eden ve gerekli olan meslektir”, % 26'sı “doktor ve hastalara yardım eden meslektir”, Göz ve Erkal, öğrencilerin % 57.4'ünün “hemşireliğin insanlara yararlı bir meslek”, Koç ve ark., öğrencilerin % 67.3'ünün hemşireliği “öncelikle doktorun yardımcısı olan bir meslek” olarak tanımladığını saptamışlardır (5,20,21,22-24). Görüldüğü üzere sağlık



alanında öğrenim gören öğrencilerin bile hemşireliği insanlara yardım eden bir meslek olarak tanımlamalarına karşın, mühendislik bölümünde öğrenim gören öğrencilere benzer yanıtlar verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucunun yapılan çalışmalara benzer olduğu görülmektedir. Ayrıca mühendislik öğrencilerinin hemşireliği hemşirelik mesleğine yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu, bağımsız rol ve sorumluluklarının farkında olmadığı dolayısıyla toplumda hemşirelik algısının çok büyük farklılıklar göstermediği düşünülmektedir.

Çalışmada mühendislik öğrencilerinin % 63.3'ü hemşirelik eğitiminin lisans düzeyinde olması gerektiğini, % 84.9'u hemşireliği profesyonel bir meslek olarak gördüklerini, % 67.3'ü hemşirelik mesleğinin toplumdaki yerinin iyi olduğunu belirtmesine karşın, öğrencilerin % 74.5'i istediği bölümü seçememiş olsa bile hemşire olmak istemediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 3). Işık Andsoy ve ark., çalışmasında öğrencilerin % 68'i hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajını olumlu, Şirin ve ark., öğrencilerin % 57.3'ü mesleğin konumunu orta derecede iyi bulduklarını saptamışlardır (22,25). Bozkır ve ark., sağlık memurluğu öğrencilerinin tekrar üniversiteye girme olanakları olsa büyük çoğunluğun (% 70.5) hemşireliği tercih etmeyeceklerini, Barkley ve Kohler, lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin hemşirelik hakkında olumlu düşündüklerini ancak, mesleğe girmek istemediklerini bulmuşlardır (4,26). Yapılan çalışma sonuçlarının bulgumuz ile benzer olduğu görülmektedir. Bilindiği üzere hemşirelik mesleği emek ve istek isteyen, temelinde insan sevgisi yatan bir meslektir. Öte yandan hemşireliğin çalışma koşullarına sahip olması açısından zor bir meslek olması da herkes tarafından bilinir. Dolayısıyla öğrencilerin bu şekilde düşünceleri beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Hastalara verilen bakımın ve özenin kadının doğası ile ilgili olduğu düşünüldüğü için, yakın geçmişe kadar hemşirelik mesleği bir kadın mesleği olarak kabul edilmiştir. Hemşirelik mesleğinin yıllarca erkeklere kapalı tutulması nedeniyle toplumun bu mesleğe bakış açısını belirlemek oldukça önemlidir (27). Çalışmamızda öğrencilerin % 44.7'sinin hemşireliği kadına özgü bir meslek olarak belirtmesine karşın, çoğunluğunun (% 53.1) hemşirelik mesleğinin her iki cinsten yapılabileceğini ifade etmişlerdir. Ayrıca öğrencilerin % 58.5'inin bayan hemşirelerden hizmet almak istedikleri saptanmıştır (Tablo 3). Özbaşaran ve ark., hastaların yarıya yakınının (% 44.4) "erkekler hemşire olabilir" derken, % 44.6'sının "erkek hemşire olamaz", Kaya ve ark., bireylerin % 62.6'sının "Hemşirelik hem kadınların hem de erkeklerin yapacağı bir meslektir.", Koç ve ark., hastaların % 60'ının hemşirelik mesleğini her iki cinsinde yapabileceği bir meslek olarak kabul ettiği, % 50'ının hem kadın hem de erkek hemşireden bakım almak istediklerini belirttiklerini saptamışlardır (6,27,28). Yapılan diğer birçok çalışmalarda da benzer sonuçların elde edildiği görülmüştür (15,17,29-31). Araştırma

sonucunun literatürlerle uyumlu olduğu görünmektedir. Ayrıca bu sonuçlar doğrultusunda toplumdaki erkek hemşire sayısının artması ve erkek hemşire imajının yaygınlaşması toplumun erkek hemşirelere olan ilgisini de arttırdığını düşünmekteyiz. Öte yandan hemşireliğe yönelik toplumsal cinsiyetçiliğin devam ettiği de göz ardı edilmemiş olduğunu, toplumun bu konudaki tutumlarının hemşirelik mesleğini daha iyi tanımaları ve erkek hemşirelerin sağlık hizmetlerinde daha fazla yer almaya başlamasıyla zamanla değişebileceğini düşünmekteyiz. Erkek hemşirelerden bakım almak istemeyen bireylerin de geleneksel olarak hemşireliğin ağırlıklı olarak kadınlara ait olması onun kadın mesleği olarak görülmesine de neden olabilir (32).

Çalışmada öğrencilerin % 35.3'ü erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerini normal bulduklarını ifade ederken, % 13.3'ü erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerini komik bulmaktadır. Hemşirelik mesleğine erkeklerin katılmasıyla mesleğin statüsünün yükseleceğini düşünenlerin oranı % 26.1 ve fiziksel güç gerektiren uygulamalarda bayan hemşirelere destek olabileceklerini düşünenlerin oranı ise % 4.0'dir. Erkeklerin hemşirelik mesleğini tercih ettiklerinde yaşayabilecekleri güçlükler konusunda öğrencilerin % 60.3'ü erkek hemşirelerin hastalar tarafından kabul görmeyebileceklerini düşünürken % 22.7'si de erkek hemşirelerin sağlık kurumlarında bütün kliniklerde çalışamayacaklarını öngörmektedir. Koç ve ark. yaptığı çalışmada yatarak tedavi gören hastaların % 51.2'sinin erkek hemşirelerin sağlık bakım hizmetlerinde uygulayıcı pozisyonda çalışabileceklerini ifade ettiği, hastalara erkek hemşirelerin hangi servislerde görev alabilecekleri sorulduğunda ise % 77.5'i acilde ve % 18,8'i de kadın-doğum kliniğinde görev yapacağını belirtmesine karşın (27), Taşçı ve ark. yaptığı çalışmada kadın doğum servisinde yatan hastaların çoğunluğunun erkek hemşire istemediklerini belirtmesi (29), mühendislik öğrencilerinin verdiği yanıtı doğrulamaktadır. Kocaer ve ark., hemşire akademisyenlerin % 89'u hemşireliğe erkeklerin alınması "hemşirelik mesleğinin statüsünü arttırır" cevabını verdiklerini saptamış olması (16), çalışma sonuçlarının literatür tarafından desteklendiğini göstermektedir. Bu doğrultuda ülkemizde çok yeni olan erkek hemşirelerin topluma faydaları, hemşirelik mesleğine kazandırdıkları zamanla anlaşılacağını düşünmekteyiz.

Literatürde ilk erkek hemşirelerin askeri birliklerde yer aldığı ve sayılarının giderek diğer sağlık alanlarında da arttığı bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde orduda yer alan erkek hemşirelerin % 35.5'inin kara kuvvetlerinde, 30% 'unun hava kuvvetlerinde, 36% 'sının ise deniz kuvvetlerinde yer aldığı bildirilmektedir. Yine diğer sağlık alanları değerlendirildiğinde; erkek hemşirelerin 40% 'ının ameliyathane hemşiresi olarak, 34% 'ünün acil hemşiresi olarak, 29% 'unun yoğun bakım hemşiresi olarak, 39% 'unun ise dahili ve

cerrahi kliniklerinde klinik hemşiresi olarak çalıştığı bildirilmektedir (33). Ülkemizde erkek hemşirelerin hangi kliniklerde çalıştırıldıklarına ilişkin yapılan yeterli sayıda çalışma ile karşılaşılmamasına karşın, erkek hemşirelerin özellikle güç gerektiren ortopedi, yoğun bakım ya da acil servislerde çalıştırıldığı düşünülmektedir. Bu bağlamda erkek hemşirelerin istihdamlarına ilişkin düzenlemelerin yapılması gerekliliği kanaatindeyiz.

Çalışmada öğrencilerin % 73.3'ü erkek hemşirelere "hemşir" denmesi gerektiğini, % 40.2'sinin erkek hemşire ile ilk kez karşılaştığında tepki vermeyeceğini, % 18.1'inin şaşıracağını ve öğrencilerin % 35.5'inin erkek hemşirelerin "kibar, nazik, yardımsever ve sabırlı olması" gibi özelliklerinin olması gerektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4). Ünsal ve ark. katılımcıların % 58.5'inin erkek hemşirelere nasıl hitap edileceğini bilmediğini % 21.4'ünün bayan hemşirelere olduğu gibi hemşire, erkek hemşir (% 10.2), sağlıkçı (% 4.6), hemşo (% 1.6), beyefendi (% 1.3), birader, hastabakıcı, hemşbay (% 0.6), şifaer, hemşmen (% 0.3) gibi pek çok hitap şeklinin de kullanılabileceğini, Kocaer ve ark.(2004), çalışmasında "hemşire" (% 52.8), "hemşir" (% 22.4), "sağlık memuru" (% 4.7) gibi yanıtlar verdiklerini, % 15.7'sinin ise bu konuda görüş bildirmediğini saptamıştır (16,17). Yapılan çalışma sonuçlarının bulgumuz ile benzer olduğu görülmektedir. Çalışmalarda erkek hemşireler için sıkça kullanılmaya çalışılan, hemşireye en yakın kelime ve farklı bir cinsiyeti ifade edebileceği düşünülen hemşir kelimesinin yapılan incelemelerde Türk Dil Kurumu'na göre hiçbir anlamı olmadığı görülmüştür (34). Diğer yandan hemşirelik Kanunu'nda ise cinsiyet ayrımı yapılmaksızın erkeklerin de hemşire olabileceği belirtilmiş fakat hitap şekliyle ilgili herhangi bir ifade bulunmamaktadır (35). Erkek hemşirelere bayan hemşirelere olduğu gibi hemşire kelimesi ile hitap edilecek ama bu hitap şekli zamanla toplumumuza yerleşeceğini düşünmekteyiz.

Hemşirelik mesleğinde erkek hemşire sayısı her geçen gün artmaktadır. Çalışmada mühendislik öğrencilerinin erkek hemşireler hakkındaki düşüncelerinin olumlu olduğu saptanmasına karşın hemşirelik mesleğine ve erkek hemşirelere yönelik toplumun bilinçlendirilmesine yönelik programlar düzenlenmesi gerekliliği ortadadır. Bu amaçla, toplum, cinsiyetin hemşirelik bakımının kalitesini etkileyen bir faktör olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir. Mesleği toplumdaki statüsünün daha iyi tanıtılmasına yönelik girişimlerde profesyonel meslek üyelerinin yer alması, kitle iletişim araçlarından yararlanılarak tanıtıcı programların düzenlenmesi, toplumun erkek hemşireliğe ve hemşireliğe ilişkin bakış açıları ve etkileyen faktörlere yönelik daha fazla sayıda araştırma planlanması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Kaya N. Ramotoid Artritli Bireyin Hemşirelik Bakımı. İstanbul Üniversitesi FNHYO Hemşirelik Dergisi 2006; 15(57): 67-88.
2. Özpancar N, Aydın N, Akansel N. Hemşirelik 1. Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi. C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(3):9-17.
3. Çınar N, Şahin S, Sözer C, Cevahir R, Akbudak Ö. Erkek Öğrencilerin Hemsirelik Mesleğini Tercih Nedenleri ve Öğrencilere Göre Hastaların Tepkisi ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2011; 6 (17):13-24.
4. Bozkır G, Taşçı N, Arsak A, Balgı Ö, Kaya E, Güngör N, Pekmezci K, İktu F, Kavlu B, Çelik S. Genel Lise Son Sınıf ve Sağlık Yüksekokulu'ndaki Erkek Öğrencilerin Hemşireliğe Bakışı, Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi 2008;8(1): 12-19.
5. Tortumluoğlu G, Akyıl R, Karanlık A, Aldaç R, Turaneri E, Yılmaz A. Erzurum İlindeki Bireylerin Hemşireler İle İlgili Görüş ve Beklentileri. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(1):10-19.
6. Kaya N, Turan N, Öztürk A. Türkiye'de Erkek Hemşire İmgesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011; 8(1): 17-30.
7. Tezel A, Akpınar BA, Yurttaş A, Çelebioğlu A. Hastalar Erkek Hemşireleri Kabul Edecekler mi? Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2008; 16: 13-18.
8. Turan N, Öztürk A, Kaya H, Atabek Aştı T. Toplumsal Cinsiyet ve Hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011;4(1):167-173.
9. Resmi Gazete. Sayı: 8647. 02.03.1954 tarih ve 6283 nolu Hemşirelik Kanunu. Erisim tarihi: 11.04.2013.
10. Resmi Gazete. Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erisim tarihi: 11.04.2013.
11. Arthur D, Randie J. The Professional Self-Concept Of Nurses: A Review Of The Literature From 1992-2006. Australian Journal of Advanced Nursing 2007; 24(3): 60-64.
12. Çınar Ş, Demir Y. Toplumdaki Hemşirelik İmajı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(2): 24-33.
13. Natan MB. Effects Of Nursing Education On The Image Of Nursing As A Profession In Israel. International Journal of Nursing Education Scholarship 2009; 6(1): 38.
14. Tzeng HM. Testing A Conceptual Model Of The Image Of Nursing In Taiwan. International Journal of Nursing Studies 2006;43(6): 755-765.

15. Sarıtaş S, Karadağ M, Ayar D. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Erkek Hemşireyi Algılama Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 4. Uluslar arası 11. Ulusal Hemşirelik Kong. Kitabı. Tübitak, 223. Ankara, 2007. Pp 223.
16. Kocaer Ü, Öztop T, Usta N, Gökçek D, Bahçecik N, Öztürk H, Paslı E. Hemşirelik Mesleğinde Erkek Üyelerin Yeri. Atatürk Üniv. HYO Derg 2004; 7(2):23-29.
17. Ünsal A, Akalın İ, Yılmaz V. Farklı Meslek Çalışanlarının Erkek Hemşirelere İlişkin Görüşleri, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7(1):421-431.
18. Erdem DA, Oguz NY. Klinik Etik, Klinik Uygulamalarda Etik Sorunlar. Nobel Tıp Kitabevi, 2001, İstanbul.p 67.
19. Evans J. Men In Nursing: Exploring The Male Nurse Experience. Nursing Inquiry 1997; 4(2):142-145.
20. Tan M, Şentürk Ö, Yuncu S, Yıldız Ö. Üniversite Öğrencilerinin Hemşireliğe Bakış Açılıarı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10(1): 1:22-29.
21. Emiroğlu N. Sağlık Personelinin Ve Toplumun Hemşirelik İmajı. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2000;2(1): 9-18.
22. Işık Andsoy I, Güngör T, Bayburtluoğlu T. Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hemşireliği Tercih Etme Nedenleri ve Mesleğin Geleceği İle İlgili Görüşleri, Balıkesir Sağlık Bil Derg 2012;1(1): 124-130.
23. Göz F, Erkan M. Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Mesleki Düşünce Görüş ve Sorunları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(2): 37-50.
24. Koç Z, Sağlam Z. Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri ve Mesleği Seçme Durumlarının Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(3): 1-11.
25. Şirin A, Öztürk R. Bezci G, Çakar G, Çoban A. Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi ve Mesleği Uygulamaya Yönelik Görüşleri, Dirim Tıp Gazetesi 2008; 83: 69-75.
26. Barkley TW. Kohler PA. Is Nursing's Image A Deterrent To Recruiting Men Into The Profession? Male High School Students Respond. Nurs Forum 1992; 27(2):9-14.
27. Koç Z, Bal C, Sağlam Z. Hastanede Yatarak Tedavi Görmekte Olan Hastaların, Erkeklerin Hemşirelik Mesleğine Katılımları İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı 2010; 325-329.

28. Özbaşaran F, Taşpınar A, Çakmakçı A. Hastalar Kendilerine Bakım Verenlerin Cinsiyeti Konusunda Ne Düşünüyorlar?. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;5(2).
29. Taşçı KD. Kadın Doğum Servislerinde Yatan Hastaların Erkek Hemşireler Hakkındaki Düşünceleri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10(2): 12-19.
30. Evans J. Men Nurses: A Historical And Feminist Perspective. J Adv Nurs 2004;47(3):321-328.
31. Meadus RJ, Twomey JC. Men In Nursing: Making The Right Choice. Can Nurse 2007; 103(2): 13-16.
32. Kleinman CS. Understanding And Capitalizing On Men's Advantages In Nursing. J Nurs Adm 2004;34(2):78-82.
33. Historyof Male Nurses, <http://www.malenursemagazine.com/historyofmalenurses.html>. (erişim tarihi: 14.04.2012)
34. Türk Dil Kurumu (2012). Hemşire, [http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=veritbn&kelime\\_sec=152908](http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=veritbn&kelime_sec=152908). (erişim tarihi: 01 Mart 2013).
35. Türk Hemşireler Derneği (2012). Hemşirelik Kanunu. [http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/in dex.php?page=wm\\_hemkan](http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/in dex.php?page=wm_hemkan). (erişim tarihi: 01 Mart 2013).

## EBELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN EBELİK MESLEĞİNDE ERKEKLERİN YER ALMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ\*

Funda YILDIRIM<sup>1</sup> Pelin ÇELİK<sup>1</sup> Cansu ÖZMEN<sup>1</sup> Sedef EROL<sup>1</sup>  
Zehra Demet ÜST<sup>2</sup> Hava ÖZKAN<sup>3</sup>

### ÖZET

Ebelik; eski çağlardan beri akıllı, becerikli kadınların üstlendiği bir görev olmuş ve dünyanın her yerinde ebe, doğuran kadının yanında olmuştur. 18. yy.'da erkek doğum hekimlerinin acil ve zor doğumlarda girişimde bulunmaya başlamasıyla ebelik mesleğinde cinsiyet ve rollerde değişim başlamıştır.

Bu araştırma, öğrencilerin ebelik mesleğinde erkeklerin yer almasına ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma; ebelik bölümünde okuyan 184 öğrenciden araştırmaya katılmayı kabul eden 160 öğrenci ile 09-20 Ocak 2012 tarihleri arasında tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Veri toplamada, öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ve araştırmacılar tarafından oluşturulan “ Ebelik Mesleğinde Erkek Ebelerin Yer Almasına İlişkin Görüşlerini ” içeren itemlerden oluşan anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılım kullanılmıştır.

Öğrencilerin %26.9'unun ikinci sınıf öğrencisi olduğu, %62.5'inin ebelik mesleğini isteyerek seçtiği saptanmıştır. Öğrencilere “ülkemizde öğrenim gören erkek ebe adayı var mıdır?” itemine %100'ünün hayır dediği, “ebelik hem kadınların hem de erkeklerin yapacağı bir meslek midir?”ve “cinsiyet ebelik mesleğinde önemli midir?” itemlerine %51.2'sinin evet, “ebelik mesleğinde erkekler de olmalı mıdır?” itemine %50.6'sının evet cevabını verdikleri belirlenmiştir. “Erkeklerin ebe olmasını ister misiniz?” itemine %52.5'inin hayır, “hastaneye yattığınızda erkek ebeğin bakım vermesini ister misiniz?” itemine %72.5'inin hayır dediği görülmüştür.

Araştırma sonucunda; ebe adaylarının büyük çoğunluğunun, ebelik mesleğinde erkek ebelerin yer alması konusunda olumlu düşündüğü ancak, erkek ebeden bakım alma konusunda olumsuz düşüncelere sahip oldukları belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Erkek Ebe, Meslek, Sağlık

---

\*Bu araştırma, 11-13 Nisan 2012 tarihleri arasında Malatya'da düzenlenen 3. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğrencileri

<sup>2</sup>Araş. Gör. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

<sup>3</sup>Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

**İletişim/ Corresponding Autor:** Hava ÖZKAN

**Tel:** 05323300036 **e-posta:** havaorhan67@hotmail.com

# **MIDWIFERY STUDENTS'S VIEWS ON INVOLVING MEN MIDWIFE IN MIDWIFERY PROFESSION**

## **ABSTRACT**

Midwifery has been a task assumed by smart and talented women since the ancient times and midwives have been nearby the women in labour. In 18th century, male obstetricians started to make interventions in urgent and difficult labours and therefore gender and roles began to change in midwifery profession.

This research was conducted to evaluate the opinions of students about involvement of the male midwives in midwifery profession.

This research was carried out in a descriptive fashion on 160 out of 184 midwifery students who accepted to take part in the study between 09<sup>th</sup>-20<sup>th</sup> January 2012. In data collection, a questionnaire form prepared by there searchers including "items about male midwives" and descriptive characteristics of students were used. Percentage distribution was made for evaluation of the data.

It was found out that 26.9% of the students were sophomore students and 62.5% chose the midwifery profession willing fully. When asked, 100% of students said "No." To the item: "Is there any male midwifery students in our country?"; 51.2% of them said "Yes" to the item: "Is midwifery a profession that could be made by both women and men and is gender important in midwifery profession?", 50.6% said "Yes" to the item "Should there be male midwives in midwifery profession?". It was also found out that 52.5% said "No" to the item "Would you want men to become midwives?" and 72.5% said "No" to the item "Would you like to receive care from male midwives when hospitalized?"

As a result of the study, it was seen that the majority of the students thought affirmatively about involvement of male midwives in midwifery profession however they had negative ideas about receiving care from male midwives.

**KeyWords:** Male Midwife, Occupational, Health



## GİRİŞ

Meslek; belirli bir eğitim sonucu kazanılan, bireylerin yaşamını sürdürmek için yaptıkları, kuralları toplumca belirlenen bilgi ve becerilere dayalı etkinlikler bütünüdür. Bireylerin yaşamında önemli bir olay olan ve toplumların gelişmesine önemli oranda katkı sağlayan meslek seçimi, bireyin değişim ve uyumu yaşadığı, kimliğini ve kişiliğini bulmaya çalıştığı ergenlik dönemi içinde gerçekleşir (1, 2).

Meslek seçimi, kişinin birçok meslek türleri arasından kendi kişiliğine, özelliklerine ve yeteneklerine en uygun olduğunu düşündüğü ve kendisine doyum sağlayacağına inandığı işe yönelmesidir. Günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte her geçen gün meslek sayıları artmakta ve kişilerin kendilerine uygun mesleği seçmeleri de zorlaşmaktadır (3).

Ebelik ve hemşirelik, tüm dünyada kadınların baskın olduğu mesleklerdendir. İnsanoğlunun var oluşu ile başlayan ebelik ve hemşirelik, kadının şefkatli, şifa verici rolü ve doğasında bulunan fedakârlık ile özdeşleşmiştir (4, 5, 6).

Ebelik mesleği, özellikle doğum öncesi, sırası ve sonrası annenin bakım ve takibinde etkin rol alan sağlık bakım mesleklerinden biridir. Kadınlar doğum eylemi esnasında her zaman bir başkasından destek ve bakım almaya ihtiyaç duymaktadır. Ebelik, en eski çağlardan beri akıllı, becerikli kadınların üstlendiği bir görev olmuş ve dünyanın her yerinde ebe, doğuran kadının yanında bulunmuştur. Ebelik, yıllarca anneden kıza geçen bir meslek olmuştur. Bir bebeğin dünyaya gelmesine yardımcı olmak, doğum ağrısı çeken bir annenin acısını dindirmek, aileye istek ve özlemle beklenen birinin katılımına yardımcı olmak, ebelerin toplum içinde saygın bir yer edinmesini sağlamıştır (7). 1750'den önce özellikle şehir ebeleri için, bilgi ve uygulama bakımından doktorlardan daha iyi oldukları söylenmiş ancak daha sonra erkek doğum hekimlerinin acil ya da zor doğumlarda girişimde bulunmaya başlamasıyla ebelik mesleğinde cinsiyet ve rollerde değişim başlamıştır (8, 9, 10, 11). Yapılan literatür taraması sonucunda ebelik mesleğinde erkeklerin yer almasına ilişkin çalışmalara rastlanılmamıştır. Ancak bu gün ülkemizde yükseköğretimde (Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde) erkek ebe adayının eğitime başlamış olması, erkeklerin ebelik mesleğini seçebileceklerini göstermektedir. Meslekte erkeklerin yer alması ve bu durumun mesleğe getirisi ancak zaman içerisinde görülecektir. Benzer mesleklerden olan hemşirelik mesleğinde de hemşirelik eğitiminin ilk yıllarında hemşire okullarına erkek öğrenciler alınmıştır. Fakat erkek öğrencilerin bir kadın mesleğinin üyesi olmaktan duydukları rahatsızlıkları nedeniyle farklı bölümlere aktarılmış ve zaman içerisinde bu bölüme erkek

öğrencilerin alınması durdurulmuştur (12). 2007 yılında hemşirelik kanunu onayı ile hemşirelik okullarına yeniden erkek öğrenciler alınmaya başlanmıştır. Hemşireliğin sağlıklı/hasta bireylerin, ailelerin, toplumun sağlık bakım sisteminde gelen taleplerini etkileyen ve sağlık sistemi içerisinde giderek güçlenen profesyonel bir meslek olması erkeklerin bu mesleğe ilgisini artırmaktadır (13).

Bu araştırma, ebelik bölümü öğrencilerinin mesleklerinde erkeklerin yer almasına ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### **MATERYAL VE METOT**

Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümünde okuyan 184 öğrenciden, araştırmaya katılmayı kabul eden 160 öğrenci ile 09-20 Ocak 2012 tarihleri arasında tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Veri toplamada; öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerini içeren 7 soru ve araştırmacılar tarafından oluşturulan ebelik mesleğinde erkeklerin yer alması konusundaki görüşlerini değerlendiren 18 itemden oluşan anket formu kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce gerekli izin alınmış ve öğrencilere araştırma hakkında bilgi sunularak onamları alınmıştır. Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılım kullanılmıştır.

### **BULGULAR**

Araştırma sonucunda; öğrencilerin %51.2'sinin 21 ve üzeri yaşta olduğu, %25.6'sının 1. sınıfta okuduğu, %53.8'inin üniversiteye gelmeden önce il merkezinde yaşadığı, %62.5'inin ise ebelik mesleğini isteyerek seçtiği belirlenmiştir. Ülkemizde öğrenim gören erkek ebe adayı var mı?" sorusuna öğrencilerin %100'ünün hayır dediği belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo1: Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=160)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
18 yaş	17	10.6
19 yaş	30	18.8
20 yaş	20	19.4
21 yaş↑	82	51.2
<b>Sınıf</b>		
1	41	25.6
2	43	26.9
3	37	23.1
4	39	24.4
<b>Annenin Öğrenim Durumu</b>		
Okur-yazar Değil	35	21.9
İlkokul	94	58.8
Ortaokul	11	6.9
Lise	13	8.1
Üniversite	7	4.4
<b>Babanın Öğrenim Durumu</b>		
Okur-yazar Değil	4	2.5
İlkokul	73	45.7
Ortaokul	26	16.2
Lise	42	26.2
Üniversite	15	9.4
<b>Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşadığınız Yer</b>		
Köy	23	14.4
İlçe	51	31.9
İl	86	53.8
<b>Ebelik Mesleğine İsteyerek mi Geldiniz?</b>		
Evet	100	62.5
Hayır	60	37.5
<b>Ülkemizde Öğrenim Gören Erkek Ebe Adayı Var mı?</b>		
Evet	-	-
Hayır	160	100.0
<b>TOPLAM</b>	<b>160</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 2:** Öğrencilerin Ebelik Mesleğinde Erkeklerin yer almasına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı  
(N=160)

İfadeler	Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ebelik hem kadınların hem de erkeklerin yapacağı bir meslek midir?	82	51.2	71	44.4	7	4.4
Ebelik mesleğinde cinsiyet önemli midir?	82	51.2	74	46.2	4	2.5
Ebelik mesleğinde sadece kadınlar mı olmalıdır?	71	44.4	85	53.1	4	2.5
Ebelik mesleğinde erkekler de olmalı mıdır?	81	50.6	73	45.6	6	3.8
Erkekler ebelik mesleğini iyi yapabilir mi?	72	45.0	50	31.2	38	23.8
Erkeklerin ebe olmasını ister misiniz?	69	43.1	84	52.5	7	4.4
Ebelik uygulamalarda başarı cinsiyete bağlı olabilir mi?	52	32.5	88	55.0	20	12.5
Hastaneye yattığınızda kadın ebenin mi bakım vermesini istersiniz?	140	87.5	4	2.5	16	10.0
Hastaneye yattığınızda erkek ebenin mi bakım vermesini istersiniz?	18	11.2	116	72.5	26	16.2
Erkek ebeler hastane ortamında eğitim ebesi olarak görev alabilir mi?	92	57.5	44	27.5	24	15.0
Erkeklerin ebelik mesleğinde olması ebelik mesleğinde değişiklik oluşturabilir mi?	94	58.8	42	26.2	24	15.0
Erkeklerin ebelik mesleğinde olması ebelik mesleğinin kötüye gitmesine neden olabilir mi?	28	17.5	85	53.1	47	29.4
Erkeklerin ebelik mesleğinde olması ebelik mesleğini geliştirebilir mi?	81	50.6	38	23.8	41	25.6
Erkeklerin ebelik mesleğinde olması ebeliğin konumunda değişiklik yaratabilir mi?	111	69.4	28	17.5	21	13.1
Erkeklerin ebelik mesleğinde olması ebeliğin toplumdaki statüsünü geliştirebilir mi?	92	57.5	38	23.9	30	18.8
Erkeklerin ebelik mesleğini seçme nedeni ebelik mesleğine ilgi duyması olabilir mi?	34	21.2	76	47.5	50	31.3
Erkeklerin ebelik mesleğini seçme nedeni mezuniyet sonrası iş olanaklarının olması olabilir mi?	120	75.0	13	8.1	27	16.9
Ebelik mesleğinde erkek ebe olabilir mi?	82	51.2	63	39.4	15	9.4

## TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen bulguya göre ebelik bölümü öğrencilerinin %62.5'inin mesleği isteyerek seçtiği belirlenmiştir. Bu durum öğrencilerin mesleklerini sevdiğini ve meslekleriyle ilgili olumlu düşüncelere sahip olduklarını düşündürmektedir. Bunda özellikle mezuniyet sonrası iş olanaklarının fazla olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Şirin ve ark. yaptığı benzer bir çalışmaya göre de hemşirelik öğrencilerine meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri sorulmuş ve öğrencilerin yarısından çoğunun olumlu yanıt verdikleri belirlenmiştir (14). "*Ülkemizde öğrenim gören erkek ebe adayı var mı?*" itemine öğrencilerin %100'ünün "*hayır*" dediği belirlenmiştir (Tablo 1). Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sisteminde ebelik bölümü mevcut olan fakülte ve yüksekokullarda yüksek öğretim programlarının koşul ve açıklamalarında 78. maddeye göre erkeklerin tercih yapamayacağı belirtilmektedir (15). Ancak bu madde bölümün tercihinine göre Yüksek Öğretim Kurumu'na bildirilerek Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu'ndan kaldırılabilir. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sistemi'nde 2011 yılı kılavuzunda Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü programı koşul ve açıklamalarında 78. madde bulunmamaktadır (16). Adı geçen üniversitenin yönetiminden elde edilen sözlü bilgiye göre ebelik bölümüne 2011-2012 öğretim yılında bir erkek öğrencinin kayıt yaptırarak öğrenime başladığı bilgisine ulaşılmıştır.

Öğrencilerin ebelik mesleğinde erkeklerin yer almasına ilişkin görüşlerini yansıtan itemlere verdikleri cevaplara bakıldığında; öğrencilerin "*ebelik hem kadınların hem de erkeklerin yapacağı bir meslek midir?*" ve "*cinsiyet ebelik mesleğinde önemli midir?*" itemlerine %51.2'sinin evet dediği, "*ebelik mesleğinde erkekler de olmalı mıdır?*" itemine %50.6'sının evet dediği belirlenmiştir. Konuyla ilgili daha önceden yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Arıkan ve ark. yaptığı bir çalışmada hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin eğitimde ve mesleki alanda erkek hemşire adaylara bakış açısı değerlendirilmiş, öğrencilerin %70'i mesleği seçmelerinde cinsiyetin önemli olmadığı ve bunlarında %63.4'ü erkeklerin de hemşire olabileceklerini ifade etmişlerdir (17). Kaya ve ark. toplumun erkek hemşire imgesini belirlemek amacıyla yaptığı bir diğer çalışmada da bireylerin %62.6'sı hemşireliğin hem kadınların hem de erkeklerin yapabileceği bir meslek olduğunu belirtmiştir (6). Öğrencilerin "*Erkeklerinin ebe olmasını ister misiniz?*" itemine %52.5'inin ve "*hastaneye yattığınızda erkek ebenin bakım vermesini ister misiniz?*" itemine %72.5'inin hayır dediği bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular ebelik bölümü öğrencilerinin mesleklerinde erkeklerin yer

almasına ilişkin olumlu düşüncelere, ancak erkek bir ebeden bakım alma konusunda olumsuz düşüncelere sahip olduğunu göstermektedir. Bakım almadaki olumsuz düşüncelerin nedeninin kişilerin mahremiyet anlayışından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. “Erkeklerin ebelik mesleğinde olması ebelik mesleğinde değişiklik oluşturabilir mi?” itemine %58.8’inin evet, “erkeklerin ebelik mesleğinde olması mesleğinin kötüye gitmesine neden olabilir mi?” itemine %53.1’inin hayır, “erkeklerin ebelik mesleğinde olması ebelik mesleğini geliştirebilir mi?” itemine %50.6’sının evet, “erkeklerin ebelik mesleğinde olması ebeliğin toplumdaki statüsünü geliştirebilir mi?” itemine %57.5’inin evet dedikleri belirlenmiştir. Konuyla ilgili yapılmış benzer çalışmalara bakıldığında; Kaya ve ark. çalışmasında bireylerin %52.5’i erkek hemşirelerin olmasının meslekte herhangi bir değişime yol açmayacağını, %31.4’ü ise erkek hemşirelerin, hemşireliğin toplumsal statüsünün gelişimine katkı sağlamayacağı belirtilmiştir (6). Buna karşılık Arıkan ve ark. çalışmasında da öğrencilerin %69.6’sının mesleklerinde erkeklerin yer almasının hasta bakım kalitesinin artırılmasında etkili rol oynayacaklarını belirtmişlerdir (17). “Erkeklerin ebelik mesleğini seçme nedenleri mesleğe ilgi duyması olabilir mi?” itemine öğrencilerin %47.5’inin hayır dediği görülmüştür. Çınar ve ark. çalışmasında erkek öğrencilere hemşirelik mesleğini seçme nedenleri sorulduğunda öğrencilerin %65.0’ı iş bulma olanağı fazla olduğu için bu mesleği seçtiğini belirtmişlerdir (18). “Ebelik mesleğinde erkek ebe olabilir mi?” itemine öğrencilerin %51.2’sinin evet dediği belirlenmiştir. Araştırma bulgularını destekleyecek ebelik mesleğinde cinsiyeti ele alan yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Cinsiyete dayalı bir meslek olan hemşirelik mesleğinde erkeklerin yer almasına ilişkin Arıkan ve ark. yapmış olduğu araştırmada; hemşirelik öğrencilerine, erkeklerin hemşirelik yapıp yapamayacağı konusunda düşünceleri sorulmuş ve öğrencilerin %74.8’i yapabileceklerini ifade etmişlerdir (17). Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sınavı 2007 Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu’nda hemşirelik mesleğini seçme noktasında cinsiyet belirten 78. maddenin kaldırılması erkeklerin mesleği seçmesini kolaylaştırmıştır (19).

Araştırma sonucunda; ebe adaylarının ebelik mesleğinde erkek ebelerin yer alması konusunda büyük çoğunluğun olumlu düşündüğü, ancak erkek bir ebeden bakım alma konusunda olumsuz düşüncelere sahip oldukları belirlenmiştir. Gerek ebelik bölümü öğrencileri gerekse içinde bulunduğumuz toplum, meslekte başarının ve bakım kalitesinin cinsiyete bağlı olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir. Bu gün ülkemizde yükseköğretimde

erkek ebe adayının eğitime başlamış olması erkeklerin, ebelik mesleğini seçebileceklerini düşündürmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Yanikkerem E, Altınparmak S, Karadeniz G. Gençlerin Meslek Seçimini Etkileyen Faktörler Ve Benlik Saygıları: Manisa Sağlık Yüksekokulu örneği. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004; 7(2): 60-67.
2. Çakmakçı A, Aycan N. Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğine Bakış Açıları İle Mesleği Tercih Etme Durumları, Manisa Örneği. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003; 6(1): 33-42.
3. Sarıkaya T, Khorsid L. Üniversite Öğrencilerinin Meslek Seçimini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi: Üniversite Öğrencilerinin Meslek Seçimi. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2009; 7(2): 393-423.
4. Tezel A, Akpınar R, Yurttaş A, Çelebioğlu A. Hastalar Erkek Hemşireleri Kabul Edecekler Mi? Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2008; 16 (1):13-18.
5. Yavuz M, Dramalı A. Erkek Öğrencileri İçeren Hemşirelik Eğitimi. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, Kıbrıs,1997; 234-237.
6. Kaya N, Turan N, Öztürk A. Türkiye’de Erkek Hemşire İmgesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011; 8(1): 16-30.
7. Ay AF. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. ISBN: 978-975-420-788-0. İstanbul-2011. ss: 21-25.
8. Page LA Exploring New Worlds of Midwifery. Sandall J, Percival P, Stevens T. The New Midwifery. St Louis: Churchill Livingstone-2000. ss:155-167.
9. Kate Sheppard Midwifery. Midwifery in New Zealand. <http://www.ksmidwifery.co.nz/history.shtml> Erişim tarihi: 20.12.2011
10. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin Doğası Ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008;1(2): 54-59.
11. Korkmaz N. Yeni Zelanda’da Ebelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(2): 76-80.
12. Vural G. Liderlik Ve Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1997; 1(1): 15-22.

13. Feldman HR, Greenberg MJ. Educating Nurses for Leadership. . Springer Publishing Company, ISBN: 13: 9780826126641 USA-2005. pp: 258–265.
14. Şirin A, Öztürk R, Bezci G, Çakar G, Çoban A. Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi ve Mesleği Uygulamaya Yönelik Görüşleri. Dirim Tıp Gazetesi 2008: 83:69-75.
15. 2012 ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu  
<http://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2012/OSYS/2012OSYSKONTKILAVUZ.pdf>21.20  
Erişim Tarihi: 28.12.2012.
16. 2011 ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu  
<http://www.osym.gov.tr/dosya/1-57952/h/2011tablo4-2172011.pdf>21.45  
Erişim Tarihi: 28.12.2012.
17. Arıkan D, Karaman Z, Yağcı G. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Eğitimde Ve Mesleki Alanda Erkek Hemşire Adaylara Bakış Açısı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 3(1): 36-43.
18. Çınar N, Şahin S, Sözeri C, Cevahir R, Akburak Ö. Erkek Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğini Tercih Nedenleri ve Öğrencilere Göre Hastaların Tepkisi ve Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2011;17(6):15-25.
19. 2012 ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu  
<http://www.osym.gov.tr/belge/1-8309/2007-osys-yuksekokretim-programlari-ve-kontenjanlari-ki-.html> Erişim Tarihi: 28.12.2012.



## YÜKSEK PROTEİNLİ DİYET AKIMLARININ VÜCUT AĞIRLIĞININ KORUNMASI VE SAĞLIK ÜZERİNE KISA VE UZUN DÖNEMLİ ETKİLERİ

Semra NAVRUZ<sup>1</sup>, Nilüfer ACAR TEK<sup>2</sup>

### ÖZET

Dünyada birçok kişi vücut ağırlığını azaltmak veya korumak için çeşitli beslenme uygulamaları yapmaktadır. Bu amaçla oluşturulan diyet rejimlerinin tokluğu artıran çeşitli mekanizmaları uyararak vücut ağırlığı kontrolü sağlayacağı ileri sürülmektedir. Bu diyetler arasında en popüler olanı karbonhidrat alımının azaltılmasını önerenlerdir. Batılı toplumlarda görülen; genellikle yüksek yağlı diyetten kaçınmayı amaçlayan uygulamalar, yüksek protein alımını teşvik etmektedir. Yüksek proteinli bir diyetin ne olduğuna dair genel bir fikir birliği yoktur; besin endüstrisinde, toplam enerjinin proteinden gelen oranı %20'den fazla olduğunda "protein bakımından zenginleştirilmiş" terimi kullanılmaktadır. Vücut ağırlığı kaybı çalışmalarındaki yüksek proteinli diyetler sıklıkla proteinden sağlanan enerji oranının %30'unu oluşturan diyetleri işaret etmektedir. Bu yazıda yüksek proteinli diyetlerin kısa ve uzun dönemdeki vücut ağırlığı ve vücut bileşimi değişiklikleri, vücut ağırlığı kaybından sonra tekrar kazanımı üzerine etkileri ve potansiyel yan etkileri (kardiyovasküler hastalık riski, kan basıncı ve kan lipitleri, gastrointestinal etkiler, antioksidan durumu) irdelenmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Yüksek Proteinli Diyet, Vücut Ağırlık Kaybı, Vücut Bileşimi, Sağlık Etkileri.

<sup>1</sup> Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Araştırma Görevlisi

<sup>2</sup> Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Doçent Doktor

**İletişim/ Corresponding Author:** Semra NAVRUZ

**Tel:** +90 312 2162614 **e-posta:** semranavruz@gazi.edu.tr

**Geliş Tarihi / Received:** 09.04.2013

**Kabul Tarihi / Accepted:** 25.11.2013

## **SHORT AND LONG-TERM EFFECTS OF HIGH PROTEIN DIET MOVEMENTS ON THE MAINTENANCE OF BODY WEIGHT AND HEALTH**

### **ABSTRACT**

Many people around the world are following various nutritional practices to reduce or maintain their body weight. It has been claimed that diet regimes developed for this purpose will enable body weight control by stimulating a variety of mechanisms that increase satiety. The most popular of these diets are the ones that recommend the reduction of carbohydrate intake. Practices observed in Western societies and often aimed at avoiding high-fat diets promote high protein intake. There is no general consensus on what is a high protein diet; but in the food industry, the term "protein enriched" is used when more than 20% of the total energy comes from protein. High-protein diets in body weight loss studies often indicate diets in which 30% of the energy is obtained from protein. In this article, the effects of high-protein diets on the short and long-term changes in body weight and body composition, the body weight regain after loss, and the potential side effects (risk of cardiovascular disease, blood pressure and blood lipids, gastrointestinal effects, antioxidant status) are examined.

**Key words:** High Protein Diet, Body Weight Loss, Body Composition, Health Effects.

## GİRİŞ

Şişmanlık prevalansı artan, kronik zeminde gelişen, tekrar edebilen nörokimyasal bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), şişmanlığı endemik bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlamış ve dünyadaki gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde şişmanlık prevalansındaki artışın, Amerika Birleşik Devletlerindeki benzerlik gösterdiğini belirtmiştir (1). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) sonuçlarına göre Türkiye’de obezite sıklığı %32’dir. Erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Genel olarak erişkin yaşlardaki Türk toplumunun 2/3’ü kilolu veya obezdir (2). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 (TBSA-2010) sonuçlarına göre tüm yetişkin bireylerde obezite görülme sıklığı %30.3, hafif şişmanlık görülme sıklığı %34.6, morbid obezite görülme sıklığı ise %2.9’dur. Ülkemizde yetişkin bireylerin erkeklerde sadece %38.7’si, kadınların ise %26.6’sı normal beden kütle indeksi (BKİ) değerlerine sahiptir (3).

Fazla kiloluluk ve obezite birçok yaygın kronik hastalık için risk faktörüdür. İnsülin direnci, glukoz intoleransı, insüline bağımlı olmayan şeker hastalığı, hipertansiyon, dislipidemi, koroner kalp hastalığı, inme, kalp yetmezliği, safra kesesi hastalıkları, osteoartrit, uyku apnesi, solunum yolu problemleri ve birçok kanser çeşidi şişmanlık ile seyreden sağlık sorunları olarak sıralanmaktadır (4). TURDEP-II çalışmasına göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13.7’ye ulaştığı görülmüştür (2).

Dünyada birçok kişi vücut ağırlığını azaltmak veya korumak için uğraşmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde şişmanlığın hızla artıyor olması zayıflama konusunu daha önemli bir hale getirmiştir. The Institute of Medicine (IOM), bireyler zayıflarken başlangıç ağırlıklarından %5 kadar kaybettiklerinde ve bunu 1 yıl boyunca koruduklarında uzun süreli vücut ağırlığı kaybetme sürecinde anlamlı bir başarı sağladıklarını bildirmektedir (5).

Ancak bilinen bir gerçekte bu kadar uzun süreli bir tedavi planının hastanın amacı ve beklentisi ile uyumlu olmadığı yönündedir. Bireyler daha hızlı zayıflamanın yolları ile daha yakından ilgilenmektedir. Hastaların zayıflarken beklentileri ve amaçları ile ilgili yapılan bir araştırmada; BKİ ortalaması  $36.3 \pm 4.3$  olan kadınlara hedefledikleri vücut ağırlıkları sorulmuştur. Kadınların çoğu şu anki vücut ağırlıklarından %32 kadar az bir vücut ağırlığına sahip olduklarında fiziksel olarak rahat olabileceklerini ifade etmişlerdir. Şişman bireylerin bu gerçekçi olmayan vücut ağırlığı beklentileri, bilimsel diyetler yerine daha hızlı zayıflama yöntemine dayalı diyetlere karşı bir ilgi oluşturacağı sonucuna dikkat çekmiştir (6).

Fiziksel aktivitenin artırılması aşırı enerji alımıyla baş etmenin yollarından biridir fakat diyetle aşırı enerji alımını azaltmak da bir o kadar önemlidir. Birçok diyet rejiminin tokluğu artıran çeşitli mekanizmaları uyararak vücut ağırlığı kontrolü sağladığı ileri sürülmektedir (7). Bu diyetler arasında karbonhidrat alımının azaltılması ilkesine dayananlar oldukça popülerdir. Batılı toplumlarda yüksek yağlı diyetten kaçınan ve yüksek protein alımını teşvik eden uygulamalar da görülmektedir (8).

Şişmanlığın prevalansı arttıkça basılan diyet kitaplarının sayısı da artmıştır. İnternette www.amazon.com web adresinden anahtar kelime olarak “high protein diet” ile yapılan taramada 5457 adet sonuç çıkmıştır. Atkin’s Diet, Protein Power, The Zone Diet en popüler örneklerdir. En çok satan The Atkin’s Diet adlı diyet kitabı yüksek yağ, düşük karbonhidratlı beslenme üzerine mesajlarını verirken bunu izleyen ikinci popüler diyet akımı The Zone Diet ise orta düzey yağ ve yüksek protein içermektedir (9).

Bu diyetlere bakıldığında verilen öneriler; Amerika Tarım Birliği (US Department of Agriculture-USDA), Sağlık ve İnsani Hizmetler Birliği (Department of Health and Human Services-HHS), Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health-NIH), Amerikan Diyet Akademisi (American Dietetic Academy-ADA), Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association-AHA), Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association-ADA) ve Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society-ACS) ile zıtlık göstermektedir. Bu nedenle bazı soruların cevabını bilimsel kanıtlarla bulmak önem kazanmaktadır.

- Popüler diyetler hakkında gerçek anlamda neler bilinmektedir?
  - Bilgiler bilimsel anlamda güvenilir midir?
  - Popüler diyetler zayıflama ve/veya vücut ağırlığının korunmasında etkili midir?
  - Etkili ise vücut bileşimi (yağ veya yağsız doku kütlesi), mikro besin ögesi (vitamin ve mineral) düzeyi, metabolik göstergeler (açlık kan şekeri, insülin duyarlılığı, kan basıncı, lipit profili, ürik asit ve keton cisimcikleri) üzerine etkileri nelerdir?
  - Bu diyetler açlık-tokluk, psikolojik durum, kronik hastalıkların (koroner kalp hastalığı, diyabet, osteoporozis vb.) riskini azaltıcı etkiye sahip midir?
  - Popüler diyetlerin uzun sürede enerji alımı ve harcamasındaki hormon regülasyonunu sağlayan leptin ve insülin düzeyleri üzerine etkileri nelerdir?
- (9)

Bu yazıda yüksek proteinli diyetlerin kısa ve uzun dönemdeki vücut ağırlığı ve vücut bileşimi değişiklikleri, vücut ağırlığı kaybından sonra tekrar kazanımı üzerine etkileri ve potansiyel yan etkileri (kardiyovasküler hastalık riski, kan basıncı ve kan lipitleri, gastrointestinal etkiler, antioksidan durumu) irdelenmektedir.

### **Yüksek Proteinli Diyet Nedir?**

Dikkate alınması gereken önemli bir faktör yüksek proteinli diyetin tanımlanmasıdır. Diyetin protein içeriğini belirlemenin farklı yöntemleri vardır. Diyetteki protein miktarı (g) belirlenir, proteinin toplam enerjiden gelen yüzde (%) oranı hesaplanır ya da vücut ağırlığının kilogramı başına alınan protein miktarı saptanabilir. Türkiye'ye özgü beslenme rehberinde önerilen enerjinin proteinden gelen oranı 1-3 yaş için %5-20, 4-18 yaş için %10-20, yetişkinler için ise yaklaşık olarak %10-15'dir (10). Dietary Reference Intakes'e (DRI) göre ise 1-3 yaş çocuklar için enerji alımının %5-20'si, 4-18 yaş için %10-30'u, yetişkinler için ise yaklaşık olarak %10-35'i kadardır (11).

Yüksek proteinli bir diyetin ne olduğuna dair genel bir fikir birliği yoktur; besin endüstrisinde, toplam enerjinin proteinden gelen oranı %20'den fazla olduğunda "protein bakımından zenginleştirilmiş" terimi kullanılmaktadır. Vücut ağırlığı kaybı çalışmalarındaki yüksek proteinli diyetler sıklıkla proteinden gelen enerjinin toplam enerjinin yaklaşık %30'unu oluşturmasını hedeflemektedir (12). Genelde, enerjinin proteinden gelen yüzdesi 15 den 30'a çıkarılarak ikiye katlanmaktadır. Bu tür zayıflama diyetlerinde diyetin toplam enerji miktarı azaltıldığı için diyetle alınan protein miktarı aslında 2 kat artmamaktadır. Proteinin gram/gün artışı yaklaşık %20 oranında olmaktadır (12). Tablo 1'de yüksek proteinli diyetlerden birkaçının makro besin ögesi bileşimi değerlendirilmiştir.

The Institute of Medicine rehberleri sağlıklı bir diyetten daha yüksek miktardaki protein alımına izin vermektedir. Bu enstitü yüksek protein alımıyla böbrek taşları, osteoporoz, kanser ya da kardiyovasküler hastalık riskinin arttığına dair net bir kanıt olmadığı sonucuna varmıştır. Gereksinimi karşılamak için IOM'a göre kabul edilebilir protein alımı 1-3 yaş grubundaki çocuklar için enerjinin %5-20'si, 3-18 yaş grubu için %10-30'u ve yetişkinler için %10-35'i olarak belirlenmiştir. Ancak enerji kısıtlanmasında ve vücut ağırlığı kaybının sağlanmasında protein kaynaklı tokluğu en üst düzeyde tutacak protein miktarının ne kadar olduğu ya da diyetin enerji yoğunluğunun bununla ilişkili olup olmadığı belirtilmemiştir (13).

**Tablo 1.** Uygulanan Diyetlerin Makro Besin Ögesi Bileşimi (%) Değerlendirilmesi

<b>Diyetin tipi</b>	<b>Yağ (% Enerji)</b>	<b>Karbonhidrat (% Enerji)</b>	<b>Protein (% Enerji)</b>
Yüksek yağ düşük karbonhidrat içeren diyet	55-60	<20 (<100)	25-35
Orta düzey yağ ve dengeli diyet örüntüsü	20-30	55-60	15-20
Düşük ve çok düşük yağ içeren diyet	<10-19	>65	10-20
<b>Yüksek protein düşük karbonhidrat içeren diyetler</b>			
Atkins diyeti, geçiş fazı*	59	5	36
Karatay diyeti	58	12	30
Zone diyeti	30	40	30

\* Atkins diyeti geçiş fazını karbonhidratlardan gelen enerjinin %19'a kadar artırıldığı devam etme fazı ve sürdürme fazı takip eder

Astrup A, Larsen TM, Harper A. Atkins and other low-carbohydrate diets: hoax or an effective tool for weight loss? Lancet 2004; 364: 897-99.

Feedman MR, King J, Kennedy E. Popular Diets: Scientific Review. Obesity Research 2001; 9(S1): 1S-40S2.

Yüksek proteinli zayıflama diyetleri ve özellikle düşük karbonhidratlı diyet kombinasyonlarının etkisi ve güvenilirliği de sorgulanmaktadır (14). Düşük karbonhidratlı ya da çok düşük karbonhidratlı diyetler karbonhidrat alımı <20 g/gün düştüğünde ketojenik diyetler olarak tanımlanmakta ve keton cisimleri oluşmaktadır. Bu cisimler  $\beta$ -hidroksi bütirat ve asetoasetattır. Karaciğer tarafından beyin için alternatif bir enerji kaynağı olarak üretilirler. Bu tip diyetler açlık sırasında karbonhidratlar yerine yağların yakılması için vücudu uyarır ve keton cisimlerinin kanda artmasına, kanın PH'sının düşmesine ve ilerleyen süreçte ketoasidoza bağlı kan basıncında aşırı düşme, şok ve bilinç kaybı gibi olumsuz durumlara neden olmaktadır. İştah kontrolü ya da metabolik avantajlar yönünden yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetlerin (ketojenik diyetler) yüksek protein-orta derecede karbonhidratlı diyetlere göre bir üstünlüğünün olmadığı belirtilmektedir (8).

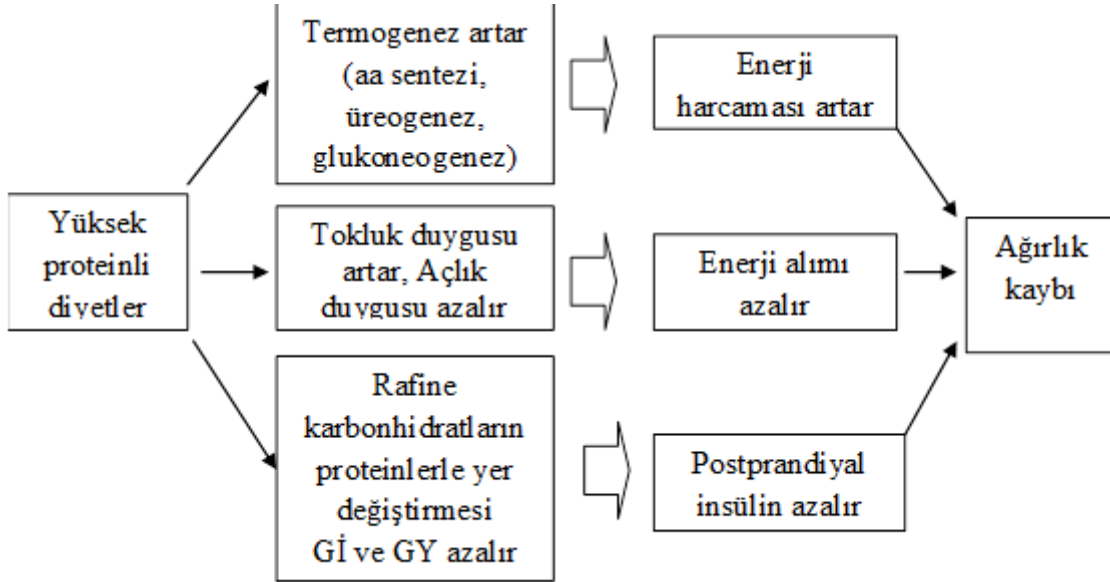
## **I. YÜKSEK PROTEİNLİ ZAYIFLAMA DİYETLERİNİN ETKİSİ**

### **A. Kısa Dönemli Vücut Ağırlığı Ve Vücut Bileşimi Değişiklikleri**

Genel olarak yüksek proteinli diyetlerin düşük proteinli diyetlere kıyasla kısa vadede (6 ay içinde) vücut ağırlığı kaybı sağladığına dair bazı kanıtlar vardır. Bazı araştırma verileri yüksek proteinli diyetin zayıflamadaki etkisinin tokluk oluşturması dolayısıyla besin alımının

azalması ve termogenesizin artmasıyla ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (15). Şekil 1’de görüldüğü gibi bu mekanizmaların birlikte çalıştığı bildirilmiştir.

**Şekil 1.** Yüksek Proteinli Diyetlerin Vücut Ağırlığı Kaybındaki Potansiyel Mekanizması



(Gİ: Glisemik İndeks, GY: Glisemik Yük, aa: aminoasit)

Hu FB. Protein, body weight, and cardiovascular health. Am J Clin Nutr 2005; 82 (suppl): 242–7.

Yüksek proteinli diyetle 4 hafta süreyle ad-libitum (enerji kısıtlaması olmadan istenildiği kadar) beslenen, bu süre içinde fiziksel aktivite düzeylerinde değişiklik yapılmayan bireylerde sağlık profesyonellerinin önerdiği zayıflama hızına uygun olarak haftada 1 kg civarında bir ağırlık kaybı görülmüştür (16). Vücut ağırlığı kaybının bir sonucu olarak vücut bileşimi, kan basıncı ve sağlık göstergelerinde olumlu iyileşmeler görülmektedir. Enerji kısıtlanması ve ağırlık kaybı sırasında vücut yağ kütledeki (kg) azalma ve yağsız kütle (kg) korunması diyet bileşiminin proteinden zengin oluşuyla ilişkilendirilmiş ve daha sonraki bir çalışmada rapor edilmiştir (16, 17). Genel olarak, yüksek proteinli diyetlerin azalan karbonhidrat miktarıyla birlikte daha iyi yağ kaybı ve göreceli olarak daha az yağsız kütle kaybıyla ilişkili olduğu kabul edilmektedir (12). Yüksek ve düşük proteinli diyetler karşılaştırıldığında, ağırlık kaybında önemli bir fark görülmeyen 8 çalışmanın incelendiği bir metaanaliz çalışmasına bakıldığında bu çalışmaların yarısının genellikle kısa süreli (10 hafta ve daha az) ve küçük örneklemlili (6-35 kişi) çalışmalar olduğu görülmüştür (18).

Kısa dönemli 87 çalışmanın incelendiği bir meta regresyonda protein alımı yüksek ve düşük olarak gruplandığında yağ kütlesi ve vücut kütlesi kaybı üzerine protein alımının önemli bir etkisi görülmemiştir (19). Bu çalışmanın aksine, yüksek proteinli diyetlerin sağlık üzerine etkilerinin araştırıldığı yakın zamanlı bir meta analizde ise yüksek proteinli diyetlerle 3 aylık bir süre sonunda düşük proteinli diyetlere oranla vücut ağırlığı kaybının 1.21 kg daha fazla olduğu, BKİ'ndeki azalmanın  $0.51 \text{ kg/m}^2$  ve bel çevresindeki azalmanın da 1.66 cm daha fazla olduğu görülmüştür ve bu etkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (20). Yüksek ve düşük proteinli diyet tanımlarının, uygulama sürelerinin farklı olması çalışmaların sonuçlarını etkilemektedir.

### **B. Uzun Dönemli Vücut Ağırlığı Ve Vücut Bileşimi Değişiklikleri**

Diyette protein miktarının artırılması ve azaltılmasının zayıflamaya etkisi konusunda araştırmalar yapılmaktadır. Bazılarında yüksek proteinli diyetle daha fazla ağırlık kaybı olduğu saptanmıştır (18, 21-24). Ancak bazı çalışmalarda ise bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (25, 26).

Randomize kontrollü 15 çalışmanın sonuçları bir arada incelendiğinde, beş çalışmada 6 ay ve daha uzun süre diyet enerjisinin proteinden gelen oranının artmasıyla vücut ağırlığı kaybının daha fazla olduğu gösterilmiştir (18). Başka bir çalışmada ise yüksek protein düşük karbonhidratlı diyet (%22 protein) ve düşük yağ yüksek karbonhidratlı diyet (%16 protein) tüketen toplam 132 obez hasta incelenmiştir. Yüksek protein düşük karbonhidratlı diyet tüketen grubun 6 aylık bir süre sonunda önemli bir şekilde daha fazla ağırlık kaybettiği görülmüştür (5.8 kg'a karşı 1.9 kg,  $p=0.002$ ) (21). Fazla kilolu 60 erkek ve kadın üzerinde yapılan benzer bir başka çalışmada yüksek protein alan grup (enerjinin %25'i) düşük protein alan gruba (enerjinin %12'si) karşılaştırıldığında 6 aylık bir süre sonunda ağırlık kaybı (8.8 kg'a karşı 5.1 kg) ve yağ kaybının (7.6 kg'a karşı 4.3 kg) önemli bir şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada yüksek proteinli grubun ortalama enerji alımı 2239 kkal/gün iken düşük proteinli grubun ortalama enerji alımı 2726 kkal/gündür. İki grubun enerji alımlarındaki bu farkın toplam ağırlık kaybındaki önemli farklılığın olası bir sebebi olabileceği de düşünülmüştür (22).

Yine düşük yağ-düşük proteinli diyet rejimi (%17 protein) ve düşük karbonhidrat-yüksek proteinli diyet uygulayan (%23 protein) obez 42 kadın üzerinde yapılan randomize bir çalışmada 6 aylık bir süre sonunda yüksek proteinli diyet uygulayan gruptaki ağırlık kaybı



anlamli bir şekilde daha fazla bulunmuştur (8.5 kg'a karşı 3.9 kg,  $p<0.01$ ) (23). Fazla kilolu 119 erkek ve kadın ile yapılan bir diğ er çalışmada 6 aylık süre sonunda yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyet tüketen grupta (%26 protein) daha düşük proteinli diyet tüketen gruba oranla (%19 protein) daha fazla ağırlık kaybı olduğu görülmüştür (sırasıyla vücut ağırlığının %12.9'u ve %6.7'si,  $p<0.001$ ) (24). Atkins diyeti ve geleneksel düşük yağlı diyet (%15 protein) uygulayan obez 63 kadın ve erkek ile yapılan ve 1 yıl süren randomize bir çalışmada; Atkins diyeti uygulayan grupta 3. ve 6. ayda anlamlı bir şekilde daha fazla ağırlık kaybı görülmüştür fakat 1 yılda bu etki anlamlı bulunmamıştır (25).

Benzer şekilde yüksek proteinli diyetlerin uzun dönem etkinliğini araştıran 8 çalışmanın incelendiği yakın zamanlı bir meta analizde, yüksek proteinli diyet ile en yüksek kilo kaybı altı ay süren bir çalışmada 3.7 kg iken 17 ay süren bir çalışmada 1.2 kg olarak bulunmuştur. Yüksek protein diyetinde sekiz çalışmanın ortalama ağırlık kaybı 6.3 kg ve bu kayıp standart diyetle 5 kg'dır. Çalışmaların yarısı yüksek proteinli diyetle daha fazla ağırlık kaybı sağlamasına rağmen uzun süreli çalışmaların dörtte üçü ağırlık kaybında istatistiksel olarak bir fark göstermemiştir. Bu sistematik derleme yüksek proteinli diyetlerin uzun dönem etkilerinin tutarlı ve net olmadığını göstermiştir (26). Bu konuda yapılan çalışmalar en uzun 12 aylık süreci değerlendirmiştir. Daha uzun dönemde vücut ağırlığı ve bileşimini değerlendiren kontrollü müdahale çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Araştırmalar doğrultusunda bu tür hızlı ağırlık kaybettiren ancak uzun dönem olası riskleri henüz net olarak açıklanamayan diyetler yerine, dengeli bir diyet programı ile ağırlık kaybı daha güvenilir görünmektedir.

### **C. Yüksek Proteinli Zayıflama Diyetlerinden Sonra Tekrar Ağırlık Kazanımı**

Ağırlık kaybının ardından diyet proteininin artırılmasının tekrar ağırlık kazanımı ve/veya ağırlığın sürdürülmesi üzerine yararlı etkiler gösterebileceğine dair düşünceler vardır. Bir araştırmada ağırlığın sürdürülmesi sırasında proteinin enerjiye katkısının %15'den %18'e çıkarılmasıyla ağırlık kazanımı %50 oranında azalmıştır ve tekrar kazanılan ağırlığın da sadece yağsız kütleyi içerdiği görülmüştür (27). Yapılan bir çalışmada 4 hafta süren ağırlık kaybı periyodundan sonra ağırlığın sürdürülmesi sırasında protein alımında %20'lik bir artış olduğu ve azalan ağırlığın izleyen 3 ay içinde %50 oranında geri kazanıldığı rapor edilmiştir (28). Bir diğ er çalışmada protein miktarını ikiye katlayan (1.6 g/kg, 0.8 g/kg) bir zayıflama diyetinin 4. ve 12. ayın ikisinde de özellikle bu periyot süresince vücut ağırlığının %10'undan

daha fazlasını kaybeden bireylerde daha iyi bir vücut bileşimi sağladığından bahsedilmiştir (29). Başka bir çalışmada ağırlık geri kazanımı yüksek proteinli diyetle, düşük proteinli diyetle oranla 0.93 kg daha az bulunmuş ve yüksek glisemik indeksli diyet grubuyla karşılaştırıldığında düşük glisemik indeksli diyet grubunda 0.95 kg daha az olduğu görülmüştür (30).

Bu veriler doğrultusunda, yüksek proteinli zayıflama diyetleri ile ağırlık kaybından sonra tekrar ağırlık kazanımının önlenmesi ve vücut ağırlığının kontrolünün sağlanması amacıyla yüksek oranda protein ve yağ, orta düzeyde düşük glisemik indeksli karbonhidrat içeren diyetlerin kullanımı önerilmektedir. Ancak yeterli ve dengeli bir beslenme programının sürdürülmesi ve buna düzenli fiziksel aktivitenin eşlik etmesi kaybedilen vücut ağırlığının korunmasında en uygun yöntem olacaktır.

## **II. YÜKSEK PROTEİNLİ ZAYIFLAMA DİYETLERİNİN POTANSİYEL YAN ETKİLERİ**

### **A. Kardiyovasküler Hastalık Riski**

Düşük karbonhidrat-yüksek protein diyetlerinin ağırlık kontrolü üzerine kısa ve uzun dönemli etkileri olabilir (31) fakat özellikle kardiyovasküler sonuçlarla ilgili endişeler de bildirilmiştir (32). Uzun vadedeki kardiyovasküler zararların ağırlık kaybının kısa vadedeki faydalarından daha baskın geldiği belirtilmektedir (33). Bunlara rağmen düşük karbonhidrat-yüksek protein diyetleri eğer bitkisel kaynaklı protein ağırlıklı olursa ve basit karbonhidrat ve rafine şeker alımı azaltılırsa beslenme açısından kabul edilebilir olacağı belirtilmektedir. Fakat toplumun geneli bunun farkına varamamakta ve bu öneriyi uygulayamamaktadır (34). Geçtiğimiz birkaç yıl boyunca, birçok kohort çalışma kardiyovasküler hastalıklar üzerinde durarak düşük karbonhidrat-yüksek protein diyetlerinin uzun dönem sağlık etkilerini araştırmış ve bu tarz diyetlerin kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olabileceği sonucuna varmıştır (34, 35, 36).

Yüksek protein düşük karbonhidratlı diyetlerin kalp sağlığı üzerine uzun dönem sonuçlarının araştırıldığı prospektif kohort bir çalışmada, 15 yıl süreyle takip edilen 30-49 yaşları arasındaki 43,396 kadın incelenmiş ve günlük karbonhidrat alımının 20 g azalması ve protein alımının 5 g artmasıyla kardiyovasküler hastalık riskininin %5 oranında arttığı bulunmuştur. Karbonhidrat türü ya da protein kaynağı düşünülmeden düzenli bir temelde

uygulanan yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetler artan kardiyovasküler hastalık riskiyle ilişkilendirilmiştir (34). Bu çalışmayla aynı kohort üzerinde yapılmış başka bir araştırmada yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetlerle kardiyovasküler mortalite arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (35).

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan Nurses' Health Study raporlarına göre yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetler kadınlarda iskemik kalp hastalıkları insidansındaki artışla ilişkilendirilmemiştir (36). Ancak Avrupadaki daha küçük iki çalışma, yüksek protein-düşük karbonhidrat diyetleriyle ilişkili olarak kardiyovasküler mortalitede istatistiksel olarak önemli bir artış belirtmişlerdir (37, 38). Bir başka çalışmada yüksek protein, düşük karbonhidratlı ya da her ikisini içeren diyetin kardiyovasküler riski olumlu etkileyebilecek kan lipitleri üzerine yararlı etkilerinden bahsedilmiştir fakat bu çalışmanın takip süresi 1 yıldan daha az (39) olduğu için bu yararlı etkinin uzun dönemli olmadığı dikkate alınmalıdır.

Son zamanlarda yapılan çok uluslu bir randomize kontrol çalışması, yüksek proteinli bir diyetle bağlılığın vücut ağırlığını azalttığını fakat aracı kardiyovasküler fenotipleri iyileştirmediğini göstermiştir. Aynı çalışmada düşük glisemik indeks ve düşük proteinli diyetle bağlılık; azalan vücut ağırlığına ek olarak kardiyovasküler hastalık risk belirtecilerini iyileştirmektedir (40).

## **B. Kan Basıncı ve Kan Lipitleri**

Yüksek protein alımının kan basıncını artırabileceği AHA tarafından bildirilmekte (14) ancak bir çalışmada yüksek proteinli diyetlerin bu etkisine dair bilimsel kanıtların olmadığı ve bunun tersine birçok epidemiyolojik çalışmada ise sistolik ve diyastolik kan basıncıyla yüksek protein alımı arasında negatif bir korelasyon olduğundan bahsedilmektedir (41,42). Yetişkin 11,342 erkek ile yapılan MRFIT (Multiple Risk Factors Intervention Study) çalışmasında total protein tüketim miktarı ve sistolik kan basıncı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (43). Bu çalışmalara paralel olarak, 9 kesitsel çalışmanın incelendiği bir meta analizde her iki cinsiyette de sistolik, diyastolik kan basınçları ve protein alımı arasında anlamlı ters bir ilişki gözlenmiştir (43). Bir meta analizde yüksek proteinli diyetle düşük proteinli diyetle oranla 3 aylık bir sürede sistolik kan basıncı (3.2 mmHg) ve diyastolik kan basıncındaki (1.75 mmHg) azalışın daha fazla olduğu görülmüştür. Bu azalış istatistiksel olarak anlamlıdır (20).

Morbid obez bireylerde düşük karbonhidrat-yüksek proteinli Atkins diyetiyle (%22 protein) düşük yağlı diyeti (%16 protein) karşılaştıran bir çalışmada yüksek proteinli grupta

(%20) düşük proteinli gruba (%4) oranla serum trigliserit düzeyindeki azalmanın daha fazla olduğu bulunmuştur ( $p=0.001$ ) (44). Benzer şekilde yakın zamanda yapılan bir meta analizde incelenen 24 çalışmada düşük proteinli diyetlerle karşılaştırıldığında yüksek proteinli diyetlerde 3 ayda trigliseritlerdeki azalmanın daha fazla olduğu görülmüştür ve bu azalışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu farklılıkların yüksek proteinli grupta ağırlık kaybının daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (20).

### **C. Antioksidan Durumu**

Düşük karbonhidrat-yüksek proteinli zayıflama diyetlerinde meyve ve sebze tüketimi azaltıldığı için antioksidan durumu üzerine olumsuz etkilerinin olabileceğine dair endişeler vardır. Yüksek proteinli diyetlerin plazma antioksidan durumu üzerine etkilerini inceleyen bir çalışmada, obez bireylerde 4 hafta içinde bu diyetlerin plazma antioksidan durumu ve kardiyovasküler belirteçler üzerine olumsuz etkilerinin olmadığı belirtilmiştir. Yüksek protein düşük karbonhidrat (YPDK) ve yüksek protein orta derecede karbonhidrat (YPOK) içeren diyetler karşılaştırılmıştır. Ağırlık kaybıyla ilişkili olarak sağlık göstergelerindeki iyileşmeler bu iki diyet türü için de benzer bulunmuştur. Bireylerin hiçbirinde vitamin yetersizliği görülmemiştir. Retinol ( $\alpha$ -tokoferol), E vitamini,  $\beta$ -kriptoksantin konsantrasyonları plazmada bir miktar azalmasına rağmen eksiklik göstergesi olarak belirtilen değerlerin üzerinde bulunmuştur ( $P<0.005$ ). Bu durum araştırma süresinin kısa olması ile açıklanmaktadır. Plazma C vitamini konsantrasyonları yüksek protein-düşük karbonhidrat (YPDK) diyet grubunda daha yüksek bulunmuştur ( $P<0.05$ ). Bunun nedeni; uygulanan YPDK diyetinin, YPOK diyetine oranla 2 kat fazla sebze ve meyve içermesi ve diyetle portakal suyunun bulunmasının etkisi olarak açıklanmıştır ( $P< 0.05$ ) (45).

### **D. İştah**

Atkins kitabına göre ad-libitum diyetle enerji harcaması arttığından dolayı ağırlık kaybedilmektedir. Ancak bu diyetlerle günlük enerji harcamasını ölçen çalışmalar olmadığı için yüksek yağ yüksek proteinli diyetlerin özellikle termogenik olduğuna dair kesin kanıtlar yoktur. Yağlar düşük termogenik etki göstermekte ve yüksek proteinli diyetler 24 saatlik enerji harcamasını ancak %2-3 oranında artırabilmektedir. Böyle bir etki de gözlenen ağırlık kaybının sadece küçük bir kısmını açıklayabilmektedir (8). Düşük karbonhidratlı diyetlerde ağırlık kaybının besin tercihi çeşitliliğinin azalmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu diyetlerin sade ve monoton oluşu iştah ve besin alımını azaltabilmektedir. Ayrıca proteinler ad-libitum besin alımı ve vücut ağırlığını azaltarak karbonhidratlar ve yağlardan daha kuvvetli bir tokluk etkisi sağlamaktadır (22).

### **E. Böbrek Sağlığı**

Yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetlerin böbrek sağlığı üzerine güvenilirliği konusunda uzun zamandır devam eden endişeler bulunmaktadır ancak bu tarz diyetlerin böbreklere olan etkileriyle ilgili bilinenler oldukça azdır (46). Bu tarz diyetlerin böbreklere etkisini inceleyen iki çalışma herhangi bir olumsuz etki bildirmemiştir. Ancak bu çalışmaların örneklem büyüklüğü (65-68 kişi) ve etki süreleri de nispeten (6 ay-1 yıl) sınırlıdır (49, 50). Yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetlerin 2 yıllık bir periyotta düşük yağlı diyetlere oranla böbrekle ilişkili parametreler üzerine etkilerini belirlemek amacıyla obez 307 bireyle yapılan bir çalışmada; sağlıklı obez bireylerde yüksek protein-düşük karbonhidratlı zayıflama diyetlerinin glomerüler filtrasyon hızı (GFR), albuminüri, sıvı ve elektrolit dengesi üzerine belirgin bir yan etkilerinin olmadığı belirlenmiştir (46).

### **F. Yüksek Proteinli Diyetlerin Diğer Etkileri**

Yapılan bir çalışmada yüksek proteinli diyetlerle gastrointestinal problemlerin önemli derecede arttığı rapor edilmiştir. Bu çalışmaya göre yüksek proteinli diyet tüketen grupta düşük proteinli gruba göre konstipasyon (sırasıyla %68, %35,  $p<0.001$ ), ağız kokusu (sırasıyla %38, %8,  $p<0.001$ ) ve diyare (sırasıyla %23, %7,  $p=0.02$ ) daha sık gözlenmiştir. Yorgunluk açısından gruplar arasında fark bulunmamasına rağmen genel güçsüzlük (sırasıyla %25, %8,  $p=0.01$ ), baş ağrısı (sırasıyla %60, %40,  $p=0.03$ ), kas krampları (sırasıyla %35, %7,  $p=0.001$ ) ve ürtiker (sırasıyla %13, %0,  $p=0.006$ ) yüksek proteinli diyet tüketen grupta anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (24).

Ayrıca çok düşük karbonhidratlı diyetlerin ruh hali ve bilişsel fonksiyon üzerine uzun dönem etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada yüksek proteinli diyetle daha kötü, mutsuz bir ruh hali gözlenmiştir (49). Bir başka çalışmada ise yüksek proteinli diyetin iştahı azalttığı şişkinliği ise önemli derecede artırdığı belirtilmiştir (50).

Obezitede beslenme tedavisinin amacı; vücut ağırlığını arzu edilen düzeye indirmek için bireyin bütün gereksinimlerini yeterli ve dengeli bir şekilde karşılayan beslenme programı oluşturmaktır. Popüler diyetlerin temelinde sadece besin ögesi dağılımındaki değişiklikler

dikkate alınmaktadır. Ancak sağlıklı ağırlık kaybının belirleyicisi tek başına diyetin makro besin ögesi bileşimi değildir. Son zamanlarda düşük-karbonhidrat, yüksek proteinli diyetler ağırlık kaybının sağlanmasında alternatif bir yol olarak önerilmektedir. Ayrıca yüksek proteinli diyetlerin kısa dönemde adipozite, kan basıncı ve trigliserit seviyelerini geliştirici etkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır fakat bu etkiler zayıftır ve potansiyel zararlar açısından bu tarz diyetlerin sağlık üzerine uzun süreli etkileri açık değildir.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, Switzerland, 3-5 June, 1997. Geneva, Switzerland: World Health Organization 1998. Who Technical Report Series, No. 894.
2. Satman İ ve TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP-II Sonuçlarının Özeti. İstanbul- Ekim 2010. ss: 3 (<http://www.itf.istanbul.edu.tr>, 2010). Erişim tarihi: 14 Kasım 2013.
3. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017) Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 773, Ankara.
4. Pi-Sunyer X. The Medical Risks Of Obesity. Postgrad Med 2009; 121 (6): 21-33.
5. Thomas PR (ed.). Weighing the Options: Criteria for Evaluating Weight-Management Programs Catalog. ISBN: 978-0-309-05131-6 Washington D.C.-1995. ss: 16
6. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA. What Is Reasonable Weight Loss? Patients' Expectations And Evaluations Of Obesity Treatment Outcomes. J Consul Clin Psychol 1997; 65 (1): 79-85.
7. Paddon-Jones D, Westman E, Mattes RD, Wolfe RR, Astrup A, Westerterp-Plantenga M. Protein, Weight Management, And Satiety. Am J Clin Nutr 2008; 87 (5): 1558-61.
8. Astrup A, Larsen TM, Harper A. Atkins And Other Low-Carbohydrate Diets: Hoax Or An Effective Tool For Weight Loss? Lancet 2004; 364 (9437): 897-99.
9. Feedman MR, King J, Kennedy E. Popular Diets: Scientific Review. Obesity Research 2001; 9 (suppl1): 1-40.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara - 2004.

11. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (2002/2005). [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10490&page=R2](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10490&page=R2)
12. Johnstone AM. Satellite Symposium: Industry And Academic Partnerships For Developing Health-Improving Products: Safety And Efficacy Of High Protein Diets For Weight Loss. *Proceedings of the Nutrition Society* 2012; 71 (2): 339–349.
13. Trumbo P, Schlicker S, Yates AA et al. Dietary Reference Intakes For Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein And Amino Acids. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, The National Academies, Washington DC, USA. *J Am Diet Assoc* 2002; 102 (11): 1621–1630.
14. St Jeor ST, Howard BV, Prewitt TE et al. Dietary Protein And Weight Reduction: A Statement For Healthcare Professionals From The Nutrition Committee Of The Council On Nutrition, Physical Activity, and Metabolism of the American Heart Association. *Circulation* 2001; 104 (15): 1869–1874.
15. Hu FB. Protein, Body Weight, And Cardiovascular Health. *Am J Clin Nutr* 2005; 82 (suppl): 242–7.
16. Johnstone AM, Horgan GW, Murison SD et al. Hunger And Appetite Response To A High-Protein Ketogenic Diet In Obese Men Feeding Ad Libitum. *Am J Clin Nutr* 2008; 87 (1): 44–55.
17. Wycherley TP, Noakes M, Clifton PM et al. A High Protein Diet With Resistance Exercise Training Improves Weight Loss And Body Composition In Overweight And Obese Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2010; 33 (5): 969–976.
18. Halton TL, Hu FB. The Effects Of High Protein Diets On Thermogenesis, Satiety And Weight Loss: A Critical Review. *J Am Coll Nutr* 2004; 23 (5): 373–385.
19. Krieger JW, Sitren HS, Daniels MJ et al. Effects Of Variation In Protein And Carbohydrate Intake On Body Mass And Composition During Energy Restriction: A Meta-regression 1. *Am J Clin Nutr* 2006; 83 (2): 260–274.
20. Santesso N, Akl EA, Bianchi M et al. Effects Of Higher- Versus Lower-Protein Diets On Health Outcomes: A Systematic Review And Meta-Analysis. *European Journal of Clinical Nutrition* 2012; 66 (7): 780–788.

21. Samaha FF, Iqbal N, Seshadri P, Chicano KL, Daily D, Mcgrory J. A Low Carbohydrate As Compared With A Low Fat Diet In Severe Obesity. *N Eng J Med* 2003; 348 (21): 2074–2081.
22. Skov AR, Toubro S, Ronn B, Holm L, Astrup A. Randomized Trial On Protein Vs Carbohydrate In Ad Libitum Fat Reduced Diet For The Treatment Of Obesity. *Int J Obes* 1999; 23 (5): 528–536.
23. Brehm BJ, Seeley RJ, Daniels SR, D'Alessio DA. A Randomized Trial Comparing A Very Low Carbohydrate Diet And A Calorie Restricted Low Fat Diet On Body Weight And Cardiovascular Risk Factors In Healthy Women. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88 (4): 1617–1623.
24. Yancy Jr WS, Olsen MK, Guyton JR et al. A Low-Carbohydrate, Ketogenic Diet Versus A Low-Fat Diet To Treat Obesity And Hyperlipidemia: A Randomised, Controlled Trial. *Ann Intern Med* 2004; 140 (10): 769–777.
25. Foster GD, Wyatt HR, Hill JO, McGuckin BG, Brill C, Mohammed S. A Randomized Trial Of A Low-Carbohydrate Diet. *N Eng J Med* 2003; 348 (21): 2082–2090.
26. Lepe M, Gascón MB, Cruz AJ. Long-Term Efficacy Of High-Protein Diets: A Systematic Review. *Nutr Hosp* 2011; 26 (6): 1256-1259.
27. Westerterp-Plantenga MS, Lejeune MP, Van Ooijen M, Kovacs EM. High Protein Intake Sustains Weight Maintenance After Body Weight Loss In Humans. *Int J Obes* 2004; 28 (1): 57–64.
28. Lejeune MP, Kovacs EM, Westerterp-Plantenga MS. Additional Protein Intake Limits Weight Regain After Weight Loss In Humans. *Br J Nutr* 2005; 93 (2): 281-9.
29. Layman DK, Evans EM, Erickson D et al. A Moderate Protein Diet Produces Sustained Weight Loss And Longterm Changes In Body Composition And Blood Lipids In Obese Adults. *J Nutr* 2009; 139 (3): 514–521.
30. Larsen TM, Dalskov S, Baak MV et al. The Diet, Obesity and Genes (Diogenes) Dietary Study In Eight European Countries – A Comprehensive Design For Long-Term Intervention. *Obes Rev* 2010; 11 (1): 76–91.
31. Bravata DM, Sanders L, Huang J et al. Efficacy And Safety Of Low-Carbohydrate Diets: A Systematic Review. *JAMA* 2003; 289 (14): 1837-50.
32. Foo SY, Heller ER, Wykrzykowska J et al. Vascular Effects Of A Low-Carbohydrate High-Protein Diet. *Proc Natl Acad Sci USA* 2009; 106 (36): 15418-23.



33. Floegel A, Pischon T. Low carbohydrate-high protein diets. *BMJ* 2012; 344: e3801.
34. Lagiou P, Sandin S, Lof M, Trichopoulos D, Adami H-O, Weiderpass E. Low Carbohydrate-High Protein Diet And Incidence Of Cardiovascular Diseases In Swedish Women: Prospective Cohort Study. *BMJ* 2012; 344: e4026.
35. Lagiou P, Sandin S, Weiderpass E et al. Low Carbohydrate-High Protein Diet And Mortality In A Cohort Of Swedish Women. *J Intern Med* 2007; 261 (4): 366-74.
36. Halton TL, Willett WC, Liu S et al. Low-Carbohydrate-Diet Score And The Risk Of Coronary Heart Disease In Women. *N Engl J Med* 2006; 355 (19): 1991-2002.
37. Trichopoulou A, Psaltopoulou T, Orfanos P, Hsieh CC, Trichopoulos D. Low-Carbohydrate-High-Protein Diet And Long-Term Survival In A General Population Cohort. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61 (5): 575-81.
38. Sjögren P, Becker W, Warensjö E et al. Mediterranean And Carbohydrate-Restricted Diets And Mortality Among Elderly Men: A Cohort Study In Sweden. *Am J Clin Nutr* 2010; 92 (4): 967-74.
39. Noakes M, Keogh JB, Foster PR, Clifton PM. Effect Of An Energy-Restricted, High-Protein, Low-Fat Diet Relative To A Conventional High-Carbohydrate, Low-Fat Diet On Weight Loss, Body Composition, Nutritional Status, And Markers Of Cardiovascular Health In Obese Women. *Am J Clin Nutr* 2005; 81 (6): 1298-306.
40. Gogebakan O, Kohl A, Osterhoff MA et al. Effects Of Weight Loss And Long-Term Weight Maintenance With Diets Varying In Protein And Glycemic Index On Cardiovascular Risk Factors: The Diet, Obesity, And Genes (DiOGenes) Study: A Randomized, Controlled Trial. *Circulation* 2011; 124 (25): 2829-38.
41. Manninen AH. High-Protein Weight Loss Diets And Purported Adverse Effects: Where Is The Evidence? *Sports Nutrition Review Journal* 2004; 1 (1): 45-51.
42. Stamler JS, Caggiuala A, Grandist GA. Relationship Of Dietary Variables To Blood Pressure (BP) Findings Of The Multiple Risk Factors Intervention Study (MRFIT). *Circulation* 1992; 85: 867.
43. Liu L, Ikeda K, Sullivan DH, Ling W, Yamori Y. Epidemiological Evidence Of The Association Between Dietary Protein Intake And Blood Pressure: A Meta-Analysis Of Published Data. *Hypertens Res* 2002; 25 (5): 689-95.

44. Samaha FF, Iqbal N, Seshadri P, Chicano KL, Daily D, Mcgrory J. A Low Carbohydrate As Compared With A Low Fat Diet In Severe Obesity. *N Eng J Med* 2003; 348 (21): 2074–2081.
45. Johnstone AM, Lobley GE, Horgan GW et al. Effects Of A High-Protein, Low-Carbohydrate Weight Loss Diet On Antioxidant Status, Endothelial Function And Plasma Indices Of Cardio-Metabolic Profile. *Br J Nutr* 2011; 106 (2): 282–291.
46. Friedman AN, Ogden LG, Foster GD et al. Comparative Effects Of Low-Carbohydrate High-Protein Versus Low-Fat Diets On The Kidney. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7 (7): 1103-1111.
47. Brinkworth GD, Buckley JD, Noakes M, Clifton PM. Renal Function Following Long-Term Weight Loss In Individuals With Abdominal Obesity On A Very-Low-Carbohydrate Diet Vs High- Carbohydrate Diet. *J Am Diet Assoc* 2010; 110 (4): 633–638.
48. Skov AR, Toubro S, Bülow J, Krabbe K, Parving HH, Astrup A. Changes In Renal Function During Weight Loss Induced By High Vs Low-Protein Low-Fat Diets In Overweight Subjects. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23 (11): 1170–1177.
49. Brinkworth GD, Buckley JD, Noakes M, Clifton PM, Wilson CJ. Long-Term Effects Of A Very Low-Carbohydrate Diet And A Low-Fat Diet On Mood And Cognitive Function. *Arch Intern Med* 2009; 169 (20): 1873–1880.
50. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC: A Comparison Of Results Of Meta-Analyses Of Randomised Control Trials And Recommendations Of Clinical Experts. *Treatments For Myocardial Infarction. JAMA* 1992; 268 (2): 240–248.

## ÜREMİK KAŞINTI VE AROMATERAPİ UYGULAMASI

Mehtap KAVURMACI<sup>1</sup> Mehtap TAN<sup>2</sup>

### ÖZET

Yaşamsal önemi çok büyük olan böbreklerin işlevlerinin gittikçe bozulması, birçok organ ve sistemde değişik sorunlara yol açar. Bunlar içinde deri ve mukoza belirtileri oldukça geç dönemde belirgin hale geldiklerinden tanı değerleri azdır; ancak oluşturdukları rahatsızlıklar ve hastaların yaşam kalitelerini bozmaları nedeniyle önem taşırlar. Son dönem böbrek yetmezliğindeki kaşıntı üremik kaşıntı olarak bilinir. Hemodiyaliz hastalarında kaşıntı prevalansı son yıllarda azalmasına rağmen kaşıntı son dönem böbrek yetmezliğinin en yaygın ve rahatsız edici semptomlarından biri olmaya devam etmektedir. Kaşıntı tek başına tehlikeli olmasa bile çoğu hastada fiziksel ve zihinsel yorgunluğa, uykusuzluğa, kronik yorgunluğa, sosyal izolasyona, öfke-anksiyete-depresyona ve benlik saygısında, öz bakım gücünde ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır.

Günümüzde üremik kaşıntının nedenleri kesin olarak anlaşılmamıştır ve üremik kaşıntının patofizyolojik temeli birçok hastada aydınlatılmayı beklemektedir. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılmayan diğer hastalıklarda olduğu gibi üremik kaşıntıda da kesin ve etkin bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Kaşıntının tedavisindeki bu belirsizlik çeşitli tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanılmasına kapı aralamış ve aromaterapide bu tedavi yöntemlerinden birisi olmuştur. Bitkisel kaynaklardan çıkarılmış, konsantre edilmiş esansiyel yağların terapötik etkileri için kullanılması aromaterapi olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik uygulamalarında, aromaterapinin topikal yolla uygulanma şekilleri kullanılmaktadır.

Bu derlemede, hemodiyaliz hastalarında üremik kaşıntının kontrol altına alınmasında aromaterapinin etkinliğine ilişkin bilgiler verilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek Diyalizi, Kaşıntı, Hemşirelik, Aromaterapi

<sup>1</sup> Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Yrd. Doç. Dr.

<sup>2</sup> Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Prof. Dr.

**İletişim/ Corresponding Author:** Mehtap KAVURMACI

**Geliş Tarihi / Received** :13. 07.2013

**Tel:** 0442 231 57 68 **e-posta:** m.curcani@hotmail.com

**Kabul Tarihi / Accepted** :12.12.2013

## UREMIC PRURITUS AND AROMATHERAPY PRACTICE

### ABSTRACT

The gradual impairment of functions of kidneys, having a great vital importance, causes various problems in a number of organs and systems. Since skin and mucosa symptoms among them become apparent in the late period, the diagnostic values are low; however, they are important as they cause some disorders and impair the life quality of patients. The pruritus, which is observed in the end-stage renal failure, is known as the uremic pruritus. Itching prevalence in hemodialysis patients is one of the most common and disturbing symptoms of the end-stage renal failure, even though it has decreased in recent years. Even if the pruritus is not hazardous alone, it causes physical and mental fatigue, insomnia, chronic fatigue, social isolation, anger-anxiety-depression in many patients and a decrease in the self esteem, self care ability and life quality.

The reasons of the uremic pruritus have not exactly been understood today and the pathophysiological basis of the uremic pruritus is expected to be enlightened in many patients. Just like in other diseases whose etiology cannot precisely be enlightened, there is no explicit and efficient treatment method in uremic pruritus, as well. The use of essential oils, which are extracted from herbal sources and concentrated, for their therapeutic effects is defined as aromatherapy. The nursing practices use the topical practice methods of aromatherapy. This obscurity in the treatment of pruritus has enabled the use of various complementary and alternative treatment methods and aromatherapy has become one of these treatment methods.

This review gives information about the efficiency of aromatherapy on controlling the uremic itching in hemodialysis patients.

**Key Words:** Renal Dialysis, Pruritus, Nursing, Aromatherapy

## **GİRİŞ**

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hem dünyada hem de ülkemizde oldukça fazla görülen bir sağlık sorunudur. Dünyada her yıl bir milyon kişiden yaklaşık 1000'inde SDBY ortaya çıkmakta ve önümüzdeki on yıl içinde bu oranın iki kattan fazla artacağı tahmin edilmektedir. Türk Nefroloji Derneği'nin 2011 yılı kayıtlarına göre Türkiye'de renal replasman tedavisi gerektiren SDBY hasta sayısı milyon nüfus başına 853 olmakla beraber 809 Hemodiyaliz merkezinde kayıtlı 12408 hemodiyaliz hastası bulunmaktadır (1).

Yaşamsal önemi çok büyük olan böbreklerin işlevlerinin gittikçe bozulması, birçok organ ve sistemde değişik sorunlara yol açmaktadır. Bunlar içinde deri ve mukoza belirtileri oldukça geç dönemde belirgin hale geldiklerinden tanı değerleri azdır; ancak oluşturdukları rahatsızlıklar ve hastaların yaşam kalitelerini bozmaları nedeniyle önem taşırlar (2,3). SDBY'deki kaşıntı üremik kaşıntı olarak bilinir. Üremik kaşıntının tedavisinde birbirinden çok farklı farmakolojik ve tamamlayıcı-destekleyici tedaviler kullanılmaktadır (4).

## **I.ÜREMİK KAŞINTI**

Böbrek fonksiyonlarında bozulma birçok organ ve sistemde değişik sorunlara yol açar. Deri, deri ekleri ve mukoza belirtileri genellikle ileri dönemlerde ortaya çıkar. Bunların içinde en önemlisi kaşıntıdır. Kaşıntının şiddeti hastadan hastaya değişmektedir ve genellikle hemodiyaliz sırasında ve hemen ardından en fazladır. Bazı hastalarda dayanılması çok güç, uykusuzluğa neden olan ve tedaviye dirençli yaygın kaşıntı varken, bazı hastalarda kaşıntı lokalize ve geçicidir (4-6).

SDBY'e bağlı kaşıntı ilk kez 1932'de tanımlanmıştır (7). Diyalizin SDBY tedavisinde kullanıma girmesinden önce üremik kaşıntı prevalansı %15-49 oranlarında iken günümüzde bu oran %20-90 olarak bildirilmektedir (8-12). Diyaliz tedavisinin ortaya çıkışı ile birlikte, kaşıntı sıklığında görülen bu artışın diyalizin kendisine mi bağlı, yoksa yaşam süresi diyalizle büyük ölçüde uzamış olan hastalardaki SDBY'nin doğal seyri sonucu mu olduğu halen bilinmemektedir (8,12,13). Özellikle bazı çalışmalarda kaşıntının diyalizsiz geçen iki günün sonundaki gece doruğa ulaştığı, yoğun diyaliz sırasında fazla olduğu, diyalizi izleyen gün ise en aza indiği bulunmuştur (10,11).

Günümüzde üremik kaşıntının nedenleri kesin olarak anlaşılmamakla birlikte, üremi, periferik sinirleri etkileyen zararlı birçok mikro partikülün deri yüzeyinde birikmesi, nöropati, anemi, serum A vitamini seviyesindeki artış, sekonder hiperparatiroidizm, kalsiyum, fosfor,

magnezyum gibi iki değerlikli iyonlardaki değişiklikler, ilaçlar, deri pH'sındaki değişiklikler, ter ve yağ bezlerindeki atrofiye bağlı deri kuruluğu, derideki mast hücrelerinin proliferasyonu ve buna bağlı olarak plazma histamin seviyesinde artış, damarsal tonus anomalileri ve hemodiyaliz esnasında kullanılan gereçlere, diyalizata ve sterilizasyon amacıyla kullanılan etilen oksite, formaldehide karşı gelişen duyarlılık üzerinde durulmaktadır. Ayrıca dezenfeksiyon için kullanılan antiseptik solüsyonlar, nikel içeren iğneler, epoksiresin, kollafan, formol ve tiuram gibi diğer alerjenik maddelerin de üremik kaşıntıya neden olabileceği belirtilmektedir (11-14).

## II. ÜREMİK KAŞINTIDA TEDAVİ

Üremik kaşıntıda günümüze kadar uygulanan tedaviler; aktif kömür, kolestiramin, sodyum, heparin, lidokain, antihistaminler, nikergolin, ketotifen, naloksan, nörotropin, magnezyumsuz diyaliz, hemodiyaliz-hemoperfüzyon, paratiroidektomi, topikal nemlendiriciler, topikal kapsaisin, eritropoietin, akupunktur, akupresör, hipnoz, hayal kurma, gevşeme egzersizleri, masaj, aromaterapi ve bir fototerapi yöntemi olan ultraviyole B (UVB)'dir. Düşük proteinli diyet uygulanması, ılık banyolar, deriyi yumuşatan ve nemlendiren ajanlar üremik kaşıntıda geçici remisyonlar sağlayabilmektedir (4,15,16). Farklı tedavi yöntemleri kullanılmasına karşın bu tedavi yöntemlerinin hiçbirisi standart tedavi niteliği taşımamaktadır (4,17).

Etkin kaşıntı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler birbirini tamamlayıcı olarak ele alınmalıdır. Nonfarmakolojik yöntemler kapsamında; akupunktur, aromaterapi, homeopati gibi farklı yöntemler yer almaktadır ve bu yöntemler gittikçe artarak hemşirelik bakımı içerisinde yer almaya başlamıştır (18,19). Bunlardan aromaterapi hemşirelik bakımında kullanılan alternatif tedavi yöntemleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (20).

## III. AROMATERAPİ

Bitkisel kaynaklardan (yapraklar, çiçekler, ağaç kabukları, meyveler, kökler) çıkarılmış, konsantre edilmiş esansiyel yağların terapötik etkileri için kullanılması aromaterapi olarak tanımlanmaktadır. Aromaterapinin odak noktası tedaviden çok semptom kontrolüdür (21). Aromaterapinin faydası, Fransız cerrah Jean Valnet'in, yara ve yanıkları tedavi etmek için kekik, karanfil, limon ve papatya kullandığı 1960'lı yıllarda gündeme gelmiştir ve o tarihten

itibaren uçucu yağların tedavi edici etkileri kanıtlanmıştır (22,23). Literatürde aromaterapinin kaşıntı, sedef, egzama, saç biti, saç dökülmesi, yanık gibi pek çok dermatolojik hastalıkta faydalı etkileri olduğunu belirten birçok çalışma bulunmaktadır (24-28).

#### **Aromaterapi Uygulama Yöntemleri**

Esansiyel yağlar vücut tarafından üç yolla absorbe edilmektedir.

- Oral Yolla Absorbsiyon: Kapsül
- Dokunma Olmadan Absorbsiyon: İnhalasyon
- Dokunma Yoluyla Absorbsiyon: Masaj, kompres veya banyo (21)

#### **IV. ÜREMİK KAŞINTIDA AROMATERAPİ KULLANIMI VE HEMŞİRELİK**

Bilimsel gelişmeler, günümüzde bitkilerin önemli tedavi potansiyeli bulunduğunu ortaya koymakta ve bu tür tedavi yöntemlerinden de “tamamlayıcı tedavi” (TT) olarak söz edilmektedir (18,29). Aromaterapi de TT yöntemlerinden biridir ve aromaterapiye sağlık bakımı içinde yer verilmesinde hemşireler en uygun profesyonel gruptur (21,29). Ancak literatür incelendiğinde aromaterapi uygulamalarının hemşirelik eğitimi ve bakımında yeterince yer almadığı görülmektedir (30,31). Maddocks-Jennings hemşirelikte aromaterapi uygulamalarını belirlemeye yönelik yaptığı literatür taramasında hemşirelikte aromaterapi kullanımının çok yaygın olmadığını, hemşirelerin çoğunun eğitim sürecinde aromaterapi hakkında yeterince bilgilendirilmediğini ancak hemşirelerin bu konuda çalışmak için yeterli potansiyele ve isteğe sahip olduklarını saptamıştır (30). Ülkemizde hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan benzer bir çalışmada ise öğrencilerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında olumlu görüş belirttikleri fakat bu konuda kişisel bilgilerinin sınırlı olduğu ve öğrencilerin %64.5’inin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin hemşirelik müfredatında yer alması ve klinikte uygulamaya geçirilmesini istedikleri saptanmıştır (31).

Üremik kaşıntı yönetiminde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler üremik kaşıntı gibi kronik kaşıntılara zamanında ve etkin girişim uygulamadığında; hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal işlevlerinin etkilenmesine bağlı yaşam kalitesi azalacaktır (10).

Literatürde aromaterapinin üremik kaşıntı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde;

Ro ve arkadaşları kaşıntı şikayeti olan 29 hemodiyaliz hastası üzerinde yaptıkları çalışmada; deney grubunda bulunan hastalara, lavanta ve çay ağacı yağı kullanılarak 4 hafta boyunca haftada üç kez aromaterapi masajı uygulamış ve araştırma sonunda deney grubunda

bulunan hastaların kaşıntı skorlarının azaldığını ve kontrol grubu ile aradaki farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğunu saptamışlardır (32).

Shahgholian ve arkadaşları aromaterapinin hemodiyaliz hastalarında görülen kaşıntı üzerine etkisini belirlemek amacıyla 24 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada nane, lavanta ve çay ağacı yağlarını karıştırmış, tatlı badem yağı ile dilüe ederek %5'lik bir solüsyon hazırlamışlardır. Çalışmada iki hafta süren aromaterapi uygulaması sonunda deney grubunda bulunan hastaların kaşıntı skorlarının azaldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu saptamışlardır (28).

Anderson ve arkadaşları atopik egzamalı çocuklar üzerinde, yaptıkları çalışmada lavanta ve çay ağacı yağı kullanılarak uygulanan aromaterapik masajın hastaların kaşıntı seviyelerini azalttığını saptamışlardır (25).

Cürcani yaptığı deneysel çalışmada Visual Analog Skalaya göre kaşıntı skoru 3'ün üstünde olan 40 hemodiyaliz hastasına lavanta ve çay ağacı yağı kullanarak altı hafta boyunca aromaterapi uygulamış ve araştırma sonunda deney grubundaki hastaların kaşıntı skorları son-test puan ortalamalarının, kontrol grubundaki hastaların son-test puan ortalamalarına göre düşük olduğunu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel yönden çok önemli olduğunu bulmuştur (33).

Üremik kaşıntı hemodiyaliz hastalarının büyük bir kısmını ilgilendiren tedavisi zor ve rahatsız edici bir problemdir. Üremik kaşıntı etiyojisi için çok sayıda neden öne sürülmüş ve bu durum hastalığın tedavisini güçleştirmiştir. Kaşıntı tehlikeli bir semptom değildir, ancak hastanın yaşam kalitesini düşürmektedir. Yapılan çalışmalar; üremik kaşıntısı olan bireylerde aromaterapi uygulamasının, kaşıntı düzeyini azaltarak bireylerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Ülkemizde tamamlayıcı tedavilerin özellikle aromaterapinin üremik kaşıntı üzerine etkisini araştıran çalışmalar çok az sayıdadır. Aromaterapi gibi tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin hemodiyaliz ünitelerinde standart hemşirelik uygulamaları içinde yer almasına yönelik girişimlerde bulunulması ve aromaterapinin kullanımının yaygınlaştırılması gerektiği düşünülmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Registry of The Nephrology, Dialysis And Transplantation In Turkey. Registry 2011. ss: 5-19. [http://www.tsn.org.tr/folders/file/tsn\\_registry\\_2011.pdf](http://www.tsn.org.tr/folders/file/tsn_registry_2011.pdf). (erişim tarihi: 10.07.2013)
2. Utaş S, Ferahbaş A. Chronic Renal Failure: Dermatological Problems. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005; 1(21): 52-62.
3. Melo NC, Elias RM et al. Pruritus In Hemodialysis Patients: The Problem Remains. *Hemodialysis International* 2009; 13(1): 38-42.
4. Akar A, Gür A.R. Uremic Pruritus. *Türkderm* 2000; 34(4): 211-215.
5. Pisoni RL, Wikström B et al. Pruritus In Haemodialysis Patients: International Results From The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21(12): 3495-3505.
6. Keithi-Reddy S.R, Patel TV et al. Uremic Pruritus. *Kidney Int* 2007; 72(3): 373-377.
7. Denman ST. A Review Of Pruritus. *J Am Acad Dermatol* 1986; 14(3): 3775-3792.
8. Stable-Backdehl M, Uremic Pruritus. Clinical And Histological Skin Changes In Chronic Renal Failure; Evidence For A Dialysis Resistant. Transplant-responsive microangiopathy. *Lancet* 1980; 13(2): 1271-1275.
9. Patel TS, Freedman BI et al. An Update On Pruritus Associated With CKD. *Am J Kidney Dis* 2007; 50(1): 11-20.
10. Kuypers D.R. Skin Problems In Chronic Kidney Disease. *Nat Clin Pract Nephrol* 2009; 5(3): 157-170.
11. Hsu MC, Chen HW et al. Effects Of Thermal Therapy On Uremic Pruritus And Biochemical Parameters In Patients Having Hemodialysis. *JAN* 2009; 65(11): 2397-2410.
12. Narita I, Iguchi S et al. Uremic Pruritus In Chronic Hemodialysis Patients. *J Nephrol* 2008; 21(2): 161-165.
13. Zucker I, Yosipovitch G et al. Prevalence And Characterization Of Uremic Pruritus In Patient Sundergoing Hemodialysis: Uremic Pruritus Is Still A Major Problem For Patients With End-Stage Renal Disease. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49(5): 842-846.
14. Mistik S, Utaş S et al. An Epidemiology Study Of Patients With Uremic Pruritus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20(6): 672-678.

15. Mariana S, Markell M.D. Complementary And Alternative Medicine: An Overlooked Adjunct For The Care Of Patients With Kidney Disease. D&T 2006; 35(11): 724-726.
16. Kim KH, Lee MS, Kang KW, Choi M.S. Role Of Akupressure In Symptom Management In Patients With End-Stage Renal Disease: A systematic review J Palliat Med 2010; 13(7): 885-892.
17. Aşıcıoğlu E, Kahveci A et al. Uremic Pruritus: Stil Itching. Turk Neph Dial Transpl 2011; 20(1): 7-13.
18. Kılıç Akça N, Taşçı S. Hemodiyaliz Hastalarında Üremik Kaşıntı Ve Akupresör Uygulaması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4(1): 190-196.
19. Kılıç Akça N, Taşçı S. Kaşıntı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Dermatoz 2012; 3(3) : 108-113.
20. Tseng Y.H. Aromatherapy In Nursing Practice. Hu LiZaZhi 2005; 52(4): 11-15.
21. Buckle J. The Role Of Aromatherapy In Nursing Care. Nurs Clin North Am 2001; 36(1): 57-72.
22. Cooke B, Ernst E. Aromatherapy: A Systematic Review. Brit J Gen Pract 2000; 50(455): 493-496.
23. Lis-Balchin M. Aromatherapy Science A Guide Of Health Care Professionals. London: Pharmaceutical Press 2006; 17-44.
24. Kang SJ, Kim N.Y. The Effects of Aroma Hand Massage on Pruritus, Fatigue and Stress of Hemodialysis Patients. J Korean Acad Adult Nurs 2008; 20(6) :883-894.
25. Anderson C, Lis-Balchin M et al. Evaluation Of Massage With Essentialoils On Childhood Atopic Eczema. Phytother Res 2000; 14(6): 452-456.
26. Lahlou M, Berrada R et al. The Potential Effectiveness Of Essential Oils In The Control Of Human Headlice In Morocco. Int J Aromatherapy 2001; 10(3-4): 108-122.
27. Herro E, Jacob SE. Mentha piperita (peppermint). Dermatitis 2010; 21(6): 327-329.
28. Shahgholian N, Dehghan M et al. Effect Of Aromatherapy On Pruritus Relief In Hemodialysis Patients. Iran J Nurs Midwifery Res 2010; 15(4): 240-244.
29. Khorshid L, Yapucu Ü. The Nurse's Role In Complementary Therapies. Atatürk Üniv. HYO Derg 2005; 8(2): 124-130.
30. Maddocks-Jennings W. Aromatherapy Practise In Nursing: Literature Review. JAN 2004; 48(1): 93-103.

31. Uzun Ö, Tan M. Nursing Students' Opinions And Knowledge About Complementary And Alternative Medicine Therapies. Complement Ther Nurs & Midwifery 2004; 10(4): 239-244.
32. Ro YJ, Ha HC et al. The Effects Of Aromatherapy On Pruritus In Patients Under Going Hemodialysis. Dermatol Nurs 2002; 14(4): 231-256.
33. Cürcani M. Doktora Tezi; "Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Aromaterapinin Kaşıntı Üzerine Etkisi" Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Mehtap Tan. Erzurum-2012.

## ÇOCUK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE AİLE MERKEZLİ BAKIM YAKLAŞIMI

Burcu AYKANAT<sup>1</sup> Duygu GÖZEN<sup>2</sup>

### ÖZET

Çocukların sağlığını geliştirme ve koruma, toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunması açısından önemlidir. Toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında öncelikli sorumluluk ailede, daha sonra sağlık ekibi üyeleri ve toplumsal çevrededir. Çocuğun hastaneye yatması hem çocuk hem de ailesi için stresli bir süreçtir. Bu durum, tüm ailenin günlük aktiviteleri, aile içindeki rolleri ve görevlerinde değişikliğe yol açar. Çocuğun hastanede yatma sürecinde sağlık bakımına yönelik sorumlulukların büyük kısmının sağlık profesyonelleri tarafından yerine getirilmesi, ailelerin sağlık bakımına katılmada kendilerini çaresiz hissetmelerine ve anksiyete yaşamalarına neden olur. Literatürde ailelerin hastanede yatan çocuklarının yanında kalma, çocuklarının bakımında aktif rol alma, çocuğun durumu, tanı ve tedavi testleri konusunda bilgilendirilme gereksinimlerinin olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle, hastane ortamında ailelerin beklenti ve gereksinimlerine en uygun sağlık hizmeti verebilmek, çocuk ve ailesinin anksiyetesini azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla çocuk sağlığı alanında aile merkezli bakım uygulamaları önerilmektedir. Aile merkezli bakım felsefesi çocuğun yaşamında ailenin devamlılığının tanınması ve çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması inancına dayanır. Bu makalede aile merkezli bakımın tarihsel gelişimi, çocuklar ve aileleri için yararları, uygulanma durumu ve aile merkezli bakımda hemşirenin rolleri literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Merkezli Bakım, Aile, Çocuk, Çocuk Sağlığı Hemşireliği

<sup>1</sup>Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Yardımcı Doçent Dr

**İletişim /Corresponding Author:** Burcu AYKANAT

**Tel:** 0376 213 17 02 **e-posta:** aykanat\_87@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received :** 01.09.2013

**Kabul Tarihi / Accepted :** 23.12.2013

## **FAMILY CENTERED CARE APPROACH IN CHILD HEALTH NURSING**

### **ABSTRACT**

Development and protection of children's health is important for the promotion and protection of public health. Primary responsibility for the development and protection of public health is in the family then the health care team members and the social environment. Hospitalization of a child is a stressful process both for the child and the family. This situation changes the daily activities of all the family members, their roles in the family and their duties. Fulfillment the majority of health care responsibilities of the child by health care professionals during hospitalization causes feeling helpless and anxiety in families. In the literature, requirements of families are reported about staying with their children at hospital during hospitalization, taking active role in caring for their children and being informed for the health condition of the child, diagnosis and treatment tests. Therefore, family centered care is suggested for accelerating child's recovery process with decreased child's and families anxiety and providing the most convenient health service for expectations and needs of families in the hospital environment. Family centered care philosophy is based on recognition of the family continuity in the child's life and providing active participation of the family for health related decisions about their children. In this article, the historical development of family centered care, its benefits on the child and families, status of implementation and the nurses' roles in family centered care will be discussed in accordance with the literature.

**Key Words:** Family Centered Care, Family, Child, Child Health Nursing

## GİRİŞ

Çocukların sağlığını geliştirme ve koruma, toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunması açısından önemlidir. Toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında öncelikli sorumluluk ailede, daha sonra sağlık ekibi üyeleri ve toplumsal çevrededir (1). Toplumun temel yapı taşı olan çocuk aile kurumu içinde yetişir, bilinçlenir ve topluma hazırlanır. Çocuğun, bedensel, zihinsel, fizyolojik ve psikolojik anlamda sağlıklı bir birey olarak yetişmesinde ve sağlık davranışlarının şekillenmesinde ailenin rolü çok büyüktür (1,2). İnsanın yaşamı boyunca aile ve aile üyeleri arasındaki ilişkiler farklı yoğunlukta kesintiye uğramaksızın devam eder. Hastaneye yatan çocuklar için de aile ile iletişimin sürekliliği önemlidir (2).

Çocuğun hastaneye yatması hem çocuk hem de ailesi için stresli bir süreçtir (3,4). Bu durum, tüm ailenin günlük aktiviteleri, aile içindeki rolleri ve görevlerinde değişikliğe yol açmaktadır (5). Aile içinde yaşanan değişikliklerin yanı sıra hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları araç-gereçlerle karşılaşmaları, prognozun belirsizliği, çocuğun bakımındaki rollerinin değişmesi, çocuklarını nasıl destekleyecekleri ve bakım verecekleri konusunda bilgi eksikliklerinin olması ailelerin anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (3,4). Çocuğun hastanede yatma sürecinde sağlık bakımına yönelik sorumlulukların büyük kısmının sağlık profesyonelleri tarafından yerine getirilmesi, ailelerin sağlık bakımına katılmada kendilerini çaresiz hissetmelerine, kontrol kaybı ve yetersizlik duyguları yaşamalarına yol açmaktadır (6).

Ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmalarına ilişkin yapılmış çalışmalarda; ebeveynlerin hastanede yatan çocuklarının yanında kalma (7), çocuklarının bakımında aktif rol alma (8,9), ağırlı işlemler sırasında çocuklarının yanında olma (10,11), çocuğun durumu, tanı ve tedavi testleri konusunda bilgilendirilme (12), sağlık personeli tarafından endişe ve sorunlarının dinlenilmesi, sorularının cevaplanması ve servise oryante edilme gereksinimlerinin olduğu bildirilmektedir (13).

Bu bağlamda, ailelerin araştırmalarla belirlenen gereksinimlerini karşılamak, beklentilerine en uygun hizmeti verebilmek (14), çocuk ve ailesinin anksiyetesini azaltarak iyileşme sürecini hızlandırmak amacıyla “aile merkezli bakım” uygulamaları geliştirilmiştir (1, 15).

## **I. AİLE MERKEZLİ BAKIMIN TANIMI VE AMACI**

Çocuk sağlığı hemşireliğinde bir bakım felsefesi olarak benimsenen aile merkezli bakım; çocuğun sağlığının aileyi, ailenin sağlığının da çocuğu etkilediği bilgisi doğrultusunda, çocuğun yaşamında ailenin devamlılığının tanınması, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanması sonucu ailenin güçlü yanlarının desteklenmesi inancına dayanır (2,16). “Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım; çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, entelektüel, kültürel ve spiritüel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı holistik/bütüncül bakım yaklaşımlarıdır” şeklinde tanımlanmıştır (17).

Aile merkezli bakımda amaç; çocuk ve aile arasındaki bağları korumak, ailenin çocuğun bakımına katılımını sağlamak, çocuğun hastane ortamında da kendini güvende hissetmesini sağlamak, hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini önlemektir (4).

## **II. AİLE MERKEZLİ BAKIMIN TARİHÇESİ**

Aile merkezli bakımın temeli 18. ve 19. yüzyıllara dayanmaktadır. Bu yüzyıllarda meydana gelen endüstrileşme, kapitalizm, küreselleşme ve nükleer olaylar çocuk sağlığının bakımında da gelişmelere neden olmuştur (18). II. Dünya Savaşı sırasında enfeksiyon hastalıklarının artmasıyla, hastanelerde salgınlara karşı önlemler alınmış, enfeksiyonun yayılmasını önlemek için ailelerin ziyareti sınırlandırılmıştır (19,20). Ayrıca, sağlık çalışanları 1960’lı yıllara kadar çocukların hastaneye ebeveynleriyle birlikte kabul edilmemesi gerektiğini düşünmüşlerdir. Bu durum, kronik hastalığı nedeniyle uzun süre hastanede kalan çocuklarda psikososyal travma ile sonuçlanmıştır (16). Florence Blake 1954 yılında, çocuğun hastanede yalnız kalmasının getirdiği olumsuz sonuçları ortaya koyan ilk araştırmacı hemşiredir (1).

1950’li yıllarda John Bowlby ve James Robertson, anne çocuk ayrılığı ve bunun sonuçları hakkında kapsamlı bir kuram geliştirmişlerdir. Bir araştırmacı ve film yapımcısı olan James Robertson, 1953 yılında “İki yaşındaki çocuk hastaneye gidiyor” ve “Hastaneye anneyle gitmek” adlı iki filminde ve 1958 yılında yayınladığı “Küçük çocuklar hastanede” adlı kitabında hospitalizasyon sürecinin çocuk üzerinde hastalıktan daha çok, anneden ayrılmaya bağlı stres ve acı yarattığı, bu durumun çocuğun iyileşme sürecini uzattığı görüşünü savunmuştur (20). Bu gelişmelere paralel olarak 1959 yılında İngiltere’de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve 55 öneriden oluşan Platt Raporu bir dönüm noktası oluşturmuştur.

Platt Raporunda; ebeveynlerin ziyaretinin sınırlı olmaması, annelerin çocukları ile birlikte hastanede kalması, hastane ortamında çocuğun yaşına özgü oyun aktivitelerinin sağlanması, çocukların bakım ve tedavisinde yer alacak sağlık personelinin çocuğun duygusal ihtiyaçlarını anlayabilecek yeterliliklerde olması ve eğitimlerinin bu doğrultuda planlanması gerektiği vurgulanmıştır (18).

1970 ve 1980'li yıllarda ailelerin çocuklarının bakımına aktif katılımı görüşü hastanede yatan çocukların duygusal ve gelişimsel gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamış ve 1990'lı yıllarda aile merkezli bakım felsefesinin benimsenmesine katkıda bulunmuştur (20).

### III. AİLE MERKEZLİ BAKIMIN İLKELERİ

Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics- AAP), sağlık çalışanlarının bakımlarını aile merkezli bakım anlayışı ile sunabilmeleri için ilkeler geliştirmiştir (21). Bu ilkeler:

1. Çocuk ve ailesine saygı duymak,
2. Ailelerin etnik, kültürel, sosyoekonomik ve ırksal özelliklerine, baş etme yöntemlerine saygı duymak,
3. Ailenin gücünü kabul ederek desteklemek ve cesaretlendirmek,
4. Bakım ve destek yaklaşımlarıyla, çocuğun ve ailenin seçimini destekleyerek onlara yol göstermek,
5. Ailenin kültürel değer ve inançları doğrultusunda politikaların uygulanabilirliğini sağlamak,
6. Çocuklarının durumu ile ilgili aileye sürekli ve eksiksiz bilgi vermek,
7. Çocuk, aile ya da bakım veren bireye yaşamın her döneminde resmi-gayri resmi destek sağlamak,
8. Çocuğun bireysel bakımı, sağlık çalışanlarının eğitimi, politikaların ve programların geliştirilmesi gibi sağlık hizmetinin tüm aşamalarında aileler ile işbirliği yapmak,
9. Her çocuk ve aileyi kendi gücünü keşfetmesi, özgüvenini geliştirmesi, sağlıkla ilgili seçim ve kararları alması için güçlendirmektir.

Hastaneye Yatırılan Hasta Çocuk Hakları ve Avrupa Hastanede Yatan Çocuk Hakları Bildirgeleri'nde yer alan çocuk haklarına ilişkin maddeler, aile merkezli bakım ilkelerine benzerlik göstermektedir (22). Bu bağlamda, hastaneye yatırılan her çocuğun aile merkezli bakım alma hakkı vardır.



## IV. AİLE MERKEZLİ BAKIMIN ÇOCUKLAR VE AİLELERİ İÇİN YARARLARI

### A. Çocuklar İçin Yararları

Byers ve arkadaşları 114 preterm bebek ve ebeveynleriyle yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulanan grupta yer alan preterm bebeklerin daha az ağladığını, stres düzeylerinin daha az olduğunu ve daha az oranda analjezik gereksinimlerinin olduğunu bulmuşlardır (23). Melnyk ve Feinstein ebeveynlerin hastanede çocuğun bakımına katılmasının taburculuk sonrası çocukta görülebilecek davranış değişikliğine etkisini inceledikleri çalışmalarında, ebeveynleri bakıma katılan çocuklarda hastaneden taburcu olduktan sonra görülen olumsuz davranış değişikliklerinin belirgin bir şekilde azaldığını saptamışlardır (24). Kamerling ve arkadaşları anestezi sonrası yoğun bakım ünitelerinde sunulan aile merkezli bakımın, çocuğun rahatının sağlanmasında, analjezik gereksinimi ve iyileşme süresinin azalmasında olumlu yararları olduğunu bildirmişlerdir (25).

Bu çalışmalar doğrultusunda aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda alınan bakımın, çocukların anksiyete düzeyini azalttığı, hospitalizasyona daha iyi uyum yapmalarını desteklediği, çocuğun daha az ağrı yaşamasına yardımcı olduğu, daha hızlı bir iyileşme dönemi ve erken taburcu olmayı sağladığı görülmektedir.

### B. Aileler İçin Yararları

Cooper ve arkadaşları aile merkezli bakımın yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde uygulanmasının yararını belirlemek için yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulamalarının ailelerin bebek ile arasındaki bağlılığın ve bebek bakım becerilerinin artmasında ve ailelerin bebeğin sağlık durumuna ilişkin yeterli bilgi sahibi olmalarında etkili olduğunu saptamışlardır (14). Erdev ve arkadaşları yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bebeklerinin bakımına katılan annelerin, katılmayan annelere göre bakım becerilerinin daha artmış olması nedeniyle bebeklerinin tekrar hastaneye yatma oranının iki kat daha az olduğunu belirtmişlerdir (26). Dunst ve arkadaşlarının aile merkezli bakımın etkisini inceledikleri meta analiz çalışmalarında, aile merkezli bakımın, ailenin öz yeterlilik duygusunu arttıran, bakım memnuniyetini yükselten, ebeveyn-çocuk bağlılığını ve davranışlarını olumlu yönde etkileyen bir bakım modeli olduğu belirtilmiştir (27).

Yapılan çalışmalar doğrultusunda aile merkezli bakımın, ailenin bakım verme becerilerini ve memnuniyetini yükselten, öz yeterlilik duygusunu arttıran, ailelerin

çocuklarının sağlık durumuna ilişkin yeterli bilgiye sahip olarak stresini azaltan bakım modeli olduğu görülmektedir.

## **V.AİLE MERKEZLİ BAKIMIN UYGULANMASINDA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER**

Aile merkezli bakım çocuk sağlığı hemşireliğinin en dinamik felsefelerinden biridir ve 21. yüzyılda çocuk sağlığı hemşireliğinin temel noktalarından biri olmuştur. Hastaneye yatan çocuğun bakımında aileler ve sağlık personelleri sağlık hizmetlerinde aktif rol üstlenmek istemekte ancak; ailelerin çocuğun bakımına katılımı yeterli düzeyde olmamaktadır (2, 28, 29). Petersen ve arkadaşları bu durumun, pediatri alanında çalışan hemşirelerin ve diğer sağlık personellerinin aile merkezli bakımı desteklediklerini iddia etmelerine rağmen bunu her zaman bakımlarına yansıtılmamalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (28).

Paliadelis ve arkadaşları çocuk sağlığı hemşirelerinin aile merkezli bakım uygulamalarını ve aile merkezli bakıma ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun, ebeveynlerin çocuğun beslenme, boşaltım gibi öz bakım gereksinimlerini giderme, çocuğun boş zamanını değerlendirme ve çocuğun yanında her zaman kalarak onu sakinleştirme gibi görev ve sorumlulukları olduğunu ancak; çok az bir bölümünün, aldığı-çıkardığı takibi yapma; oral ilaçların uygulanması gibi tıbbi sorumlulukların ailelerin rolü olarak gördüklerini belirtmişlerdir (29). Çalışmada bunun en önemli nedeninin; hemşirelerin profesyonel görevlerini ailelerle paylaşmak istememeleri olduğu bulunmuştur.

Yapılan araştırmalarda, aile merkezli bakımın uygulamasında önemli role sahip hemşirelerin klinik uygulama alanında karşılaştıkları aile merkezli bakımı engelleyici faktörler aşağıda sınıflandırılmıştır (29,30).

- Hemşirelerin yoğun çalışma tempoları nedeniyle ailelere yeterli zaman ayıramamaları,
- Ailelerin eğitilmesinin hemşirelerin iş yükünü arttıracak düşüncesi,
- Ailelerin hastanedeki rolleri ve sorumluluklarına ilişkin bir rehber olmaması,
- Hemşirelerin çocuğun bakımında kendilerini profesyonel bir güç olarak görmeleri ve bu rollerini ailelerle paylaşmak istememeleri,
- Ağrı ve acı verici işlemlerde ailenin çocuğun yanında bulunmasının stresi arttıracak düşüncesi,

- Ailelerin çocuklarına bakım veren yetenekli sağlık personeli ile kendilerini kıyasladıklarında yetersiz, çaresiz hissetmeleri ve rol stresi yaşamaları,
- Hemşirelerin yasal sorumlulukları nedeniyle bakım uygulamalarını ailelerle paylaşmak istememeleridir.

Shields ve Nixon çalışmalarında, iki gelişmiş ülkede (Avustralya ve İngiltere) ve 2 gelişmekte olan ülkedeki (Endonezya ve Tayland) aile merkezli bakım uygulamalarını değerlendirmiş ve aile merkezli bakım uygulamalarının belirgin bir şekilde gelişmiş ülkelerde daha yaygın kullanıldığını saptamışlardır (19). Bu durum aile merkezli bakım uygulamalarının gelişmiş ülkelerde daha yaygın olduğunu, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise etkin kullanılmadığı görüşünü desteklemektedir.

Ülkemizde ise aile merkezli bakımın durumu incelendiğinde, ailelerin çocukları ile beraber hastanede kalmalarına ilişkin standart bir uygulamanın olmadığı gözlenmektedir. Literatürde ailelerin 24 saat çocuklarıyla kalabildikleri hastanelerde bile aile merkezli bakımın istedik düzeyde olmadığı belirtilmiştir (31,32). Yapılan çalışmalarda, ailelerin çocuklarının tedavisi ile ilgili karar sürecine yeterince katılamadıkları, tıbbi bakımlarından çok bedensel bakımlarına katılabildikleri, çocuklarının bakımı ile ilgili yeterince bilgilendirilmedikleri, çocuklarıyla ilgili kaygılarını paylaşamadıkları, dinlenme ve banyo gibi öz bakım gereksinimlerini karşılayamadıkları, sağlık çalışanlarının ailelerin tedavi sürecinde yer almalarına yeterince izin vermedikleri bildirilmektedir (31, 32, 33).

## **VI. AİLE MERKEZLİ BAKIMIN UYGULANMASINDA HEMŞİRENİN ROLLERİ**

“Çocuk sağlığı hemşireleri, çocuklar ve ailelerle en yakın ilişkide olan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşireler, hastanedeki bakımın aile merkezli olması yönündeki değişim ve farklılığı yaratabilmede anahtar pozisyonadadırlar” (31).

Aile merkezli bakımın temelini iyi bir aile öyküsü almak oluşturur. Çocuk ile görüşme yapılırken çocuğun yaşı, ailenin özellikleri ve durumu göz önüne alınarak en uygun zamanda iletişim kurulmalıdır (1). Berlin ve Fowkes iletişimin başarılı bir şekilde sağlanması için “LEARN modelini” sunmuş ve bunun hemşireler-aileler arasında kullanılması gerektiğini savunmuşlardır. LEARN modeli, ailenin gereksinimlerine, hemşirenin farklı problemlerde kendi bakış açılarındaki benzer ve farklı bilgileri onaylamak için birbirlerini dikkatle dinlemelerine odaklanmıştır (34).

**“LEARN” Modeli;**

L=Listen (Dinle) (Ailenin bakış açısını anlamak için)

E=Explain your perception as the nurse (Hemşire olarak kendi bakış açınızı açıklama)

A=Acknowledge and discuss differences and similarities (Farklılıkları ve benzerlikleri tartışma ve ortak karara varma)

R=Recommend Treatment (Önerilen tedavi şekli)

N=Negotiate agreement (Tartışarak uzlaşma)

Çocuk sağlığı hemşiresinin, aileleri çocuğun bakımı konusunda eğitici rolü vardır. Bu eğitimin, çocuğun hastaneye kabulünden taburcu oluncaya kadar devam etmesi önemlidir. Hemşire, ailenin, çocuğun bakımı konusunda gerekli bilgi ve becerileri kazandıklarından ve bunları doğru olarak yaptığından emin olmalıdır (35). Hemşire, hastanede ailenin bakıma katılmasını sağlayarak ve verilen eğitimin etkinliğini denetleyerek, onları çocuğun evdeki bakımına hazırlamalıdır (21,35). Bu nedenle aile merkezli bakım uygulamaları, hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rollerini daha aktif kullanmalarını gerektirir.

Çocuk sağlığı hemşiresi, ebeveynlere yönelik savunucu rolü doğrultusunda; ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmasını desteklemeli, çocuğa uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerini anlamalarına yardım etmeli, soru sormalarına izin vermeli, aileyi bilgilendirirken çocuğun sağlık durumu ve prognozu hakkında aileye dürüst ve anlaşılır olmalıdır. Ayrıca çocuk sağlığı hemşiresi, annelerin hastanede çocuğun tüm fiziksel bakımını üstlenmelerinin kendi gereksinimlerini karşılayamamalarına yol açabileceğini göz önünde bulundurarak, bakım planında annenin kendi gereksinimlerini de karşılayacak şekilde düzenlemeler yapmalıdır (21,31).

Ailenin sağlığa ilişkin inançları, değerleri ve tutumları ve sağlık uygulamaları doğumdan itibaren çocuğu etkiler. Bu nedenle, hemşire bakım vereceği çocuğu ve aileyi bütüncül olarak değerlendirmeli; ailenin güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olmalı ve kullandığı baş etme yöntemlerini değerlendirmeli, ailenin baş etmesine yardımcı olmalıdır (1,31).

“Aile merkezli bakımın uygulanabilmesi için, sağlık ve hastane politikalarında düzenlemeler yapılması gereklidir. Bu nedenle çocuk sağlığı hemşireleri, hastanede ebeveynlerin çocuklarıyla beraber kalabilmeleri yönünde sağlık ve hastane politikalarının oluşturulmasında aktif rol almalıdır (1,21,31). Hemşire, aile merkezli bakımın önemi ve uygulamaya aktarılması konusunda yapılacak araştırmalara katılmalı, araştırmacı rolü

doğrultusunda yeni kanıt temelli araştırma sonuçlarını uygulamalarına yansıtmalıdır” (4,21,31).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmalar, aile merkezli bakımın çocuk, ebeveynler ve sağlık ekibi üzerinde olumlu etkiler yarattığını, pediatri alanında çalışan hemşirelerin ve diğer sağlık personellerinin aile merkezli bakımın yararlı ve gerekli olduğuna inandıklarını ancak; bu bakım modelinin uygulamaya yansımalarının yeterli olmadığını göstermektedir. Bu nedenle aşağıdaki öneriler sunulmuştur (13,29,31):

- Pediatri klinikleri ve yoğun bakım ünitelerinde hastane yönetimi tarafından aile merkezli bakım protokollerinin oluşturulması ve benimsenmesi,
- Hastane yönetiminin olanakları çerçevesinde; ebeveynlerin refakatçi kalabilmesinin/ daha sık ziyaret ve beraber olma olanaklarının sağlanması, kendilerine detaylı bilgi verilmesi, güvenliğinin sağlanması, il dışından gelen ebeveynler için kalacak yer ve ulaşım problemine yönelik olanakların sağlanması,
- Ailelerin ve çocukların hastaneye yatışları sırasında anksiyetelerinin azaltılması için kliniğin tanıtımının yapılması ve kliniği tanıtıcı broşürler asılması,
- Ailelere çocuklarının sağlık durumu hakkında düzenli bilgilerin verilmesi, çocuklarının bakımına katılmaları konusunda desteklenmeleri, ilaç uygulamaları ve özel beceri gerektiren uygulamalarla ilgi planlı eğitimlerin yapılması,
- Çocuk servislerinde ve yoğun bakım ünitelerinde hemşire sayısının artırılması,
- Sağlık personelinin, aile içi ve aileler arası farklı kültürel özellikleri tanınması, çocuğun yaşamında ailesinin değerini ve destek hizmetlerinin değişken olduğunun farkında olması, ailelerin çocuğun sağlığında her zaman önceliği olduğunu kabul etmesi,
- Aile merkezli bakımın uygulanmasına ilişkin sorunlar araştırmalarla saptanarak, bu sorunlara yönelik yeni protokollerin oluşturulması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Ocakçı A.F (ed.), Ocakçı A.F. Aile Merkezli Hemşirelik Bakımı: Çocuğun Aile Merkezli Bakımı. 1. Baskı. Dökel Matbaası, Zonguldak-2006. ss: 8-27.
2. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family-Centered Care: A Review Of Qualitative Studies. Journal of Clinical Nursing 2006; 15(1): 1317-1323.

3. Çavuşoğlu H (ed.), Çavuşoğlu H. Hastaneye Yatmanın Çocuk ve Aile Üzerindeki Etkileri: Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara- 2008. ss: 51-67.
4. Hockenberry M.J (ed.), Wilson D (ed.), Sanders J. Impact Of Hospitalization On The Child and Family: Wong's Essentials of Pediatric Nursing. 8th edition. Mosby Inc, Philadelphia-2009. p: 658-686.
5. Sarajarvi A, Haapamaki M, Paavilainen E. Emotional and Informational Support For Families During Their Child's Illness. International Nursing Review 2006; 53(3): 205-210.
6. Talmi A, Harmon R. Relationships Between Preterm Infants and Their Parents: Disruption and Development. Zero to Three 2004; 1(1): 13-20.
7. Corlett J, Twycross A. Negotiation Of Parental Roles Within Family-Centered Care: A Review Of The Research. Journal of Clinical Nursing 2006; 15(1): 1308-1316.
8. Holm K.E, Patterson J.M, Gurney J.G. Parental Involvement and Family Centered Care In The Diagnostic and Treatment Phases Of Childhood Cancer: Results From A Qualitative Study. J Pediatr Oncol Nurs 2003; 20(6): 301-313.
9. Latta L.C, Dick R, Parry C, Tamura G.S. Parental Responses To Involvement In Rounds On A Pediatric Unit A Teaching Hospital: A Qualitative Study. Acad Med 2008; 83(3): 292-297.
10. Isoardi J, Slabbert N, Treston G. Witnessing Invasive Paediatric Procedures, Including Resuscitation In The Emergency Department: A Parental Perspective. Emerg Med Australas 2005; 17(1): 244-248.
11. Egemen A, İkizoğlu T, Karapınar B, Coşar H, Karapınar D. Parental Presence During Invasive Procedures and Resuscitation: Attitudes Of Health Care Professionals In Turkey. Pediatr Emerg Care 2006; 22(1): 230-234.
12. Ward K. Perceived Needs Of Parents Of Critically Ill Infants In A Neonatal Intensive Care Unit. Pediatric Nursing Journal 2001; 27(3): 281-285.
13. Doğan B. Yüksek Lisans Tezi; "Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Ebeveynlerin Katılımı Konusunda Hemşirelerin, Doktorların ve Ebeveynlerin Görüşleri ve Beklentileri" Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç. Dr. Firdevs Erdemir. Ankara-2010.

14. Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledsy R, Berns S. Impact Of A Family-Centered Care Initiative On Nicu Care, Staff and Families. *Journal of Perinatology* 2007; 27(1): 32-37.
15. Ahhmann E. New Guidance Materials Promote Family Centered Change In Health Care Institutions. *Pediatric Nursing Journal* 2001; 27(2): 173-175.
16. Harrison T.M. Family Centered Pediatric Nursing Care: State Of The Science. *Journal of Pediatric Nursing* 2010; 25(5): 335-343.
17. Törüner E (ed.), Büyükgönenç L (ed.), Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Hemşireliği: Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Gökçe Ofset, Ankara-2011. ss: 172-182.
18. Shields L, Tanner A. Pilot Study Of A Tool To Investigate Perceptions Of Family-Centered Care In Different Care Settings. *Pediatric Nursing Journal* 2004; 30(3): 189-196.
19. Shields L, Nixon J. Hospital Care Of Children In Four Countries. *JAN* 2004; 45(5): 475-485.
20. Jolley J, Shields L. The Evolution Of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing* 2009; 24(2): 164-170.
21. American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care. Family-Centered Care and The Pediatrician's Role. *Pediatrics* 2003; 112(3): 690-697.
22. Leyden G. Consumer Bill Of Rights: Family-Centered Care. *Pediatric Nursing Journal* 1998; 24(1): 72-73.
23. Byers J.F, Lowman L.B, Francis J, et al. A Quasi Experimental On Individualized, Developmentally Supportive Family-Centered Care. *JOGN* 2006; 35: 105-115.
24. Melnyk M, Feinstein F. Mediating Functions Of Maternal Anxiety and Participation In Care On Young Children's Posthospital Adjustment. *Research in Nursing & Health* 2001; 24: 18-26.
25. Kamerling S.N, Lawler L.C, Lynch M, Schwartz A.J. Family Centered Care In The Pediatric Post Anesthesia Care Unit: Changing Practice To Promote Parental Visitation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2008; 23(1): 5-16.
26. Erdeve Ö, Arsan S, Armangil D, Atasay B, Korkmaz A. The Impact Of Individual Room On Rehospitalization and Health Service Utilization In Preterms After Discharge. *Acta Paediatrica* 2008; 97: 1351-1357.

27. Dunst C.J, Trivette C.M, Hamby D.W. Meta-Analysis Of Family-Centered Help Giving Practices Research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2007; 13(4): 370–378.
28. Petersen M.F, Cohen, J, Parsons V. Family Centered Care: Do We Practice What We Preach. *JOGNN* 2004; 33(4): 421-427.
29. Paliadelis P, Cruickshank M, Wainohu D, Winskill R, Stevens H. Implementing Family-Centered Care: An Exploration Of The Beliefs and Practices of Pediatric Nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2005; 23(1): 31-36.
30. Espezel H, Canam C. Parent-Nurse Interactions: Care Of Hospitalized Children. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 44(1): 34-41.
31. Boztepe H, Çavuşoğlu H. Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 11-24.
32. Kuzlu T.A, Kalıncı N, Topan A.K. Üniversite Hastanesinde Çocuklara Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011; 6(16): 1-17.
33. Karabudak S.S, Ak B, Başbakkal Z. Girişimler Sırasında Aile Üyeleri Nerede Olmalı. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi* 2010; 45(1): 53-60.
34. Newton MS. Family-Centered Care: Current Realities In Parent Participation. *Pediatric Nursing Journal* 2000; 26(2): 164-168.
35. Dağoğlu T (ed.), Görak S (ed.), Yıldız S. Yüksek Riskli Yenidoğanların Taburculuğa Hazırlanması ve Preterm Bebeklerin İzlemi: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul- 2008. ss: 789-803.





*Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**

<b>İLETİŞİM</b>	<b>SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ</b>
<b>ADRES</b>	<b>Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane</b>
<b>TELEFON</b>	<b>+90 456 233 76 37 - +90 505 34762 06</b>
<b>FAKS</b>	<b>+90 456 233 76 04</b>
<b>e-posta</b>	<b><a href="mailto:sbd@gumushane.edu.tr">sbd@gumushane.edu.tr</a> Makalelerinizi hotmail üzerinden göndermeyiniz.</b>